

École Supérieure Montsouris Université Paris Est Créteil Diplôme de Cadre de Santé



FUSION DE SERVICES :
RÉUSSIR LE CHANGEMENT.

Sandrine ZIRNHELT

2011-2012

DCS@11-12

« Tout est réalisable, il suffit de trouver comment ... ».

André Gravel.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Madame Brigitte FRANZI, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et son soutien. Ses conseils avisés, ses encouragements et sa bienveillance m'ont aidée à garder confiance pour réaliser ce travail.

Je la remercie également pour tout le temps qu'elle m'a consacré : nos rencontres m'ont permis de cheminer dans ma réflexion, mais aussi de canaliser mon inquiétude !

Je remercie aussi chaleureusement tous les professionnels qui m'ont accueillie et se sont rendus disponibles pour la réalisation des entretiens.

Je souhaite enfin remercier mes proches pour leur soutien tout au long de cette aventure. Et plus particulièrement Anne-Sophie, Joëlle, Monique et Michel qui ont mis à ma disposition, non seulement leur temps, mais aussi leur savoir-faire. Ils m'ont permis de gagner un temps précieux !

Glossaire

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- **ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CDS** : Cadre de Santé
- **EPS** : Établissement public de santé
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital, patients, santé et territoires
- **IDE** : Infirmière Diplômée d'État
- **ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
- **RH** : Ressources Humaines
- **SROS** : Schéma Régional d'organisation sanitaire
- **T2A** : Tarification à l'activité

Sommaire

Introduction	3
1 Construction de l'objet de recherche.....	5
1.1 L'origine de ma réflexion.....	5
1.2 Le cheminement	5
1.3 L'objet de recherche / Mes hypothèses	8
2 Cadre théorique	9
2.1 Les lois de modernisation de l'hôpital	10
2.2 La fusion.....	13
2.2.1 L'exemple des fusions/acquisitions.....	15
2.2.2 Les fusions hospitalières.....	19
2.3 Le changement	22
2.3.1 Les origines de la notion de changement.....	23
2.3.2 Définitions	24
2.3.3 Le processus de changement	26
2.3.4 Le phénomène de résistance	29
2.4 La conduite du changement.....	32
2.4.1 Pourquoi et comment conduire le changement ?.....	32
2.4.2 L'accompagnement basé sur « les préoccupations ».....	34
2.4.3 Le cadre intermédiaire acteur du changement	38
3 Hypothèses de travail et question de recherche définitive	43

4	Enquête de terrain	44
4.1	Méthodologie de recherche	44
4.1.1	Choix de l’outil d’enquête	44
4.1.2	Choix des populations et des lieux d’enquête	45
4.1.3	Construction de l’enquête	46
4.1.4	Modalités de réalisation	46
4.2	Traitement des données	48
4.3	Analyse des résultats	68
4.3.1	Le profil des personnes interrogées	68
4.3.2	Le contexte.....	68
4.3.3	La mise en œuvre.....	70
4.3.4	Le ressenti des soignants durant le processus.....	79
4.3.5	Le rôle du CDS	81
4.3.6	Le bilan de l’expérience par les professionnelles	83
4.3.7	Ma synthèse	84
5	Perspectives professionnelles.....	87
6	Limites et apports de mon travail.....	88
	Conclusion.....	90
	Bibliographie	92
	Table des annexes.....	1

Introduction

Depuis la mise en place de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST)¹ en 2009, les restructurations hospitalières sont au centre des politiques de santé. En conséquence, la rationalisation de l'offre de soins, et sa mise en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS), entraînent des changements majeurs pour les établissements.

Dans le contexte politique et économique actuel, pour tenter de contrôler les difficultés et les incertitudes multiples, la conduite du changement devient un élément managérial incontournable de la résolution des problèmes. Parce que la période des « 30 glorieuses », marquée par une forte croissance économique du pays, n'est plus aujourd'hui qu'un lointain souvenir, nous devons accepter que la diminution des ressources disponibles s'accompagne d'une modification radicale des habitudes et des comportements.

C'est dans ce climat d'incertitude grandissante et de fragilisation de l'environnement professionnel que le cadre de santé doit poursuivre sa mission auprès de l'équipe dont il a la charge. Bien qu'il soit aujourd'hui difficile d'envisager l'organisation sur le long terme, le manager se doit d'appliquer les directives édictées par sa tutelle, et de participer à la mise en œuvre concrète de ces réorganisations institutionnelles. Mais bénéficie-t-il des conditions suffisantes lui permettant de mener à bien un projet de cette ampleur ? A-t-il à sa disposition les connaissances et les compétences, mais aussi les outils nécessaires à la réalisation du but poursuivi ?

Infirmière Diplômée d'État (IDE) en 1992, j'ai eu un déroulement de carrière peu conventionnel. Suite à des choix de vie (personnels et professionnels), le changement et l'adaptation au changement sont des notions qui ont toujours été très présentes dans ma vie. Cependant, même si je suis parvenue à négocier ces transformations au niveau individuel, il me semble que les écueils qui jalonnent inmanquablement le chemin conduisant au changement souhaité, ne doivent pas être simples à dépasser pour ceux qui ont la charge de le mettre en œuvre au niveau collectif.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

C'est pourquoi, en tant que future cadre de santé, je m'interroge sur la réussite de ces réorganisations. Qu'est-ce qui permet de générer l'appropriation de ces fusions par les employés ? Existe-t-il des facteurs favorisant la réussite de ces projets ? Comment conduire ces changements ? L'accompagnement au changement est-il une solution ? Est-il essentiel ?

Je commencerai par préciser l'origine de ma recherche en expliquant pourquoi je me suis intéressée à la problématique du changement dans le contexte d'une fusion de services. Puis, le cadre théorique me permettra d'aborder les concepts principaux délimitant le champ de mon travail, pour aboutir à la question de recherche définitive.

Je m'intéresserai ensuite à l'enquête de terrain, en décrivant la méthode choisie, les outils utilisés et en exposant l'analyse des données recueillies.

Pour finir, je décrirai la perception que je me serai forgée du rôle du cadre de santé engagé dans un processus de fusion de services, en lien avec l'étude menée.

1 Construction de l'objet de recherche

1.1 L'origine de ma réflexion

Après avoir travaillé en tant qu'infirmière dans un hôpital public parisien pendant plusieurs années, je m'en suis éloignée pour exercer mon métier dans le secteur libéral, puis dans le monde associatif. Durant cette période, riche en enseignements et expériences diverses, l'évolution des politiques hospitalières et les bouleversements que cela pouvait entraîner, restaient loin de ma pratique quotidienne. Jusqu'en 2008, où l'opportunité m'a été offerte de participer à la création d'un réseau de soins pédiatrique. À ce moment-là, des mots qui m'étaient familiers mais dont je ne connaissais pas toujours la signification précise, ni l'importance qu'ils revêtaient me sont apparus : certification, tarification à l'activité (T2A), loi HPST, rationalisation, fusion... Petit à petit, en me rendant sur le terrain dans le cadre de mon activité, j'ai commencé à prendre la mesure des changements occasionnés par les réformes successives et les retentissements concrets que cela avait pour les équipes que je rencontrais.

Durant les trois années que j'ai passées dans le réseau, j'ai été particulièrement intéressée par la situation de deux des services avec lesquels je collaborais. Ces deux services exerçaient la même spécialité et dépendaient chacun d'un hôpital pédiatrique public parisien. Tandis que le premier service se trouvait dans une position délicate, liée à la fermeture annoncée de l'établissement qui l'hébergeait, le second se préparait à vivre une fusion. Le projet était d'accueillir en son sein un autre service exerçant la même activité pédiatrique mais situé, jusqu'à présent, dans un hôpital d'adultes (public lui aussi) afin de n'en faire plus qu'un. L'objectif annoncé de cette fusion étant la création d'un pôle « d'excellence » dans leur secteur d'activité.

1.2 Le cheminement

Lors de mes visites hebdomadaires dans ces deux services, j'étais particulièrement attentive aux évolutions de chacune de leur situation, puisque mon activité, mais surtout la qualité de prise en charge des patients pouvaient en être impactées.

En effet, dans le premier service on pouvait craindre une fuite massive des IDE, ou une perte de motivation en réponse aux incertitudes liées au devenir du service. Ce qui

pouvait avoir pour conséquence une baisse de la qualité des soins, voire, de la sécurité de la prise en charge.

Dans le second service, la mise en place de procédures de travail communes était engagée, mais le cheminement semblait lent : les façons de faire, les matériels utilisés, les habitudes étaient parfois très différents et le consensus difficile à obtenir. De plus, chacune des deux équipes devait « faire le deuil » de son mode de fonctionnement actuel pour aller vers un inconnu déstabilisant et inquiétant. De fait, l'énergie et l'attention des soignants pouvaient se trouver en grande partie absorbées par ces préoccupations, au détriment des soins accordés aux patients.

Durant ces trois années, je me suis plus particulièrement intéressée à la situation du service qui préparait la fusion avec un autre service, pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, même si le projet était déjà ancien (2004) au moment où je l'ai découvert (2008), beaucoup de discussions étaient encore en cours : les travaux d'aménagement du « nouveau » service n'étaient pas encore réalisés et les modalités de réalisation de la fusion n'étaient pas encore définitivement arrêtées.

Ensuite, comme je travaillais en collaboration directe avec les cadres, nous évoquions régulièrement ensemble l'avancée du projet et les difficultés auxquelles elles se trouvaient confrontées avec leurs équipes, malgré l'enthousiasme dont elles faisaient preuve. Et j'ai pu suivre plus ou moins à distance, les étapes qui ont été franchies jusqu'à la fusion, et les mois qui ont suivi.

De plus, en étant en contact avec les familles lors de visites à domicile, j'ai été impliquée directement dans ces bouleversements puisqu'il a fallu les accompagner en répondant aux questions des parents et en canalisant les inquiétudes que cette modification majeure entraînait.

Finalement, mon intérêt pour cette fusion s'est confirmé lors de l'élaboration de mon projet professionnel à l'occasion de ma formation « cadre de santé ». En effet, lors de ma recherche de financement suite à la réussite au concours, j'ai sollicité l'hôpital dans lequel se trouve ce service. J'ai reçu un accueil favorable de la Direction des Soins et de celle des Ressources Humaines. Les personnes qui m'ont reçue ont été intéressées par mon

parcours et mon expérience. Elles ont répondu à mes attentes en me fixant pour objectif précis de rejoindre l'équipe d'encadrement de ce service.

À partir de ce moment-là, je me suis projetée en tant que cadre de santé dans ce service de soins nouvellement créé suite à la fusion. Je me suis beaucoup interrogée sur le rôle que j'aurais à assumer en arrivant dans le service.

Plus d'un an après la fusion, j'avais l'impression de percevoir de nombreuses difficultés au sein de l'équipe (manque important de personnel paramédical, impression fugace de persistance de deux équipes différentes, épuisement, absentéisme ...) et je me demandais si j'aurais la capacité et la possibilité d'aider cette équipe. Pourrais-je accompagner autrement le processus de « prise de greffe » entre les deux équipes ? Ou peut-être simplement accompagner la prise de conscience de la nécessité d'un cheminement vers la construction d'une nouvelle équipe ?

Je me demandais également si, le fait d'intégrer cette équipe avec un regard extérieur et neuf, pourrait me permettre, par mon observation et mes interrogations de « novice », de réfléchir avec l'équipe sur le fonctionnement mis en place, et pourquoi pas d'être force de proposition en présentant des pistes de réflexion et d'amélioration ?

Dans le même temps, je me suis également beaucoup interrogée sur la situation des services confrontés à un processus de fusion en général :

- Quelles sont les conséquences d'une telle décision pour une équipe ? Qu'est-ce que cela engendre à court, moyen et long terme ? Quelles sont les répercussions, tant au niveau professionnel que personnel, auxquelles les soignants vont devoir faire face ?
- Est-il possible de réussir une fusion ou une restructuration ? Et quand peut-on parler de réussite ? Sur quels critères peut-on évaluer la réussite du processus ?
- Quelle est la place du cadre dans ce projet ? Ses actions peuvent-elles avoir une influence sur le succès du projet ? De quoi a besoin le cadre de santé pour réussir dans cette mission ?

J'espérais beaucoup de la formation que j'allais entreprendre, en imaginant, par les enseignements que j'allais recevoir, trouver des réponses (ou tout au moins des débuts de réponses) aux nombreuses questions que je me posais. De fait, l'année s'est révélée

extrêmement riche en apports et découvertes. Les apprentissages, mais aussi les contacts variés avec les autres, ainsi que l'observation sur le terrain lors des stages, m'ont permis de progresser dans ma réflexion et de commencer à l'orienter vers des pistes me permettant d'apporter un éclairage nouveau à mes interrogations.

1.3 L'objet de recherche / Mes hypothèses

En intégrant la formation cadre de santé, bien que sachant qu'un travail de recherche devait être réalisé, je n'avais aucune idée du sujet que j'allais pouvoir traiter.

Au fil des jours, par les apports théoriques reçus, par la confrontation aux autres, par les échanges permanents mais aussi par ce temps de formation continue qui impose une rupture dans le quotidien professionnel, j'ai pris conscience que ces dix mois étaient un moment privilégié pour prendre le temps de réfléchir autrement sur ma pratique professionnelle.

Après avoir envisagé de m'intéresser à la fidélisation des infirmières, j'ai finalement considéré ma recherche de façon plus globale en choisissant d'approfondir ma réflexion sur les notions de fusion de services dans un contexte de restructuration. Et par conséquent de réfléchir à l'accompagnement au changement pour mener à bien ces réorganisations.

En effet, j'ai l'impression, par mes observations et les discussions avec mes pairs que la perte massive d'infirmières au sein d'un service en cours de fusion ou ayant vécu des modifications structurelles peut éventuellement être envisagée comme une conséquence du changement pas toujours bien accompagné.

En tant que future cadre de santé, je pressens que, dans la conduite du changement, le CDS a un rôle majeur à tenir. Il me semble que son positionnement, les orientations qu'il prend et les actions qu'il décide de mettre en place sont déterminants au bon équilibre de l'équipe dont il a la charge.

C'est pourquoi, mes questions de départ sont :

- **Le cadre de santé peut-il, par ses actions, favoriser l'émergence et la pérennisation d'une culture professionnelle commune permettant à la nouvelle équipe d'assurer qualité, sécurité et continuité des soins, dans un contexte de fusion?**
- **Existe-t-il des outils ou des méthodes éprouvés permettant de mener à bien le projet ?**
- **Si oui, quels sont-ils ?**

À la suite de mes recherches et des différentes lectures que j'ai pu faire, certaines hypothèses me semblent pertinentes à étudier, et à vérifier ou invalider.

- **Le CDS est l'élément central permettant la concrétisation sur le terrain d'un projet de fusion.**
- **Le changement est inhérent au processus de fusion. L'accompagnement au changement est la condition *sine qua non* de la réussite de la fusion entre les services.**
- **La conduite du changement s'opère grâce à l'utilisation d'outils ou de techniques variés.**

2 Cadre théorique

La problématique que j'ai retenue m'incite à m'interroger sur les différents concepts qui la composent. Pour commencer, je vais détailler le contexte sanitaire dans lequel nous évoluons aujourd'hui. Ce qui m'amènera à m'intéresser à la fusion et ses implications dans le secteur hospitalier. Puis, je tenterai de répondre aux questions liées au changement : qu'est-ce que le changement ? Quel en est le processus ? Je considérerai ensuite la place du cadre de santé au sein de ce processus : quel est son rôle, quelles sont ses missions, comment lui permettent-ils d'intervenir dans le changement ? En est-il un acteur important ? Pour finir, je m'intéresserai à un des outils permettant la mise en œuvre du changement : la conduite du changement.

2.1 Les lois de modernisation de l'hôpital²

Au commencement, l'hôpital est un hospice et est réservé aux indigents. Il est partagé entre une tutelle de l'État et une tutelle religieuse. À la fin du 18^{ème} - début du 19^{ème} siècle, la laïcité devient de plus en plus forte : trois lois fondatrices d'une politique centrée sur l'assistance (loi sur l'assistance médicale gratuite en 1893, loi sur le service aux enfants assistés en 1904 et loi sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables en 1905) vont être les prémices d'une nouvelle organisation hospitalière.

En **1941, la loi du 21 décembre** marque un virage important dans la conception de l'hôpital public, puisqu'elle décrète la fin de l'hôpital hospice et consacre juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social, avec pour mission principale l'assistance aux malades. Elle crée la fonction de directeur d'hôpital, ainsi que la commission médicale consultative (ancêtre de la commission médicale d'établissement).

Puis vient la « réforme Debré », qui consacre la naissance des centres hospitalo-universitaires par les **ordonnances du 30 décembre 1958**. À ce moment-là, plus de moyens sont alloués à l'hôpital, et la notion de « secteur privé » hospitalier apparaît.

Il faut attendre **1970** pour que de grands changements voient le jour, avec **la loi du 31 décembre** (n°70-1318), portant réforme hospitalière. Elle crée le secteur public hospitalier, mais surtout, elle institue la carte sanitaire dans l'objectif de structurer l'offre de soins. C'est la première fois que la notion de géographie apparaît dans le domaine de la santé. À ce moment-là, la volonté est plus de quantifier l'offre de soins que de s'intéresser à la qualité de cette offre.

La notion d'encadrement des dépenses hospitalières apparaît en **1983** avec la promulgation de **la loi n°83-25 du 19 janvier**. Elle instaure, dans son article 4, le forfait hospitalier pour « les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux », et prévoit la mise en place de la dotation globale de financement (article 8). Ce

² Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours de Dominique LETOURNEAU, Politiques de santé, 20 septembre, 11 octobre, 15 et 22 novembre, 13 décembre 2011 et 10 janvier 2012.

financement (en lien avec le programme de médicalisation des systèmes d'information) est censé permettre la rationalisation des dépenses hospitalières.

Le **31 juillet 1991** marque la promulgation d'une nouvelle loi portant réforme hospitalière. Elle prévoit, entre autre, la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) en complément de la carte sanitaire, afin de procéder à une planification de l'offre de soins plus pertinente, en fonction de l'appréciation des besoins sanitaires de la population. Elle entraîne également une grande modification de l'organisation des établissements hospitaliers en créant de nouvelles instances de concertation, et en rendant obligatoire la démarche de rédaction d'un projet d'établissement (comprenant le projet médical, le projet des soins infirmiers et les projets de service).

Pour faire face aux évolutions des besoins de santé et de la médecine, Alain Juppé, en mai 95 se prononce pour une réforme de l'hôpital. Pour cela, il crée le Haut Conseil pour la réforme hospitalière. Cela se concrétise en **1996** par la réforme appelée « **réforme Juppé** » de l'hospitalisation publique et privée. Cette réforme intervient dans un contexte économique difficile, marqué particulièrement par le déficit colossal de la sécurité sociale, en lien avec les crises économiques successives. Le but recherché est donc de rétablir l'équilibre financier pour sauver le système national de prise en charge.

Pour cela, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) vont être créées afin d'améliorer et d'accélérer le processus de rationalisation de l'offre de soins et du financement des dépenses hospitalières. C'est à ce moment-là que va être également créé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui renforce le rôle de l'État dans le pilotage des dépenses de santé et les orientations des politiques de santé. Dans le même temps, **l'ordonnance du 24 avril 1996** (ordonnance Juppé) introduit la **procédure d'accréditation** dans le système de santé français. L'objectif attendu de cette procédure est de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. C'est à cette fin que l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est créée. Cette démarche signe un changement majeur dans le monde hospitalier puisque, pour la première fois, des personnes venues de l'extérieur viennent voir ce qui se fait à l'intérieur des établissements et vont porter une appréciation indépendante sur la qualité de ces établissements. C'est une véritable révolution dans le monde de la santé ! Quelques

années plus tard, la loi du 13 août 2004 crée la Haute Autorité de Santé (HAS), à qui sont confiées toutes les missions de l'ANAES ; et introduit également un changement de dénomination des procédures : la notion « d'accréditation » disparaît au profit de celle de « certification » des établissements de santé.

L'ordonnance du 2 mai 2005 peut être considérée comme la continuité des changements initiés par la loi du 31 juillet 1991 et les « ordonnances Juppé ». Elle va modifier l'organisation hospitalière avec la création des pôles. On peut trouver dans cette disposition l'origine des mouvements de restructuration actuels.

Le Plan Hôpital 2007, plan de restructuration du système hospitalier, et de renforcement des compétences des ARH va signer la disparition de la carte sanitaire en renforçant le poids des SROS. C'est aussi le moment de l'apparition de la tarification à l'activité (T2A), pour renforcer la politique de gestion rationnelle des ressources qui se raréfient.

Enfin, la **loi HPST du 21 juillet 2009**³ vient renforcer la mise en place de la nouvelle gouvernance de 2005. Elle s'intéresse à la modernisation des établissements de santé, à l'amélioration de l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, tout en réfléchissant à l'organisation territoriale du système de santé. Cette volonté de modification de l'organisation du système va être confortée et appuyée par la création des agences régionales de santé (ARS), et les pouvoirs de décisions qu'elles vont détenir dans l'organisation du système de santé sur leur territoire.

Les lois hospitalières sont donc génératrices de changement. Il semble même que, depuis 1941, le seul élément constant au fil des ans dans la mise en œuvre des politiques de santé successives, soit le changement.

Les restructurations actuelles, de type « fusion de services hospitaliers » sont le résultat de cette évolution du secteur sanitaire, sous l'influence des enjeux sociaux, économiques et politiques du pays.

³ Loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Pour mieux comprendre ce mécanisme de « fusion », il me paraît indispensable de découvrir le point de vue de plusieurs auteurs. Ce qui va me permettre de clarifier ma réflexion à partir des éléments retenus lors de mes lectures.

2.2 La fusion

Pour éclaircir cette notion, j'ai cherché à connaître l'étymologie du mot et à définir ce que le concept de fusion représentait pour moi.

Fusion vient du latin *fusio*, qui vient du verbe *fundere* qui veut dire *fondre*⁴.

Je trouve cette notion de « fonte » très intéressante. J'entends ici : mélange intime sans perte de substance, amalgame, mais avec une organisation et des liens nouveaux et différents, tout en conservant ce qui faisait l'originalité de chacun. La formule mathématique que j'imagine pour résumer cette vision serait : $1+1=1^+$, c'est-à-dire que la réunion des deux correspondrait à une seule entité enrichie des apports de chacun des protagonistes, mais dont le résultat final serait au-delà du simple cumul des spécificités de chacune d'entre elles. En effet, le partage et l'apport de compétences favoriseraient l'émergence de compétences nouvelles. Dans le contexte qui nous intéresse aujourd'hui, le concept de fusion correspond pour moi à la mise en œuvre d'une rencontre entre deux entités (des services de soins), que l'on va essayer de combiner afin d'en obtenir une troisième différente, mais qui ne se limitera pas seulement à l'addition ou à la juxtaposition des deux premières.

Pour les dictionnaires, la définition de *fusion* (*n.f*), dans le contexte qui nous intéresse, est :

- Réunion, combinaison étroite (Petit Larousse en couleurs, 1980)
- Union intime résultant de la combinaison ou de l'interpénétration d'êtres ou de choses (Petit Robert de la langue française, 2010)
- Réunion en un seul groupe de divers éléments distincts (Larousse, 2010)

⁴ Petit Robert de la langue française, 2010.

Claudine ESPER⁵, spécialisée dans le droit hospitalier, décrit la fusion en insistant sur la notion de transformation et non pas de suppression. La fusion ne doit donc pas être considérée comme l'absorption d'un service par un autre, mais bien comme une création nouvelle, issue de la réunion des deux éléments. « *La démarche est ainsi positive, avec l'ambition de se fondre dans une entité plus forte* »⁶.

Dans le secteur hospitalier, les fusions correspondent à la réunion d'au moins deux services, au sein d'un même établissement ou issus de deux structures distinctes. Lorsque le processus est engagé, il est important de considérer la notion de changement qui l'accompagne. En effet, ces restructurations impactent avant tout des équipes soignantes et remettent en question les cadres de travail au sein desquels les individus évoluent, et par conséquent, les rapports qu'ils entretiennent avec l'institution. Mais elles transforment également les rapports des individus entre eux, voire l'image qu'ils ont d'eux-mêmes avec une modification des perceptions identitaires. Il semble que ces mutations puissent avoir des retentissements importants et parfois inattendus sur les protagonistes, tant au niveau professionnel que personnel. Il est alors possible de penser que ces transformations structurelles et fonctionnelles génèrent de nombreux questionnements.

La littérature concernant la fusion des services hospitaliers et leurs répercussions est, pour le moment, peu abondante, alors que les restructurations sous forme de fusions de services sont de plus en plus nombreuses.

En revanche, ce phénomène a fait l'objet d'études dans le monde de l'entreprise. C'est pourquoi, même si le contexte et les modalités sont différents (puisque dans ce cas on parle de fusions/acquisitions) il semble intéressant d'effectuer un parallèle entre ces deux processus, et de prendre connaissance des conclusions énoncées à la suite des analyses menées. En effet, le nombre d'opérations réalisées et l'ancienneté de ces mouvements permettent aux auteurs de dresser des constats avec un recul dont nous ne disposons pas encore dans le secteur de la santé.

⁵ Directeur du Centre du Droit Juri-Santé (CNEH). Professeur à la faculté René Descartes, Paris V.

⁶ Citée par Caroline PEROYS. – In : « Restructuration médicale et fusion d'établissements publics de santé. L'exemple des hôpitaux du Léman ». Mémoire de l'École nationale de la Santé Publique. 2001. p14.

2.2.1 L'exemple des fusions/acquisitions

Selon Laëtitia LETHIELLEUX⁷, le nombre des opérations de fusions/acquisitions est très important : « en 2006, elles ont représenté plus de 3 610 milliards de dollars dans le monde, soit une hausse de 30% par rapport à 2005 »⁸. Elles ont même atteint des chiffres record en 2007, puisqu'elles s'élevaient à 4 280 milliards de dollars. Le contexte économique difficile depuis 2008, a ensuite entraîné une baisse de ces opérations, mais l'année 2011 semble confirmer la reprise progressive de ce marché⁹. Cependant, si ces opérations, au regard des chiffres, sont souvent présentées comme des succès, les analystes ne s'en sont pas contentés et ont approfondi leurs études. Ils ont ainsi pu mettre en évidence que la réalité du terrain est sensiblement différente, puisque deux tiers des fusions/acquisitions se soldent par un échec¹⁰.

S'il est vrai que certains de ces échecs résultent parfois d'erreurs stratégiques ou d'une mauvaise analyse du marché, il semble que la plupart d'entre eux soient la résultante de **la négligence de l'attention portée au « facteur humain »**¹¹. Avec pour effet de provoquer un traumatisme chez les salariés, souvent associé à un sentiment de perte, en particulier d'identité, parfois assimilé à la notion de deuil. Selon Pascale PORTERES¹², « beaucoup d'opérations de fusion ou acquisition auraient été réussies, bien réussies, si le facteur humain avait trouvé toute sa place. Beaucoup sont de brillants exemples de succès, parce que précisément, on l'a considéré en temps utile »¹³. Son groupe de conseil en ressources humaines (RH) s'est appuyé sur son expérience et la liste des succès ou des échecs de ses clients pour définir les conditions de réussite de ces changements. Pour compléter leur réflexion, les consultants de BPI ont réalisé une grande enquête et interrogé des spécialistes.

⁷ Maître de conférences en sciences de gestion, à l'université de Reims-Champagne-Ardenne.

⁸ LETHIELLEUX Laëtitia. – Faire face à une fusion d'entreprise. – In : Guide du Management et du Leadership, sous la direction de J.L. Muller. – Paris : Éditions Retz, 2008. – p 628.

⁹ <http://www.lefigaro.fr/bourse/2010/12/31/04013-20101231ARTFIG00457-fusions-acquisitions-entre-15-et-30-de-hausse-en-2011.php>. Consulté le 10.03.2012.

¹⁰ LETHIELLEUX Laëtitia. – Faire face à une fusion d'entreprise. – In : Guide du Management et du Leadership, sous la direction de J.L. Muller. – Paris : Éditions Retz, 2008. – p 628.

¹¹ Ibidem.

¹² Directeur Général de BPI, groupe de conseil en ressources humaines, dont un des champs d'expertise est de réussir les restructurations d'entreprises.

¹³ PORTERES Pascale et all. – Réussir une fusion, d'abord une histoire d'hommes. – In : Les cahiers de Bernard Brunhes, Cahier n°17, décembre 2006. – p 5.

De cette étude, le groupe BPI tire quatre leçons qui pourraient permettre de guider ceux qui doivent mener à bien une fusion :

- La première consiste à reconnaître que *l'absence de prise en compte du facteur humain en amont* vient du fait que la décision de fusion est prise par le sommet stratégique qui décide des grandes orientations et des modalités de mise en œuvre, sans solliciter l'avis de la ligne hiérarchique, qui serait sans doute plus apte à enrichir la réflexion en prenant en compte les réalités du terrain, qu'elles soient d'ordre géographique, culturel, social ou managérial.
- La deuxième leçon insiste sur le nécessaire intérêt à porter aux valeurs et à la culture propre à chacune des entités fusionnantes. « *Toute entreprise est parcourue de principes, de valeurs, de systèmes de relations, de modes de management, de présupposés culturels qui en font un ensemble vivant qu'on ne peut impunément bousculer. [...] La prise en compte de ces données impalpables est vitale* »¹⁴.
- Dans la troisième leçon, les auteurs font ressortir le fait que, le plus souvent, il existe une disparité de taille entre l'accueillant et l'accueilli ; le premier étant souvent plus important que le second. Dans ce cas-là, il est nécessaire d'être vigilant à ne pas « écraser » l'accueilli en cherchant à lui imposer *des règles de vie et de fonctionnement*, faute de quoi, il y a fort à parier qu'il ne soit pas enclin à partager ses compétences et capacités. Cette attitude (« étouffement de l'accueilli par l'accueillant) potentialiserait le risque d'échec du processus engagé, ou, tout au moins, une perte de temps.
- La quatrième et dernière leçon à retenir est que les salariés ont besoin « *de se raccrocher à ce qui constitue les fondements de leur vie professionnelle* ». En d'autres termes, lors de la fusion, il est indispensable que les engagements pris à leur encontre soient respectés. Que ces engagements soient formels (« *sur les conditions de travail, d'emploi, de promotion* »), ou plus informels, et qu'ils régissent *la vie en commun*. « *L'acquéreur qui prétendrait appliquer purement et*

¹⁴ PORTERES Pascale et all. – Réussir une fusion, d'abord une histoire d'hommes. – In : Les cahiers de Bernard Brunhes, Cahier n°17, décembre 2006. – p 5.

simplement la loi, fût-elle assez favorable, rencontrerait à coup sûr une « mauvaise volonté » qu'il ne pourrait que déplorer alors qu'il en serait le vrai responsable »¹⁵.

Il est donc important de ne pas oublier que, dans un processus de fusion, l'objectif final est de « *construire un troisième être vivant à partir de deux êtres différents* ». Pour cela, il est essentiel de prendre conscience que le chemin pour y parvenir est nécessairement compliqué et fastidieux, et que cela requiert la prise en compte des ressentis des personnels. Pour conclure, les auteurs nous rappellent qu'il ne faut pas oublier que « *dès que l'on est dans la gestion de groupes humains, les maîtres mots sont communication et transparence* ».

Laëtitia LETHIELLEUX corrobore ce point de vue, en ajoutant que « *fusionner des entreprises, c'est aussi et surtout réussir à fusionner des esprits* »¹⁶. Le travail qu'elle réalise la pousse également à s'interroger sur les critères permettant de mesurer la réussite d'une fusion.

Dans son analyse, elle met en évidence une notion importante, qui peut apparaître consécutivement à la réorganisation interne des services engagés dans la fusion : **le syndrome du survivant**. En effet, la restructuration est généralement synonyme de bouleversements au sein des équipes concernées par la fusion : même si les emplois ne sont pas systématiquement en danger, il est rarement prévu de conserver tous les agents des deux équipes car la réorganisation entraîne, de fait, une réduction de postes : « *des réductions d'effectifs sont alors mises en place. Le départ d'un certain nombre de salariés crée un terrain propice au développement du syndrome du survivant auprès des salariés restants* »¹⁷.

Le survivant, est, selon le petit Larousse illustré « celui qui survit à quelqu'un, qui est resté en vie après un évènement ayant fait des victimes, qui survit à une époque révolue ». Et survivre est défini comme le fait de « demeurer en vie après un autre, de

¹⁵ PORTERES Pascale et all. – Réussir une fusion, d'abord une histoire d'hommes. – In : Les cahiers de Bernard Brunhes, Cahier n°17, décembre 2006. – p 7.

¹⁶ LETHIELLEUX Laëtitia. La mesure de la réussite d'une fusion par le syndrome du survivant. In : Journées d'études sur la carrière AGRH, Congrès de l'AGRH, 2004. – p 2619.

¹⁷ Ibidem.

réchapper à une catastrophe, de continuer d'exister ». L. LETHIELLEUX se demande donc si, dans ce contexte de fusion, ce terme de *survivant* peut être employé dans la gestion des RH ?

Son analyse fait ressortir que le stress engendré par la fusion peut occasionner l'apparition d'un certain nombre de symptômes chez certains agents présents après la réalisation du processus : *difficulté de parler de ses émotions dans l'organisation ; colère, hostilité envers l'organisation et ses dirigeants ; culpabilité d'avoir conservé son emploi ; démotivation et insatisfaction au travail ; sentiment d'insécurité vis à vis de leur poste ; angoisse, déprime, fatigue* »¹⁸. C'est parce qu'ils sont récurrents que ces symptômes ont été retenus.

Cependant, l'hypothèse soutenue par cette analyse est que le *syndrome du survivant* n'est pas considéré comme une maladie, mais plutôt comme le résultat d'un processus de rupture d'un *contrat psychologique* : « *l'entreprise offre un soutien à ceux qui partent ; or ceux qui restent sont souvent oubliés et considérés comme chanceux et privilégiés de conserver leur postes. Pourtant, ceux qui restent éprouvent une réelle souffrance* ». Cependant, il est important de nuancer le propos car il peut être difficile, voire impossible, de faire la part des choses entre les symptômes observés et l'état de santé initial de l'agent avant qu'il ne soit confronté à la situation stressante. Toutefois, l'état psychologique du survivant est caractérisé par le sentiment d'injustice ressenti, mais aussi par le sentiment d'insécurité perçu.

L'analyse se poursuit en abordant, à son tour, la notion de *négligence du facteur humain*¹⁹ dans le processus de fusion. Selon l'auteur, l'apparition du *syndrome du survivant* pourrait être le reflet des choix réalisés en termes de politique des RH. Il est mis en avant que, bien souvent, les dirigeants n'entendent pas la souffrance qui peut être exprimée par les employés, car ils les considèrent chanceux : pourquoi auraient-ils des raisons de se plaindre, alors qu'ils ont conservé leur emploi ? De ce fait, rien n'est mis en place pour accompagner les équipes à s'adapter au changement. « *La problématique du sentiment d'abandon des salariés est soigneusement évitée. Dans de nombreux cas, il*

¹⁸ NOER David, cité par LETHIELLEUX Laëtitia, in : La mesure de la réussite d'une fusion par le syndrome du survivant. – p 2620.

¹⁹ Confer p 10.

n'existe pas de programme ou de cellule d'accompagnement du personnel »²⁰. Pour remédier à cet état de fait, certains auteurs proposent des pistes pour « prévenir l'apparition du syndrome du survivant ». SLOWINSKI, RAFII, TAO et GOLLOB²¹ « insistent sur le fait qu'il faut créer une conscience de groupe, impliquer les managers le plus tôt possible et favoriser l'émergence d'une culture commune. [...] Enfin, selon eux, il faut travailler à réduire l'impact émotionnel ».

Ainsi, selon L. LETHIELLEUX, le syndrome du survivant constituerait donc un « indicateur susceptible de mesurer la réussite ou l'échec d'une fusion » puisqu'il « peut être perçu comme un indicateur de l'état de santé des salariés ; comme une illustration de la négligence du facteur humain ; enfin comme un indicateur du degré d'appropriation de la fusion par les salariés ». Pour éviter l'apparition de ce syndrome, ou tout au moins réduire son ampleur, elle conclut donc qu'il est indispensable d'accorder de l'importance aux RH très précocement. Pour cela, il est nécessaire « d'agir sur les moyens de communication, d'impliquer davantage les managers pour favoriser un climat de confiance et une meilleure appropriation du changement »²².

2.2.2 Les fusions hospitalières

Actuellement, les fusions de services de soins dans le secteur hospitalier sont généralement réalisées dans le contexte de restructuration, initié par la loi HPST citée précédemment, et sont donc imposées. En effet, cette loi inscrit la réflexion de l'organisation et de la répartition de l'offre de soins à l'échelon régional, et prévoit la restructuration des territoires de santé afin de garantir au patient un accès équitable à des soins de qualité, en sécurité, favorisant la continuité dans le parcours de soins. Pour y parvenir, les SROS (Schéma Régionaux d'Organisation de l'Offre de Soins) prévoient la mise en œuvre de nombreuses restructurations aboutissant soit à des fusions de services ou d'établissements, soit à des fermetures.

²⁰ LETHIELLEUX Laëtitia. La mesure de la réussite d'une fusion par le syndrome du survivant. In : Journées d'études sur la carrière AGRH, Congrès de l'AGRH, 2004. – p 2626.

²¹ In : LETHIELLEUX Laëtitia. La mesure de la réussite d'une fusion par le syndrome du survivant. – p 2630.

²² LETHIELLEUX Laëtitia. La mesure de la réussite d'une fusion par le syndrome du survivant. In : Journées d'études sur la carrière AGRH, Congrès de l'AGRH, 2004. – p 2635.

Cependant, certains établissements n'ont pas attendu cette incitation à la rationalisation pour réfléchir l'organisation des leurs services « autrement ». Dans certains cas, la fusion de services a été choisie, et a été pensée avant tout dans un objectif d'efficacité et d'amélioration de la qualité des soins dispensés, même si la dimension économique de ce changement ne peut-être niée. Dans l'exemple qui est à l'origine de ma réflexion, le contexte (décès prématuré du médecin, chef de service d'une des deux unités), a incité les professionnels et l'institution à s'interroger sur la pertinence du maintien de l'organisation de l'activité telle qu'elle existait. L'aboutissement de cette réflexion a été la décision de réorganisation sous forme de fusion, dans un souci de mutualisation des compétences et des moyens, mais surtout d'efficacité dans la prise en charge des patients.

Les restructurations de services et/ou d'établissements constituent donc aujourd'hui une composante centrale des politiques hospitalières. Bien plus qu'une réponse aux difficultés économiques ou organisationnelles du secteur de la santé, elles « *constituent aussi une transformation sociale majeure qui affecte en profondeur le rapport des individus à l'institution hospitalière puisque le cadre pérenne de travail que celle-ci proposait se modifie, voire disparaît* »²³.

Jean-Paul DUMOND, enseignant-chercheur, maître de conférences à L'Institut d'Administration et de Gestion de Créteil ; UPEC Paris XII, a réalisé une analyse sur le positionnement des professionnels au cours des fusions d'établissements hospitaliers, en s'appuyant sur deux sources.

La première est une étude menée par l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, en 2001-2002, dont l'objectif était « *d'évaluer les dispositifs de gestion des RH mis en œuvre pour accompagner certaines fusions. [...] Deux opérations impliquant des fusions de service hospitaliers ont été étudiées dans ce cadre* ».

La seconde provient d'une recherche portant sur « *la confrontation entre la logique gestionnaire et la logique clinique dans les opérations de restructurations* », qui s'est déroulée sur dix terrains d'investigations (tous des établissements publics) en 1999. L'objectif poursuivi par J-P DUMOND était d'étudier l'épreuve que représente une fusion

²³ DUMOND Jean-Paul. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. In : Sciences sociales et santé. Volume 24, n°4, 2006. – p 98.

pour les professionnels, mais aussi l'impact éventuel que cette épreuve vécue pouvait, à son tour, avoir sur le déroulement de la fusion elle-même.

Le travail d'étude porte donc sur douze opérations de fusions d'établissements, et ce qui ressort en premier lieu est qu'effectivement les professionnels vivent cette restructuration comme des « *périodes désagréables par les incertitudes et les conflits qu'elles génèrent, débouchant sur des gagnants et des perdants, prenant toutes les formes d'une mutation douloureuse* », et donc des épreuves. Le rassemblement de deux équipes indépendantes et parfois très différentes dans un même lieu, sous une « *hiérarchie commune* », avec un exercice professionnel qui devient collectif, est à l'origine de cette perception²⁴. Et il apparaît dans cette étude que cette perception est largement partagée par les agents, quels que soient leurs positions ou leurs rôles dans l'institution, dans le contexte de restructurations imposées : « *Pour ceux qui les dirigent, comme pour ceux qui les vivent sans les avoir choisies, c'est-à-dire qui les subissent, les fusions constituent, en premier lieu, des épreuves. [...] Les fusions sont sources d'inquiétude pour la grande majorité des personnels et de violence pour une minorité d'entre elles. [...] Porteuses de bouleversements, d'angoisse, d'une remise en cause d'un cadre familial de travail avec lequel une séparation doit être opérée, elles représentent fréquemment une valeur traumatisante* »²⁵.

Cette analyse met en évidence les préoccupations principales de certains acteurs, engendrées par le changement. On s'aperçoit que les interrogations sont multiples et que les individus sont déstabilisés et inquiets, tout en étant dans l'expectative quant aux changements auxquels ils vont devoir faire face. Cependant, l'auteur met en évidence une nuance dans le propos des agents consultés en précisant que « *toutefois, du point de vue des personnels, le cours d'une fusion ne se traduit pas seulement par l'inquiétude. Les fusions sont aussi porteuses d'espoir* ». Certaines des personnes interrogées (environ un quart de l'échantillon) envisagent même cette opération comme un « *évènement très positif* » ou une « *chance à saisir* », malgré les difficultés décrites précédemment. En

²⁴ DUMOND Jean-Paul. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. In : Sciences sociales et santé. Volume 24, n°4, 2006. – p 98.

²⁵ Ibidem. – p 104.

effet, ils espèrent en retirer une amélioration dans leur exercice quotidien se caractérisant par «*un enrichissement des pratiques, des compétences et du travail en équipe* »²⁶.

Comme nous venons de le voir, les fusions, quelle que soit la forme sous laquelle elles se réalisent, sont toujours vécues comme des épreuves, principalement parce qu'elles sont synonymes de changement et de bouleversement à venir pour tous ceux qui les vivent.

2.3 Le changement

Depuis toujours, le changement fait partie de notre vie : par exemple, nous changeons de classe chaque année durant notre scolarité, les saisons se succèdent, la météo alterne entre pluie et beau temps, nous vivons des déménagements, notre corps évolue dans le temps... Qu'il soit conscient ou non, le changement fait partie intégrante de notre vie. Cette thèse est appuyée par la philosophie du Dalaï Lama qui dit qu' « *au sein de cet environnement instable et turbulent, un seul élément reste constant : le changement* ».

La société contemporaine se trouve confrontée aux changements incessants : les nouvelles technologies sont créatrices de changements, ainsi que l'environnement, le marché ou le contexte économique au sein duquel nous évoluons. Le monde de la santé n'échappe pas à ce phénomène, et doit faire face aux bouleversements générés par les politiques de santé qui se sont succédé à un rythme soutenu ces dernières années. Pour David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT, le « *changement est une réalité omniprésente* » aujourd'hui dans le monde des entreprises et des organisations. Leur expérience de plus de quinze ans dans la gestion de projets et la conduite du changement, leur permet d'affirmer que « *dans les discours des entreprises, le mot changement est devenu un leitmotiv permanent. Les dirigeants le mentionnent comme étant une des solutions à l'évolution des marchés, de la technologie, des lois ou bien comme étant la dynamique nécessaire à toute entreprise. Changer ou disparaître devient l'entête des discours managériaux.* »²⁷. Si leur raisonnement est confirmé, la pérennité des

²⁶DUMOND Jean-Paul. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. In : Sciences sociales et santé. Volume 24, n°4, 2006. – p 106.

²⁷ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. – Méthode de conduite du changement. 2^e édition. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 5.

organisations repose sur leurs capacités à accepter et mettre en œuvre le changement à chaque fois que cela s'avère nécessaire.

Mais avant de pouvoir décider la mise en place d'un changement, il est nécessaire de comprendre ce qu'est que le changement.

2.3.1 Les origines de la notion de changement

Pour éclairer la notion de changement, il faut remonter à l'Antiquité avec les philosophes grecs. Au début du V^{ème} siècle avant J-C, deux théories contraires s'affrontent²⁸. Parménide, philosophe, représentant de l'école d'Élée, défend l'idée que, « tout demeure », que tout ce qui est a toujours existé et est immuable, et que « *l'être est permanent sous l'apparence de changement* »²⁹. Tandis que pour le philosophe Héraclite, « *le changement est l'essence de l'être toujours en mouvement* »³⁰. Il ne voit partout que multiplicité et changement. Platon dit de lui : « *Héraclite dit que tout passe et rien ne reste ; il compare les êtres à l'écoulement d'un fleuve, disant qu'on ne peut deux fois descendre dans le même fleuve* » (Platon, Cratyle, 420a)³¹.

Pour l'un, le changement est une illusion qui cache la permanence de la réalité, tandis que pour l'autre, tout est changement et que le changement est permanent. Aucun instant ne ressemble au suivant, et ne pourra jamais être reproduit. Ces deux pensées sont antagonistes puisque, l'un nie le changement, tandis que l'autre nie la permanence.

Or, il semble que, pour penser le monde dans lequel nous vivons, il soit impossible de se passer de l'un ou de l'autre. C'est la théorie que défendront les premiers philosophes, en conciliant ces deux doctrines et en les enrichissant de nouveaux apports : Empédocle (490 à 435 av JC) défend l'idée que contrairement à ce qu'affirme Parménide, « *l'être ne serait pas Un, mais une diversité et une variété, d'où découlerait nécessairement le mouvement enregistré par nos sens* ». Il reconnaît six principes qui seraient le fondement de tous les échanges : les quatre éléments (eau, air terre, feu) et deux forces (attraction et répulsion).

²⁸ <https://lms2.deccelic.qc.ca/Pub/DAD8C413-0542-4449-A20A-E0972981FA66/c09cha.htm>.

Consulté le 18.02.2012.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibid.

³¹ Le Cratyle est un dialogue de Platon.

Démocrite (460 à 370 av JC) ira plus loin en décidant qu'il n'y a pas de raison de se limiter aux quatre éléments d'Empédocle : pourquoi ne pas envisager l'existence d'une multiplicité d'éléments évoluant dans un vide infini ? Il créa ainsi la théorie de l'Atomisme, qui défend l'idée que tout est composé d'éléments si petits qu'ils sont « *insaisissables par nos sens* » : les atomes. Ces atomes sont « *éternels, insécables, inchangeables* », ce qui reprend la théorie de Parménide. Mais par les échanges incessants entre ces atomes : les chocs, les rencontres, les liaisons ; les objets visibles se forment et existent, jusqu'à ce qu' « *une nécessité plus forte venue de l'extérieur les fende et les disperse* »³².

C'est ainsi que, les premières pensées sur la permanence de la nature ou au contraire sur son évolution, sont à l'origine de la réflexion contemporaine sur le changement.

2.3.2 Définitions

Lorsque j'ai commencé à m'intéresser au concept de changement, il me semblait que cette notion faisait consensus et était simple à expliquer. Au fil de mes lectures, j'ai pris conscience que ce n'était pas le cas.

En réalité, le changement, dans le contexte qui nous intéresse, peut être défini comme :

- une « *modification, [une] rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi* »³³,
- ou : l' « *état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique* »³⁴.

Mais D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT insistent sur la notion indispensable de « rupture » pour affiner leur définition de changement, afin d'utiliser ce concept à bon escient, et non pas pour qualifier toutes les adaptations quotidiennes auxquelles nous devons faire face. Pour eux, « *pour qu'il y ait changement, il faut qu'il y ait une rupture*

³² <https://lms2.declic.qc.ca/Pub/DAD8C413-0542-4449-A20A-E0972981FA66/c09cha.htm>.

Consulté le 18.02.2012.

³³ <http://www.larousse.fr>

³⁴ Petit Robert de la langue française, 2010.

significative entre des modes de fonctionnement »³⁵. La notion de changement est avérée si elle caractérise « *une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès* »³⁶.

D'autres, comme ROBINS, DECENZO et all. définissent le changement, dans le contexte managérial, comme « *une modification durable apportée à l'environnement, la structure, la technologie ou au personnel d'une organisation en vue d'une amélioration significative de son fonctionnement et de sa performance* »³⁷.

Quelle que soit la manière d'appréhender le changement organisationnel (rupture ou modification durable) par ces auteurs qui observent le monde des entreprises et des organisations, le changement se caractérise par sa finalité : la notion d'évolution positive entre un état présent et un état futur désiré, est commune. Ils semblent donc envisager le changement, sous un angle optimiste, invariablement synonyme de progrès. Alors que dans les définitions plus généralistes, seules les notions de transformation, d'évolution ou de modification sont prises en considération, sans s'interroger sur les répercussions de ces mouvements.

Une autre définition du changement permet de l'appréhender selon son contexte et le processus qui en découle. En effet, doit-on parler de changement seulement lorsqu'il est la conséquence d'actions de modifications initiées par les acteurs (les employés) eux-mêmes ou peut-on également parler de changement dans un contexte de contrainte ?

Le postulat de Philippe BERNOUX est que « *le changement naît de la rencontre de contraintes, d'institutions et d'acteurs* »³⁸. Il cherche ainsi à démontrer que les acteurs ont un rôle majeur dans la réalisation du changement organisationnel. En effet, même si les contraintes sont fortes, ils ont une capacité à réagir qui peut modifier radicalement l'issue du projet. De ce fait, selon lui, tout changement dépend de l'implication des acteurs dans la réalisation du processus et de leur volonté à se mobiliser ou non pour lui.

³⁵ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. – Méthode de conduite du changement. 2^e édition. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 6.

³⁶ Ibidem.

³⁷ ROBBINS Stephen, DECENZO David, GABILLIET Philippe, MOON Henry. – Le changement et l'innovation. In : *Management. L'essentiel des concepts et des pratiques*. 6^e édition. – Pearson Education, 2008. – p 192.

³⁸ BERNOUX Philippe. – Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Nouvelle édition. – Paris : Éditions du Seuil, 2004. – p 19.

2.3.3 Le processus de changement

Si on se réfère à la Sociologie des organisations et à H. MINTZBERG³⁹, les établissements de santé sont généralement perçus comme des bureaucraties professionnelles. À ce titre, le changement qui intervient en leur sein peut être étudié selon deux modèles⁴⁰ :

- Le changement par l'organisation : qui considère qu'il faut d'abord changer le contexte dans lequel les gens travaillent, pour qu'ils finissent par changer eux-mêmes. Ce modèle permet à la direction d'avoir un sentiment de maîtrise sur le projet, et parfois sur le changement lui-même, puisque le « *changement est décidé puis expliqué* ».
- Le changement par les individus : qui place les acteurs au cœur du changement, en leur permettant de travailler sur leurs pratiques et leurs outils, dans un objectif commun d'amélioration. C'est ce travail qui amènera l'organisation à évoluer et à changer, dans un second temps.

Quel que soit le modèle utilisé, il est nécessaire d'avoir conscience des limites de sa mise en œuvre :

- Le premier modèle s'appuie sur un raisonnement de type Taylorien (qui sous-entend que, dans une entreprise, les ingénieurs pensent le système, alors que les ouvriers se contentent de l'appliquer) et sous-estime donc la capacité créative des individus. De plus, il implique que celui qui est « *visionnaire* » du changement, n'est pas celui qui est en capacité de le rendre concret sur le terrain : il est donc nécessaire d'utiliser la ligne de management intermédiaire pour le mettre en application. Le manager intermédiaire devient alors l'acteur central de la mise en œuvre ; il faut donc être certain qu'il adhère au projet pour le rendre viable. Enfin, on peut craindre que ceux qui exécutent risquent d'opposer de la résistance au

³⁹ Henry MINTZBERG est un universitaire canadien en sciences de gestion. C'est un auteur internationalement reconnu d'ouvrages de management.

⁴⁰ Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, GRH et Conduite du changement, 18 janvier 2012.

projet, étant donné qu'ils n'ont pas été consultés : le risque de conflit est ici important ; d'autant plus qu'il a été retardé, puisque les individus ne prennent connaissance de l'existence du projet qu'au moment où il leur est demandé de le mettre en place.

- Quant au second, il nécessite, pour sa réussite, qu'on dispose de professionnels impliqués dans leur travail et qui soient capables et aient envie, lorsqu'ils sont confrontés à une situation nouvelle, d'inventer des processus nouveaux ou de changer leurs façons de faire. Pour cela, il est indispensable que les acteurs se sentent autonomes et responsabilisés. Mais il faut également que l'organisation puisse leur assurer un « droit à l'erreur » (s'il y a sanction lorsque ça ne fonctionne pas, ils vont arrêter de s'impliquer et de se sentir responsables). De plus, il faut que le sommet stratégique et la ligne hiérarchique acceptent, au moins pour un temps, de n'avoir aucune maîtrise sur les propositions qui peuvent être faites (au début, les suggestions peuvent partir dans tous les sens ; certaines devront être mises en place même si elles ne plaisent pas à la direction), avant de pouvoir recentrer et choisir la direction qui va être prise - en étant pleinement capable de justifier cette décision et d'expliquer pourquoi certaines propositions sont retenues et d'autres rejetées.

Kurt LEWIN, quant à lui, nous explique que, pour aboutir, le processus de changement doit comprendre trois phases⁴¹ :

- *La phase de dé cristallisation des normes de groupe* : il est nécessaire de rompre la routine et l'équilibre existant (abandon des comportements et attitudes habituels) pour que les acteurs ressentent le besoin de changer. Cela correspond à une envie d'entrer dans le changement. Cette phase est le résultat de rupture d'équilibre, favorisée par les échanges au sein du groupe qui ont permis de remettre en question ses *normes*, en réponse à une (des) préoccupation(s) du groupe. Cette rupture permet la prise de conscience de la nécessité d'une remise en question des habitudes et d'un besoin d'aller vers le changement. Mais, à cette phase-là, le changement n'est pas encore acquis, car l'abandon de « l'ancien » suppose

⁴¹ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. – Conduite du changement : concepts clés. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – pp 113-119.

l'accession à de nouveaux apprentissages. Pour construire leur changement, les acteurs ont besoin d'être informés sur les enjeux, les risques, les bénéfices mais aussi les difficultés qu'ils vont rencontrer, afin de pouvoir se projeter dans l'avenir et la suite du projet.

- *La phase de déplacement* ou phase intermédiaire: permet au changement de se mettre en place, même s'il n'est pas certain qu'il dure. Cela est rendu possible parce que les individus ont accepté de se détacher des normes auxquelles ils se référaient : la résistance ne freine plus le processus. C'est une « *phase de transition où on expérimente les nouvelles pratiques* ». Cette phase est celle de l'expérimentation et de l'apprentissage, en vue d'adopter de nouveaux comportements et attitudes. Mais il est encore possible, à ce moment-là, de choisir entre aller de l'avant et poursuivre le changement, ou revenir à la situation antérieure.
- *La phase de cristallisation des nouvelles normes* : une fois le nouvel équilibre trouvé, il est nécessaire de le figer afin de permettre que le changement soit durable. En effet, le risque encouru, si cette phase n'est pas réalisée, est de revenir à la situation de départ après avoir traversé une période de flottement, afin de retrouver un équilibre. C'est donc la phase du changement proprement dit, durant laquelle l'intégration des nouvelles habitudes devient plus automatique et finalement naturelle. Cette phase est atteinte lorsque « *la situation antérieure est exprimée à l'imparfait par les soignants ou bien lorsqu'ils évaluent eux-mêmes leur nouvelle situation en la comparant à l'ancienne* »⁴².

Selon K. LEWIN, pour que le changement soit possible et durable, il doit passer par le groupe. Ce sont les rapports entre les individus, les confrontations et les échanges, qui permettent à l'ensemble de se remettre en question et de faire de nouveaux choix ; de les expérimenter, puis de se les approprier. Il pense qu'expliquer aux gens comment il faut faire pour changer ne sert à rien. Et qu'au contraire l'expérimentation entre individus permet la prise de conscience de la nécessité de changer et l'acceptation de modification

⁴² HART Josette, LUCAS Sylvie. – Management hospitalier. Stratégies nouvelles des cadres. – Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre, 2002. – p 102.

des comportements ou des habitudes, qu'il appelle *les normes*. Si cette approche a longtemps semblé être un modèle simple et parfait à appliquer (années 50 à 70), aujourd'hui, certains auteurs le remettent en question car la dernière phase, celle de décristallisation, est aujourd'hui souvent difficile à mener jusqu'à son terme dans l'environnement mouvant au sein duquel de nombreuses organisations se démènent.

Lors de la mise en place d'un changement, il est important de prendre en considération que c'est un processus qu'il faut gérer dans la durée. Et que **le véritable changement ne commence qu'au moment de sa mise en œuvre.**

Le changement organisationnel, qu'il soit imposé, organisé ou négocié va nécessairement entraîner des réactions chez ses destinataires. L'une d'entre elles, objet de nombreuses études est : la résistance au changement. Il semble entendu pour tous les porteurs de projet de changement qu'il soit incontournable de traverser cette « zone de turbulences » pour accéder à la réalisation du changement.

2.3.4 Le phénomène de résistance

Le changement représente une rupture dans un quotidien stable et rassurant, vers la recherche d'un nouvel équilibre. En conséquence, les individus vont légitimement réagir face aux remous créés par ce mouvement et cette déstabilisation, et parfois opposer une certaine résistance à ce changement.

Dans le langage courant, *la résistance* (n.f) est définie comme « l'action de résister, la qualité de ce qui résiste, ou encore, la qualité d'un corps qui réagit contre l'action d'un autre corps »⁴³ et s'applique en premier lieu aux choses. Mais cela peut aussi être la « capacité à endurer de la fatigue, les privations ». Ou encore, une « force que l'air oppose au déplacement d'un corps »⁴⁴. Les mots associés au phénomène sont ici « capacité et force ». Ils induisent une connotation plutôt positive.

Curieusement, comme nous l'explique Céline BAREIL, professeure agrégée, au « Service de l'enseignement du management » à HEC Montréal, c'est lorsqu'il s'applique à l'action de l'Homme que ce terme prend un sens plus négatif : « *la résistance à un ordre*

⁴³ Petit Larousse en couleurs, 1980

⁴⁴ Ibidem

signifie le refus d'obéir, la désobéissance, l'opposition, la rébellion, le regimement ». Mais aussi lorsqu'il est utilisé dans le contexte organisationnel. Il devient alors synonyme de « *blocage, de frein, obstruction et opposition* »⁴⁵.

Le terme de résistance au changement apparaît en 1947 avec la publication d'un article intitulé « *Overcoming resistance to change*⁴⁶ » par COCH et FRENCH. Depuis lors, la résistance des personnes aux changements organisationnels est devenue « *un phénomène qu'on ne peut passer sous silence* ». La preuve en est faite par le nombre incalculable d'articles ou d'ouvrages rédigés sur le sujet. En se référant à de nombreux auteurs, mais aussi à leur longue expérience dans le domaine, C. BAREIL et A. SAVOIE⁴⁷ la définissent « *comme étant 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 des nouvelles compétences, la résistance au changement est sans aucun doute la bête noire de tous ceux qui véhiculent des idées de changement* »⁴⁸.

I.VANDANGEON nous décrit deux formes de résistance possibles⁴⁹ :

- La résistance tacite : qui est la plus néfaste. Elle sous-entend une acceptation apparente, par l'individu, du changement en cours, ou au moins une absence de réaction de sa part, une « *inertie* ». Le risque encouru avec ce type de résistance est une attaque sournoise, qu'on ne voit pas venir, un « *sabotage invisible* ». Elle fait souvent beaucoup de mal.
- La résistance explicite : qui est positive, car argumentée et explicitée. Comme elle est affichée, on peut intervenir dessus et travailler les points qui sont sources de difficultés.

⁴⁵ BAREIL Céline. La résistance au changement : synthèse et critique des écrits. In : Cahiers de Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal. Cahier n° 04-10 – Août 2004. – p 3.

⁴⁶ Que l'on peut traduire par « Surmonter la résistance pour changer ».

⁴⁷ André SAVOIE est professeur au département de psychologie de l'Université de Montréal.

⁴⁸ BAREIL.C, SAVOIE.A. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement. In : Gestion, vol. 24, n°3, 1999. – p 86.

⁴⁹ Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, GRH et Conduite du changement, 18 janvier 2012.

Le phénomène de résistance est complexe à prendre en charge, car il peut avoir des origines différentes suivant les raisons pour lesquelles il s'exprime⁵⁰ :

- Les causes organisationnelles : le changement est difficile à mener dans une bureaucratie professionnelle car il peut remettre en cause le pouvoir de chacun et les zones d'incertitudes sur lesquelles jouent les acteurs. De plus, il implique de travailler sur la flexibilité. Enfin, le changement est couteux en temps et en argent.
- Les causes liées au projet lui-même : la légitimité du changement n'est pas évidente pour tous, ou le sens du changement n'a pas été explicité. Ou bien encore, l'organisation réalise des changements à répétition. De même, le choix de la méthode pour réaliser le changement peut avoir un fort impact sur les résistances : le temps de réalisation, mais aussi l'implication ou non des différents acteurs dans le processus.
- Les causes individuelles ou au niveau des groupes : certains individus peuvent ne pas percevoir la nécessité de changement. Parfois, le groupe aura d'autant plus de mal à percevoir ou accepter le changement qu'une personne détentrice d'un leadership fort sera contre le changement. D'autres peuvent craindre de souffrir de répercussions économiques (un changement d'horaire pourrait affecter leur pouvoir d'achat), ou ont simplement peur de l'inconnu. Ces craintes sont naturelles et peuvent être réduites par un accompagnement au changement (que je détaillerai dans la partie suivante).

Il est donc fondamental de réaliser un travail important sur la valeur ajoutée que le changement va apporter aux personnes ou à l'organisation, en fonction du niveau auquel la résistance s'exprime. Car contrairement aux idées reçues, la résistance peut s'exprimer à tous les niveaux de la hiérarchie, y compris au niveau de la direction.

De même, comme nous l'avons vu, il est fréquent de considérer la résistance comme un phénomène négatif : or, plus la résistance sera argumentée, plus elle sera

⁵⁰ Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, GRH et Conduite du changement, 18 janvier 2012.

positive et permettra d'améliorer le processus de changement. À condition d'accepter de considérer que la résistance est un phénomène naturel !

De leur côté, D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT⁵¹ décrivent la résistance au changement comme née de « *la peur du vide et de la nécessaire adaptation induite* ». Comme nous l'avons vu précédemment, ils s'accordent pour dire que les êtres humains ont naturellement peur du changement et que, pour y faire face, ils « *développent des comportements d'opposition, de passivité ou bien de proactivité* » tout en formalisant « *leur résistance dans leurs discours et leurs actions* ». Selon eux, les individus, pour pouvoir accepter le changement doivent pouvoir le comprendre mais aussi percevoir ce qu'il peut leur apporter : « *le gain potentiel ou l'espérance d'un futur meilleur* ». Ils défendent à nouveau la nécessité de la notion de progrès pour permettre de mener à bien un processus de changement à son terme. Faute de quoi, les acteurs « *développent des stratégies d'évitement qui consistent à ne pas s'opposer directement à un projet mais à ne pas s'investir suffisamment pour sa réussite* ». La prise en compte de ces résistances représente donc selon eux, un enjeu majeur de la conduite du changement

2.4 La conduite du changement

2.4.1 Pourquoi et comment conduire le changement ?

La conduite du changement n'est pas un élément méthodologique optionnel dans la mise en œuvre du projet, mais au contraire un élément nécessaire à sa structuration.

L'accompagnement au changement permet de préparer les individus à vivre le mieux possible la transition entre un présent appelé à disparaître, et un futur difficile à appréhender. L'intérêt de la mise en place de cette procédure est de prendre en compte les difficultés ou les craintes des salariés et de les amener à devenir acteurs du projet, ou tout au moins à les informer, les rassurer, les former afin qu'ils soient opérationnels lorsque le changement sera devenu réel.

⁵¹ AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. – Méthode de conduite du changement. 2^e édition. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – pp 166-167.

La conduite du changement a aussi pour objectif de minimiser l'importance de la baisse de productivité qui sera inévitablement liée au lancement du changement. En effet, le changement implique une nécessaire adaptation à un nouveau fonctionnement, de nouvelles pratiques, avant de pouvoir retrouver un niveau d'efficience, si ce n'est supérieur, au moins égal à celui d'avant le changement. Pour réduire ce temps d'adaptation, « *les techniques de conduite du changement visent justement à préparer les salariés de telle manière qu'ils puissent initier la phase d'apprentissage avant le lancement du changement* ». ⁵² Pour D.AUTISSIER et J-M. MOUTOT, puisque le changement est incontournable et de plus en plus présent dans le quotidien des organisations, il est important de s'intéresser à la façon de le mettre en place.

Dans leur ouvrage « Méthode de conduite du changement », les auteurs décrivent que, le plus souvent, les initiateurs de changement ne voient l'accompagnement au changement que comme « *un ensemble d'actions de communication et de formation* ». Or, si ces actions sont nécessaires à la conduite du projet, elles ne résument pas l'ensemble du processus de conduite. En effet, celui-ci se décompose en trois étapes :

- Le diagnostic du changement, correspondant à l'analyse du changement et du contexte. Il permet de mettre en évidence les besoins du projet : qu'est-ce qui doit être mis en place (communication, formation, accompagnement) ? Et dans quelle mesure ? Cette étape permet d'économiser du temps et de l'argent en ciblant les actions à mettre en place, en fonction des nécessités mises en évidence. C'est un travail de repérage et de cadrage.
- Un cycle d'accompagnement de changement, illustrant le déploiement des leviers de la conduite du changement. Ce diagnostic permet de s'intéresser aux répercussions du changement sur différents facteurs (ce que les auteurs appellent « *l'étude d'impacts* », qu'ils soient de natures organisationnelle, culturelle, opérationnelle ou managériale), mais aussi sur les individus qui vont être impliqués dans le changement. Et de se poser les bonnes questions : « *quelles sont toutes les actions de changement à mener ? Qui concernent-elles ? Quels sont les dispositifs*

⁵² AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. – Méthode de conduite du changement. 2^e édition. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 16.

à prévoir ? Selon quelles échéances ? ». C'est une étape pivot qui fait le lien entre les phases d'analyses et d'actions.

- Un cycle de pilotage du changement (phase d'action) correspondant à la mise en place d'outils qui vont permettre à la personne chargée de conduire le changement, de le mettre en œuvre. Cela va passer par la construction d'un « *plan d'action d'accompagnement du changement* », qui va reprendre toutes les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs posés. À chaque impact identifié lors de l'étape précédente correspondra une ou plusieurs actions permettant de le gérer. Ces actions se déclinent sous trois formes principales : actions de communication, de formation (avec réalisation d'un plan de communication et/ou de formation), et action de mise en œuvre des procédures de travail (actions de transformation). Chaque impact correspond à un type de changement et se voit attribuer une ou plusieurs actions prioritaires et secondaires pour y faire face.

Mais le pilotage correspond également à la phase d'évaluation des actions mises en place. Cette évaluation se fait grâce à l'utilisation d'indicateurs qui vont permettre de mesurer la performance des outils, ainsi que le degré d'atteinte des objectifs. Pour finalement déterminer s'il y a eu adhésion ou non des acteurs au changement.

2.4.2 L'accompagnement basé sur « les préoccupations »

Afin d'appréhender le changement dans de bonnes conditions, et en tentant de regarder « *au-delà de l'approche traditionnelle et de la notion de résistance* », C. BAREIL et A. SAVOIE évoquent l'existence d'autres cadres conceptuels⁵³ que la théorie sur la résistance⁵⁴.

Grâce à leurs recherches, ils ont mis en évidence trois « *modèles dynamiques* » qui permettent d'expliquer les comportements des Hommes face au changement, et donc, de les accompagner :

- L'approche cognitivo-temporelle qui est basée sur la théorie de K. LEWIN et qui reprend l'idée des phases de décristallisation, de déplacement puis de recristallisation des normes⁵⁵.

⁵³ BAREIL.C, SAVOIE.A. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement. In : Gestion, vol. 24, n°3, 1999. – p 87.

⁵⁴ Confer p 24.

⁵⁵ Confer p 23.

- L'approche socio-émotionnelle qui décrit entre quatre et dix étapes réactionnelles nécessaires à traverser pour vivre le changement : du déni à l'engagement, en passant par la tristesse, la culpabilité, la colère et la confusion⁵⁶.
- L'approche cognitivo-affective ou « théorie des phases de préoccupations » qui ne considère plus la résistance au changement comme un obstacle ou un problème, mais plutôt comme « *des inquiétudes et des questions face à une situation actuelle ou anticipée* »⁵⁷, qui vont nécessiter la mise en place de stratégies bien définies en fonction de la progression du projet.

Cette méthode est souvent plébiscitée car elle dispose d'outils de mesure permettant de recueillir facilement les données directement auprès des personnes concernées (grille d'entretien ou questionnaire) ; elle bénéficie d'un « *fondement théorique vérifié empiriquement* », ce qui la rend légitime auprès des « *gestionnaires et des bénéficiaires* »⁵⁸. C'est pourquoi, je fais le choix de m'intéresser à cette théorie de manière plus précise.

Les personnes confrontées au changement le perçoivent souvent comme une prise de risque, ou tout au moins comme une déstabilisation.

L'accompagnement, réalisé par les agents du changement, en s'appuyant sur les 7 phases de préoccupations⁵⁹, permet de tenir compte de l'évolution du ressenti des acteurs en fonction de l'avancée du projet. En effet, les actions de soutien et d'accompagnement que le porteur du changement pourra mettre en place, vont considérablement varier en fonction de l'évolution du positionnement du destinataire face à ce changement :

- **Phase 1 : le déni.** Pas de préoccupation. Le destinataire ne se sent pas concerné. Il continue à travailler comme si le processus n'était pas enclenché.

⁵⁶ BAREIL.C, SAVOIE.A. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement. In : Gestion, vol. 24, n°3, 1999. – p 87.

⁵⁷ Ibidem. – p 89.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, GRH et Conduite du changement, 20 février 2012.

Lors de cette phase, le manager va communiquer en essayant de déstabiliser les individus en utilisant des faits montrant que le changement est nécessaire et qu'il est inéluctable. Il doit favoriser la prise de conscience.

- **Phase 2 : l'individu est préoccupé par lui-même.**

Il prend conscience du changement et se pose beaucoup de questions sur son devenir et ses conditions d'exercice. Cette phase est propice à l'apparition d'inquiétudes.

À ce moment-là, le manager doit non seulement être la personne qui distribue les informations, mais aussi celle qui rassure. Il faut rendre concrète la mise en œuvre du processus, sans apporter trop de détails. Il est indispensable à ce moment de créer un climat favorable à l'expression des craintes, et être à l'écoute des destinataires du changement.

Cette étape ne doit pas être trop longue, faute de quoi il y a un risque de voir l'inquiétude augmenter, et de voir les individus développer des positions de résistance.

- **Phase 3 : les préoccupations se tournent vers l'organisation.**

L'employé se demande si l'organisation est capable de supporter ce changement, et s'il est avantageux pour lui de s'investir dans le projet.

C'est le moment idéal pour le manager de rentrer dans les détails du projet, en décrivant et en clarifiant les choix qui ont été réalisés, de parler de la façon dont les choses vont se dérouler, d'expliquer aux salariés ce qu'on attend d'eux, mais aussi de commencer à aborder la notion de compétences en termes d'évolutions attendues. Cette phase est surtout un temps de réassurance sur l'organisation.

- **Phase 4 : les préoccupations s'orientent sur le changement lui-même.**

Les personnes réclament des détails. Elles sont en attente de réponses à leurs questionnements.

Le manager doit répondre à cette attente en fournissant les plus d'informations possibles sur l'avancée du processus, mais aussi sur les événements à venir. C'est le moment de mettre en place des réunions pour parler concrètement du changement, mais aussi de créer des groupes de travail. Il lui faut être précis et réactif : il doit être capable d'aller rechercher les informations manquantes.

- **Phase 5** : les **préoccupations** du salarié sont **centrées sur l'expérimentation**.

Les individus sont prêts et acceptent le changement, mais ils doutent de leur capacité à pouvoir le faire efficacement.

Le rôle du manager à ce moment-là est de réduire leur sentiment d'incompétence. Pour cela, il peut utiliser les formations ou le retour sur expérience en faisant témoigner des équipes ayant déjà vécu cette expérience.

Les individus sont arrivés à une attitude positive vis-à-vis du changement. Le manager peut donc décider de s'arrêter ici dans l'étude des préoccupations, ou au contraire de poursuivre avec les deux étapes suivantes, parfois considérées comme des étapes « bonus ».

- **Phase 6** : l'individu se demande **comment il peut collaborer avec les autres**.

Il est impliqué dans la mise en œuvre du projet et souhaite partager.

C'est le moment pour le manager de proposer des réunions avec des services ou des acteurs extérieurs afin de permettre aux personnes d'échanger. Mais cela peut aussi être le temps de la reconnaissance en favorisant l'implication des agents lors de meetings ou de congrès où ils pourront faire part de leur expérience ; mais pourquoi pas également, en les incitant à rédiger un article et à publier dans des revues professionnelles. Il est important de pouvoir reconnaître les compétences mises en œuvre, et de les valoriser d'une façon ou d'une autre.

- **Phase 7** : les **préoccupations** sont **centrées sur l'amélioration continue**.

Certains agents sont dans une dynamique de progrès continu et de nouvelles expérimentations. Maintenant qu'ils sont dans une dynamique positive, ils souhaitent y rester et la valoriser.

Ce modèle d'aide au pilotage du changement, en permettant de percevoir les difficultés psychiques des individus face au changement et donc d'intervenir dessus, donne au manager la possibilité « *de développer [chez eux] une prédisposition au changement* »⁶⁰. De plus, il permet d'affirmer que, si les inquiétudes des destinataires du changement sont normales et légitimes, la réussite du projet est entre les mains du

⁶⁰ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. – Conduite du changement : concepts clés. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 145.

manager. Celui-ci doit a non seulement le devoir de répondre à ces préoccupations, mais il doit aussi adapter ses interventions en fonction des individus et du stade auquel chacun se situe.

Cependant, dans de nombreuses situations, la direction renonce à l'accompagnement au changement sous le prétexte que c'est coûteux (en énergie, en temps ...). Sans envisager qu'il est possible de percevoir l'accompagnement sous un autre angle : comme une assurance sur le long terme. Il n'est effectivement pas irréaliste d'imaginer que, comme l'ont décrit D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT⁶¹, l'investissement fait dans l'accompagnement des équipes durant le processus de mise en œuvre du changement va amoindrir les difficultés lors de sa réalisation concrète.

2.4.3 Le cadre intermédiaire acteur du changement

Le cadre intermédiaire est l'acteur qui se situe à l'interface du changement en raison de sa position. En effet, lui seul a une « *vision globale de la situation lors du changement* »⁶². Il sera donc le « *pilote du changement* » au sein de son service.

Le manager intermédiaire, pour nous le cadre de santé, est par définition, l'acteur incontournable de la mise en œuvre du changement. En effet, la « fiche métier » issue du Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mise à disposition par le Ministère de la Santé et des Sports, précise que : le cadre responsable d'une unité de soins doit « *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations* »⁶³.

Parmi les compétences et les savoir-faire attendus de la part de ce professionnel, le pilotage de projet tient une place importante. Le CDS doit être capable de concevoir des projets au sein de son unité, mais aussi de participer à la mise en œuvre et au pilotage des projets initiés par sa hiérarchie. Il a, dans ce contexte, le devoir de motiver son équipe pour

⁶¹ Confer p 28 : chapitre 2.4.1 Pourquoi et comment conduire le changement ?

⁶² HART Josette, LUCAS Sylvie. – Management hospitalier. *Stratégies nouvelles des cadres*. – Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre, 2002. – p 91.

⁶³ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>. Consulté le 02.01.2012.

qu'elle adhère au projet et atteigne les objectifs fixés. Pour cela, il est essentiel qu'il possède des qualités en animation et en communication afin d'impulser une dynamique positive auprès de l'équipe, pour les aider à franchir les différentes étapes du processus.

À ce titre, I. VANDANGEON le présente comme « *le nœud de la conduite dans le changement* »⁶⁴. Pour elle, si le cadre de proximité a bien un rôle essentiel dans le processus de changement de par sa place et ses fonctions, c'est parce qu'il est celui qui va donner du sens au changement. Réussir à créer du sens pour les équipes est, selon elle, nécessaire pour entrainer l'adhésion des acteurs au projet, puisque le changement est considéré comme destructeur de sens, en perturbant l'équilibre existant. Il faut donc être capable de justifier le changement attendu.

Cette idée est défendue par Julia BALOGUN, maître de conférences en Stratégie à la Cass Business School, City University de Londres, qui s'est particulièrement intéressée aux managers intermédiaires dans le processus du changement.

Selon elle, ils ont une place centrale dans l'organisation puisqu'ils se trouvent à l'interface des niveaux stratégiques et opérationnels. Ce sont eux qui font les liens et transmettent les exigences des dirigeants, en les rendant compréhensibles, à ceux qui ont pour mission la mise en œuvre. Mais J. BALOGUN note que leur fonction les place dans une position particulière : être à la fois un agent **et** un destinataire du changement, tout en ayant l'obligation de garantir la continuité de l'activité dans leur service. Ils doivent donner du sens au changement pour eux-mêmes et pour les autres, tout en se comportant comme des managers. C'est pourquoi, selon son analyse, il est fondamental, « *pour le bon déploiement du changement, que les managers intermédiaires soient en mesure de se construire le sens du changement qui s'impose à eux* »⁶⁵.

Le manager intermédiaire doit donc réussir à s'approprier le changement, d'un point de vue personnel, tout en aidant son équipe à comprendre le sens du changement à venir, mais en assurant également le bon fonctionnement de son service. J. BALOGUN résume ces activités dans le tableau suivant ⁶⁶:

⁶⁴ Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, GRH et Conduite du changement, 25 avril 2012.

⁶⁵ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. – Conduite du changement : concepts clés. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – p 73.

⁶⁶ Ibidem. – p 74.

Nature des activités engagées par les managers		
Cible des activités engagées par les managers	Donner du sens au changement	Assurer le fonctionnement de son unité
Le manager lui-même et ses pairs	S'engager dans un changement personnel	Assurer la continuité de l'activité quotidienne de son service
Ses collaborateurs	Aider ses collaborateurs à se faire une représentation du changement	Implanter le changement dans son unité

Cependant, si le manager a un rôle essentiel dans le processus de changement, puisqu'il est responsable de la mise en œuvre, l'implication et le soutien de sa hiérarchie (cadre supérieur et/ou de pôle) et de la direction sont essentiels pour l'aider à s'engager dans un changement personnel, avant de pouvoir changer et propager le sens et l'acceptation du changement. La création de sens est une activité non pas individuelle, mais collective. Et il faut avoir conscience que les choses ne se font pas du jour au lendemain.

Pour favoriser la création de sens, il est nécessaire qu'il existe quatre types de processus⁶⁷ :

- Le processus de référencement : le projet est porté par la direction, il répond à un besoin et il paraît réalisable,
- Le processus de positionnement : quelles sont les attentes de la hiérarchie, des collègues ? Mais aussi, comment doit-on faire évoluer le métier ?,
- Le processus de projection : quels gains personnels et collectifs peut-on espérer ? Qu'est-ce qui va réellement changer et quels vont être les impacts ?,
- Le processus de contribution : il est obligatoire d'envisager l'ampleur du travail à réaliser et de définir quelles sont les ressources disponibles, mais aussi l'ampleur de la taille des marges de manœuvre mises à disposition pour mener le projet à bien.

⁶⁷ Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, GRH et Conduite du changement, 25 avril 2012.

La première chose à faire est de passer par le processus de référencement car, s'il n'est pas possible, avant tout, de se faire une idée du changement, personne ne souhaitera s'engager dans le changement. Par la suite, il faut favoriser les échanges entre les acteurs, car le changement se propage par les individus, et c'est de cette façon qu'il s'approprie.

Dans le changement, ce qui est difficile, ce n'est pas le changement en lui-même. C'est de ne pas disposer des moyens suivants :

- Avoir une stratégie
- Travailler avec les individus
- Favoriser les échanges

Selon I.VANDANGEON, il existe trois styles de management permettant d'appréhender le changement⁶⁸ :

- L'ouverture : les acteurs ont « carte blanche » pour faire des propositions. Le manager intermédiaire à toute latitude pour les rendre réalisables.
- La structuration : il existe déjà des pistes de travail avec des objectifs déterminés. Le cadre a pour mission de proposer des solutions en lien avec le cadre prédéfini. Mais un des risques liés à ce style de management est le « faux participatif » : on demande aux gens de s'investir, mais au final, les décisions sont déjà prises et il n'est pas tenu compte du travail effectué. Cette attitude risque d'engendrer une perte de confiance et une démotivation des équipes.
- La fermeture : les décisions sont prises par la direction, avant la diffusion à tous du projet de changement.

À l'exclusion du dernier style de management décrit, le changement a besoin, pour exister, d'un « *catalyseur, d'un agent du changement* »⁶⁹. C'est-à-dire, d'une personne qui

⁶⁸ Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, GRH et Conduite du changement, 25 avril 2012.

« sert de déclencheur, prend en charge la modification des processus et des comportements et assume les responsabilités de gestion du processus de changement »⁷⁰.

Dans les établissements hospitaliers, cet acteur est, le plus souvent, le cadre de santé.

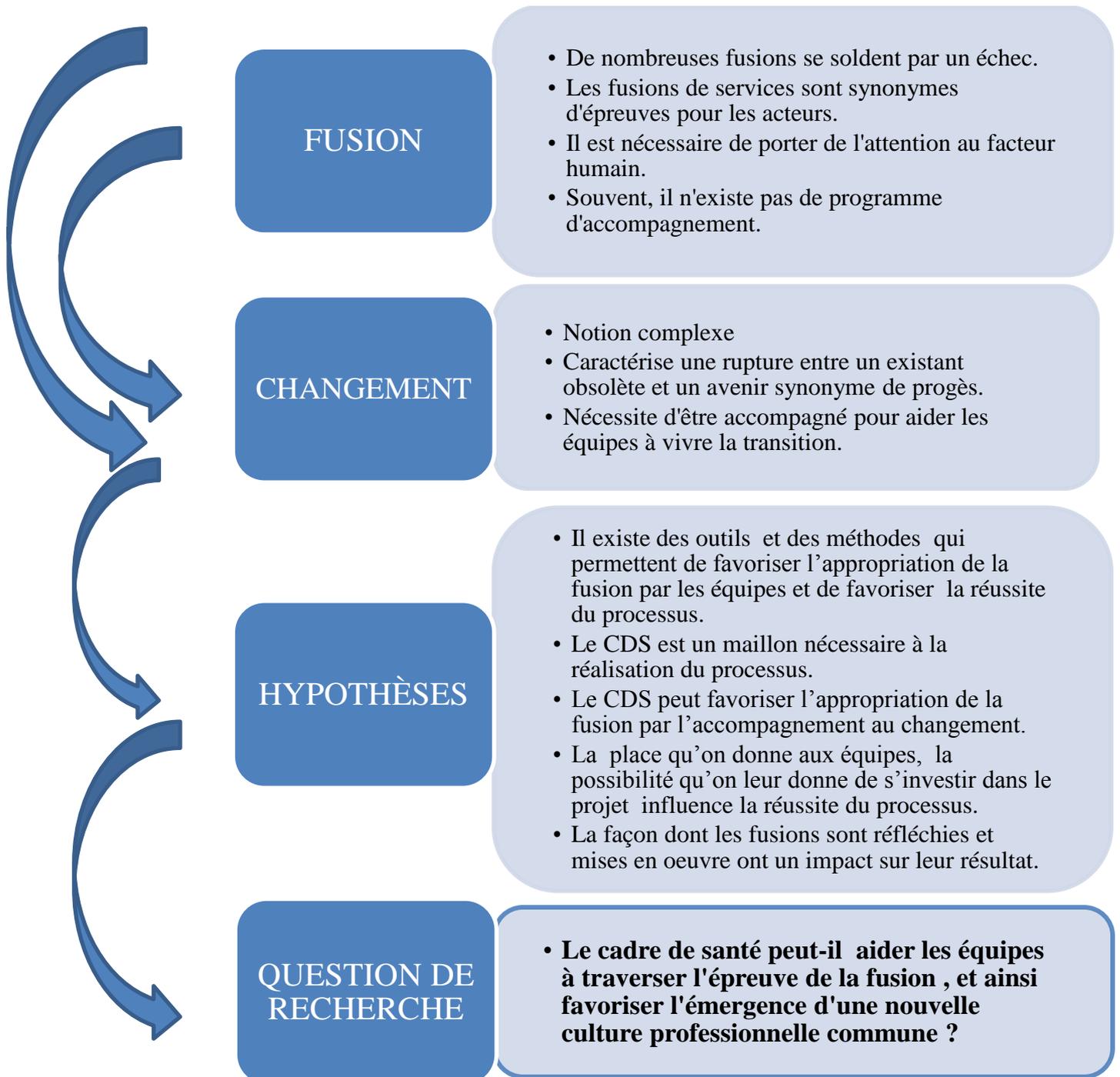
Il apparaît donc que, pour éviter les risques de conflit au sein de l'organisation ou les résistances des individus, il est fondamental de les impliquer et de les entendre dès la mise en route du processus.

⁶⁹ ROBBINS Stephen, DECENZO David, GABILLIET Philippe, MOON Henry. – Le changement et l'innovation. In : Management. L'essentiel des concepts et des pratiques. 6e édition. – Pearson Éducation, 2008. – p 194.

⁷⁰ Ibidem.

3 Hypothèses de travail et question de recherche définitive

L'étude des concepts constituant le fondement de ma recherche, par l'analyse des différents auteurs et la rédaction du cadre théorique, m'ont permis d'affiner mes hypothèses de départ et ma question de recherche :



4 Enquête de terrain

4.1 Méthodologie de recherche

L'enquête de terrain va être pour moi l'occasion, d'une part, de répondre aux questions que je me suis posées lors de l'élaboration de ce travail, et de tester leur validité, ainsi que la pertinence des hypothèses posées. Et d'autre part de confronter la vision des professionnels de terrain avec le cadre théorique que j'ai préalablement étudié.

Dans cette partie, je vais décrire le déroulement de la structuration de mon enquête. Je commencerai par expliquer mes choix méthodologiques :

4.1.1 Choix de l'outil d'enquête

Dans le contexte de mon sujet de recherche, je me suis interrogée sur l'outil d'enquête qui me paraissait le plus pertinent à utiliser. Après avoir longuement hésité entre le questionnaire ou l'entretien semi-directif, j'ai choisi l'entretien car il me semblait offrir plus de souplesse pour recueillir les informations que je recherchais. En effet, l'interactivité possible lors des échanges m'apparaissait comme étant plus favorable à l'obtention de données qualitatives. Comme cet outil n'était pas trop orienté par des questions très précises ou fermées, j'espérais obtenir des informations plus riches et plus variées.

De plus, il me semblait important d'avoir la possibilité et la liberté de pouvoir recentrer l'entretien si je m'apercevais que l'interviewé s'éloignait trop de la question originelle, mais aussi de pouvoir préciser et compléter mes questions si je sentais que mon interlocuteur peinait à répondre ou à comprendre ce que je lui demandais.

Au départ, j'envisageais d'utiliser une méthode différente pour chacune des deux catégories professionnelles. J'ai finalement décidé de ne réaliser que des entretiens semi-directifs car cela me semblait plus approprié pour me permettre, lors de mon analyse, de confronter les réponses et discuter les différents points de vue.

4.1.2 Choix des populations et des lieux d'enquête

Pour réaliser cette étude, j'ai commencé par définir le contexte dans lequel elle allait se dérouler. J'ai choisi de limiter mon enquête à des services de soins, dans des établissements publics de santé, qui ont vécu des fusions avec d'autres services, que ce soit au sein d'un même établissement ou entre deux établissements différents. Par contre, la situation géographique des hôpitaux n'a fait l'objet d'aucune restriction.

Concernant le temps de la fusion, j'ai fait le choix de m'adresser à des équipes pour lesquelles la fusion date de plus d'une année. Il me paraissait important que ces équipes puissent avoir un peu de recul par rapport à la réalisation de ce processus.

Enfin, je n'ai attaché aucune attention particulière ni au type de populations prises en charge dans ces services (adultes ou enfants), ni à la spécialité traitée, pour deux raisons :

- mon postulat de départ est que le processus de fusion n'est pas influencé par les spécificités des services, quelles qu'elles soient,
- j'ai saisi toutes les opportunités qui se sont présentées à moi pour réaliser les enquêtes car il n'a pas toujours été facile de trouver des soignants volontaires pour participer à mon enquête.

Quant à la population cible, je me suis intéressée aux cadres de santé et aux infirmières. En effet, il m'a semblé pertinent de recueillir les opinions de ces deux catégories d'acteurs, du fait de la complémentarité de leur activité et de leurs missions. Mon objectif étant de comparer leurs visions respectives, face à une même expérience.

Pour sélectionner les acteurs à interroger, je me suis naturellement dirigée vers un service que je connaissais et qui a été concerné par une fusion. J'ai également sollicité des établissements ayant également vécu cette situation (à la suite de recherches sur internet et par mon réseau professionnel).

Enfin, une de mes collègues de promotion, mais aussi mon directeur de mémoire m'ont fourni des « pistes » de services ou de personnes à contacter pour mener mon enquête.

Il a fallu à chaque fois que je m'assure que le service correspondait bien aux critères que j'avais déterminés à l'origine de ma recherche.

Finalement, mon enquête s'est déroulée auprès de trois équipes soignantes :

- 1 CDS et 2 IDE d'un service de chirurgie orthopédique / vasculaire ORL pour adultes, d'un Centre Hospitalier situé en Ile de France,
- 1 CDS d'un service de chirurgie viscérale et gynécologique pour adultes, d'un Centre Hospitalier situé en région Midi-Pyrénées,
- 2 CDS et 2 IDE d'un service d'hématologie pédiatrique, d'un Centre Hospitalier Universitaire parisien.

4.1.3 Construction de l'enquête

Afin de réaliser mes entretiens, j'ai rédigé une « grille d'entretien » pour chacune des deux catégories professionnelles. Elles sont assez similaires, cependant, certaines questions nécessitent d'être formulées différemment, selon que je m'adresse à des cadres de santé ou à des infirmières.

En introduction de chacune d'elles, je précise que je m'engage au respect de la confidentialité des entretiens réalisés, ainsi qu'à l'anonymisation des données recueillies. Et je propose à chacun de leur envoyer le résultat de l'analyse une fois quelle sera finalisée.

Ces grilles ont été corrigées par mon directeur de mémoire, puis validées, avant que je puisse les utiliser sur le terrain.

4.1.4 Modalités de réalisation

J'ai pris contact, soit avec la Direction des Soins Infirmiers ou des Ressources humaines des établissements concernés, soit directement avec les cadres de santé des services lorsque j'avais leurs coordonnées. Une fois les contacts pris et les autorisations reçues, j'ai fixé directement les rendez-vous avec les personnes volontaires pour répondre à mes questions. À ce moment-là, j'ai proposé aux personnes soit de venir à leur rencontre sur le terrain, soit de réaliser l'entretien par téléphone.

Lors du premier contact, je me suis présentée et ai expliqué les raisons et le but de ma démarche. J'ai bien évidemment abordé le thème de ma recherche, mais sans entrer dans les détails, pour ne pas risquer de fausser, d'influencer ou d'orienter les réponses de mes interlocuteurs. À la suite de cela, nous avons fixé un rendez-vous.

Six entretiens sur huit ont été réalisés dans le cadre d'une rencontre dans les services de soins. Un a été mené par téléphone : celui dont le service concerné par la fusion se trouvait en province. Pour le dernier, je me suis rendue au domicile de l'IDE, car elle venait de débiter son congé maternité.

Pour chaque entretien, j'ai demandé l'autorisation d'enregistrer les échanges, afin de me permettre de me dégager de la prise de note et d'être plus disponible à la relation avec mon locuteur. J'ai reçu un accord unanime à cette demande.

La durée des entretiens varie entre 27 minutes et 1 heure 10 minutes. Ils se sont déroulés à chaque fois dans des lieux permettant de s'isoler sans être dérangés à tout moment. Les CDS ont même fait l'effort de couper leur téléphone ou de transférer leur ligne, afin que notre discussion ne soit pas parasitée par des appels intempestifs.

Une fois tous les entretiens réalisés, j'ai procédé à la mise en écriture complète de chacun d'eux⁷¹, afin de pouvoir les analyser (en anonymisant les informations spécifiques).

Puis j'ai imprimé toutes ces retranscriptions. Je les ai ensuite découpées, et j'ai classé les extraits ainsi obtenus en fonction des thèmes ou concepts communs⁷².

Enfin, j'ai pu analyser les données ainsi regroupées.

⁷¹ Deux retranscriptions complètes d'entretiens se trouvent en annexes 3 et 4.

⁷² Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Anne OLIVIER, L'analyse du contenu, 27 mars 2012.

4.2 Traitement des données

Avant d'analyser les résultats obtenus, je vais synthétiser les résultats obtenus. Lorsque cela est possible, je réunirai les réponses des CDS et des IDE au sein d'un même tableau.

Afin de permettre la comparaison des réponses, lorsque la formulation d'une question est différente en fonction de la population interrogée, mais que le thème est identique, je distinguerai les populations en mettant un « bis » au numéro de la question, pour la catégorie des IDE (exemple : 9 et 9^{bis}). De même, certaines questions ne s'adressent qu'à la population cadre : dans ce cas-là, le numéro de la question ne sera pas utilisé dans le questionnaire des IDE (exemple : la question 8 n'apparaît que sur la grille des CDS. Chez les IDE, on passe de la question 7, à la question 9^{bis})⁷³.

Question n°1 : *Pouvez-vous me dire quelle est :*

- 1) *Votre ancienneté dans la fonction ?*
- 2) *Votre ancienneté dans le service concerné par la fusion ?*
- 3) *La date effective de la fusion dont nous allons parler ?*
- 4) *Vous apparteniez à l'équipe accueillie, l'équipe accueillante ou aucune des deux ?*
(*par ex : deux services déménageaient sur un troisième site ? Ou vous arriviez dans une équipe qui venait de vivre une fusion ?*)

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	1) 10 ans 2) 3 ans 3) Fin 2010 4) Équipe accueillante
Service II	B	1) J'ai été diplômée en juillet 2000, ça fait douze ans. 2) Ça aura fait 5 ans au mois d'avril 2012. 3) Février 2010. 4) Équipe accueillante
	C	1) J'ai eu mon diplôme en 2005, donc c'est ma 7 ^{ème} année de cadre. 2) C'était mon premier poste de cadre. 3) En mars 2010. Ça fait un peu plus de 2 ans. 4) Équipe accueillante
Service III	D	1) Alors, je suis cadre depuis 2004 2) Alors, euh, ... on va dire depuis 2004 3) Ça s'est fait en plusieurs étapes. 1 ^{ère} fusion en 2005, puis en 2009. 4) Équipe accueillante

⁷³ Annexes 1 et 2.

	IINFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	1) IDE depuis 2008 2) 2 ans ½ 3) Fin 2010 4) Équipe accueillie
	4	1) IDE depuis 1992 2) Depuis 15 ans 3) Octobre ou novembre 2010 4) Équipe accueillie
Service II	1	1) IDE depuis 2005 2) 2005 3) Février 2010 4) Équipe accueillante
	2	1) IDE depuis 2004 2) Depuis 2004 3) Début 2010 4) Équipe accueillie

Question n°2 : Association d'idées : donnez-moi 2 mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « fusion ».

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	Réorganisation, bazar.
Service II	B	« Rassemblement car « fusion » ça veut dire qu'il y a deux entités différentes qui se rassemblent, donc voilà « rassemblement », ... et puis « difficulté », que je mettrais dans la balance.
	C Mélange ? Complémentarité
Service III	D	Fusion je dirais euh.... Je dirais préparation, anticipation

	IINFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	Lien et regroupement
	4	Alliance et complémentarité
Service II	1	Rassemblement et union.
	2	Changement et quantité (dans le nombre de patients, d'IDE)

Question n°3 : Contexte de la fusion

- 1) Pouvez-vous me « raconter » votre service avant la fusion ?
- 2) Savez-vous pourquoi la décision de fusionner les services a été prise ?

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	<p>1) Première fusion en 2009 avec l'ORL, la stomato et l'ophtalmo et mon service : orthopédie traumat. Service de 21 lits dont 4 pour l'ORL-Sto-ophtalmo. Lors de cette 2^{ème} fusion, je devais intégrer 10 lits de vasculaire-thoracique dans mes 21 lits en ortho. Donc, ça faisait 10 lits de vasculaire-thoracique, 4 lits pour les spécialités chirurgicales, et 7 lits pour l'ortho-traumato.</p> <p>2) Diminution de l'activité avec des dépenses, à un moment donné, qui font qu'on était en déficit et qu'il fallait diminuer ce déficit.</p>
Service II	B	<p>1) Unité de 18 lits, avec 6 lits de greffe de moelle osseuse. Équipe de 4 IDE de jour et 3 de nuit. Des aides-soignantes en 7h50min et des IDE en 12h depuis 1990 Équipe assez stable. Souvent des IDE en premier poste qui étaient venues après avoir effectué un stage. À l'époque, il y avait un « masse » de personnes qui étaient là depuis longtemps, et des gens qui se renouvelaient tous les 2 ou 3 ans.</p> <p>2) Décès du Dr V. Volonté d'agrandir le service.</p>
	C	<p>1) Vieux service (20 ans) architecturalement parlant. Pas adapté à la prise en charge des patients puisqu'il n'avait pas été conçu pour recevoir ce type de patients. En tout, 18 lits, dont 3 de greffe au début. Transformées en 11 lits et 7 de greffe quelques temps avant la fusion. Une petite équipe avec des « piliers » d'anciennes, avec un « fond de roulement » de nouvelles. Une cadre sup qui était là depuis 7 à 8 ans, très impliquée dans l'équipe.</p> <p>2) Décès du chef de service. Difficulté à trouver un successeur. Projet d'agrandissement du service.</p>
Service III	D	<p>1) Un service de chirurgie viscérale qui avait un taux d'occupation très bas. Environ 33 lits au départ. Nous n'en étions plus qu'à 25 ou 23 au moment de la fusion.</p> <p>2) Décision économique (suppression de lits) et mutualisation du personnel.</p>
	INFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	<p>1) Service chargé en termes de charge de travail. Spécialités de chirurgie vasculaire, thoracique et gynécologique. Au niveau de l'équipe, il y avait une très, très bonne entente. Service de 28 lits. Le petit plus qu'on aimait, c'était 3 IDE du matin.</p> <p>2) On m'a dit que le service ne rapportait pas assez.</p>
	4	<p>1) Équipe soudée. Esprit d'équipe fort. Spécialité de chirurgie vasculaire, thoracique et gynécologique de 28 lits, avec 3 IDE du matin et 2 d'après-midi.</p> <p>2) On nous a évoqué des raisons économiques ...</p>
Service II	1	<p>1) On n'avait pas la greffe. On avait chacune 5 à 6 patients en charge. Je crois qu'on était 4 IDE du matin en 7h36min. La charge de travail était très soutenue.</p> <p>2) C'était pour réunir les 2 services et uniformiser les soins. Je pense que ça rentre dans les plans ... faire les pôles ...</p>
	2	<p>1) Rythme de travail en 8h. Service d'hématologie pédiatrique. Pas de greffe de moelle. 4 IDE par jour avec 4 ou 5 patients en charge. Petite équipe. Grande cohésion dans le groupe. Complicité.</p> <p>2) Décès du chef de service de l'autre unité. Notre chef de service à cheval sur les 2 unités. Du coup, l'AP a décidé de fusionner ces 2 services.</p>

Question n°4 : Réflexion autour de la fusion

- 1) Avez-vous été sollicitée pour réfléchir à la pertinence de réaliser une fusion avec un autre service ?
- 2) Si non, avez-vous perçu que quelque chose se décidait ?

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ah non ! Ça aurait été trop beau ! Non-non, les décisions sont prises par la direction et nous tombent dessus. 2) Alors, quand on a fermé au mois de juillet, non. On voyait bien qu'il y avait plein de lits et que ça [la chirurgie] ne se remplissait pas, ça, on le savait. On voyait venir les choses, mais de là à ce qu'on nous dise «on ferme et on arrête tout » c'est autre chose.
Service II	B	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non. À mon arrivée, le projet était déjà en cours et bien avancé. Les CDS étaient dans la préparation des plans et de la réflexion sur le choix des entreprises à prendre pour les travaux. 2) Quand je suis arrivée, le service était à 18 mois de l'ouverture prévue. Pour moi, c'était un état de fait.
	C	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non puisque c'était déjà décidé avant mon arrivée. 2) Je trouvais ce projet intéressant. Ce n'est pas la fusion qui me faisait « fantasmer », franchement pour moi c'était plutôt un obstacle, des difficultés qu'il allait falloir franchir. Par contre, la création d'un nouveau service, de nouveaux locaux, et la mise en place d'une nouvelle organisation (en conséquence de cette fusion), pour un nouveau CDS, c'était plutôt attirant.
Service III	D	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non 2) J'étais jeune CDS donc j'ai découvert beaucoup de choses à la fois, et donc ça a été un peu brutal quand même.

	INFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ah non, non. 2) C'est tombé comme ça d'un coup. Je n'ai rien vu venir
	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ah non, pas du tout. 2) Non pas tout de suite. Au départ, on était censé fermer pour les vacances, comme on fait chaque année... Et puis, ils retardaient la date de réouverture. Donc là, on a commencé à se dire qu'il y avait quelque chose qui se tramait. Mais on ne savait pas quoi ... hormis les bruits de couloir ... que le service allait fermer ...
Service II	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non. 2) À l'époque où j'ai été embauchée on m'a parlé d'un projet de fusion pour rassembler les services de l'hôpital SL et de l'hôpital RD.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non. 2) J'ai entendu parler de la fusion lors de mon stage pré-pro en 2004.

Question n°5 : L'annonce de la fusion

- 1) Comment avez-vous appris la fusion ? Qui vous l'a annoncée ?
- 2) Qu'avez-vous ressenti ?

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	<ol style="list-style-type: none"> 1) La cadre de pôle nous a donné l'information. On l'a appris comme ça. 2) Je me suis dit : « il fallait un petit peu s'en douter vu le peu d'activité qu'on avait ». Et encore : « ça me retombe encore dessus ! Je l'ai fait une fois, pourquoi pas deux ? Mais ça commence à faire suer,... J'en ai marre. Je ne suis pas venu en orthopédie pour ça ». Je me suis dit aussi : « mon dieu, dans l'équipe comment ça va se passer ? »
Service II	B	<ol style="list-style-type: none"> 1) et 2) Pour moi, c'était un état de fait. Je le savais avant de rejoindre le service.
	C	<ol style="list-style-type: none"> 1) Je le savais avant même de choisir mon poste 2) C'est peut-être ça qui m'a fait choisir le poste.
Service III	D	<ol style="list-style-type: none"> 1) Je l'ai apprise par les 2 cadres sup. C'était de façon informelle. 2) Pour moi, c'était une mission comme une autre, une sorte de challenge on va dire. J'étais jeune cadre. Après, je n'ai pas ressenti les mêmes choses !

	IINFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Je l'ai appris par l'intermédiaire d'une collègue, au téléphone, ce qui est un peu dommage. Il me semble que c'est la cadre sup qui est venue le dire aux soignants. 2) Choquée. J'étais choquée.
	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Par la cadre sup. On a eu une réunion dans la salle de staff, et on nous a annoncé que le service fermait. Enfin que le nombre de lits de chirurgie vasculaire allaient diminuer et qu'on allait fusionner avec l'orthopédie. 2) Là, on avait l'impression d'être des « choses ». D'être vraiment des pions. On a eu l'impression d'avoir été vraiment menés en bateau !
Service II	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Par ma cadre sup, au moment où il était question de faire des échanges entre les 2 services afin de préparer la fusion. 2) Ben je m'y attendais parce que quand j'avais pris ce poste, il y avait cette question. C'était le « quand » que je ne savais pas. Je n'étais pas contre, et même d'un côté, contente. J'ai bien accepté
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) En tant qu'étudiante, j'ai assisté à une réunion de service durant laquelle Mr B a annoncé la fusion à l'ensemble de l'équipe. 2) Je n'étais pas encore vraiment concernée, mais ça ne m'a pas freiné dans mon désir de prendre un poste dans le service.

Question n°6 : La préparation

- 1) Connaissez-vous le délai de mise en œuvre ?
- 2) La fusion risquait-elle d'impliquer une réduction des effectifs ?
- 3) Avez-vous rencontré d'autres CDS ou IDE ayant participé à la mise en place d'une fusion pour retour sur expérience ?

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	<ol style="list-style-type: none"> 1) Question non posée 2) Il n'y avait pas de risque de chômage, mais une nécessité de redéploiement. Je conservais le même nombre d'IDE et d'AS, mais il fallait intégrer du personnel de chir vasculaire à l'équipe d'ortho. Ça veut dire qu'on leur proposait une liste de services pour lesquels il y avait des postes vacants. Ou certaines partaient à la retraite, et certaines souhaitaient se former. 3) Non. Non.
Service II	B	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, dès le départ. On avait dit deux mois et demi, trois mois de travaux. 2) Non, plutôt une augmentation. 3) Non, mais je sais que Mme O. oui. Je pense qu'elle a rencontré l'équipe de Lyon.
	C	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, j'avais une idée, avec une assez bonne conscience que les délais ne sont jamais tenus et que c'est compliqué. Et on savait que ça allait prendre du temps. 2) Non, pas du tout. Au contraire (rire). Non, non, ça c'était sûr. 3) Non. Pas du tout. Et honnêtement on n'a pas cherché à faire ça.
Service III	D	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ah oui oui. C'était rapide. Je réfléchis un petit peu, je crois que c'était en pfffff, 4 mois, 3-4 mois 2) Euh dans notre équipe ... non non 3) Non du tout.

	IINFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Il me semble qu'on nous l'avait dit. Ça ne m'a pas marqué. 2) Non. 3) Non.
	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non, tout s'est fait très vite. Mais on ne nous a pas dit dans quel délai ça allait se faire. 2) Non. Mais des affectations différentes pour certaines. 3) Non.
Service II	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Il y avait une prévision, oui, après ç été repoussé à chaque fois. 2) Non ça n'a pas été un paramètre à cette époque- là. 3) Non
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, mais ça a été retardé. Au début, on partait pour environ 2 ans. 2) Ah non. 3) Pas du tout.

Pour le CDS uniquement :

4) Avez-vous participé activement à la mise en œuvre, l'organisation de la fusion ?

5) Quelle(s) stratégie(s) managériale(s) avez-vous adopté ?

6) Les impacts psycho-sociaux potentiels ont-ils été évalués ?

	CADRE DE SANTE	REPONSE
Service I	A	<p>4) Oui.</p> <p>5) Réorganisation du service, augmentation de mon implication dans le travail d'équipe, communication ++</p> <p>6) (Éclat de rire !) Alors là, sûrement pas. Je ne crois pas qu'ils connaissent ces mots-là. Non. Bien sûr que non.</p>
Service II	B	<p>4) Oui. J'ai pris les choses en main, et, au moment où il a fallu discuter des effectifs, des choses comme ça, on m'a demandé ma participation active sur les décisions.</p> <p>5) Je pense que ça a été plutôt une stratégie participative, c'est-à-dire, qu'il y a eu des rencontres qui se sont faites entre les équipes de SL et RD pour travailler sur les pratiques, pour essayer de faire un livret d'accueil. [...], il y a eu des échanges médicaux et paramédicaux, et puis après il a eu des rencontres à SL, avec l'équipe, les cadres. Puis, il y a eu les entretiens qu'on a menés jour et nuit avec Mme S (cadre sup de SL) où on rencontrait cinq à six personnes de l'équipe de SL.</p> <p>6) Oui, complètement, mais seulement pour l'équipe de SL, il y avait la question du travail en douze heures ; c'est quelque chose qui est revenu très, très régulièrement parce que l'hôpital SL était en sept heure cinquante, l'hôpital RD en douze ; sur tout ce qui entourait un peu les avantages sociaux qu'on pouvait trouver sur un site et pas forcément sur l'autre. On s'est intéressé aux temps de transport, à la famille. Avec l'équipe de RD, ça a été abordé bien avant.</p>
	C	<p>4) Ah oui ! Ça pleinement, oui. Y compris dans les dossiers à monter pour défendre le nombre de personnel qu'on allait se voir attribuer à l'occasion de l'ouverture de cette unité. Et on était vraiment très, très impliquées dans le projet architectural. Et on a fait le tour de France des nouvelles unités de greffe pour essayer d'avoir une idée sur ce qu'on pouvait demander ou ce qu'on pouvait adapter dans notre unité.</p> <p>5) Oui, alors il y a eu des réunions d'information des 2 côtés... les équipes ont été invitées. Puis, on a mis en place des échanges : 4 IDE de chaque service sont allées 1 mois chacune dans l'autre service. On avait fait un livret avec une grille d'observation sur : est-ce que c'est la même chose, est-ce que c'est différent ? En quoi c'est différent ? Qu'est-ce qui est facilitant, qu'est-ce qui est freinant ? Et nous sommes allées à SL avec la cadre sup, et on a fait des présentations : des plans, des débuts des travaux. On faisait des photos parce que le personnel ne se déplaçait pas forcément à RD.</p> <p>6) Oui, oui, c'était anticipé, et c'était la garantie absolue pour le personnel qui venait à RD de retrouver une crèche. Pour les autres avantages Je ne vois pas.</p>
Service III	D	<p>4) Oui. Après, dans un 2^e temps, oui, pour tout ce qui était du concret</p> <p>5) Euh, je suis partie beaucoup sur le participatif ça c'est sûr. Avec des réunions de travail et, en tout cas avec mon équipe, ... après avec l'équipe qui arrivait ... bon ça a été autre chose... mais avec mon équipe, je suis partie, sur du participatif. On a fait des réunions de travail, on a essayé de voir ensemble quelle organisation conviendrait le mieux.</p> <p>6) Ils ont été évalués à long terme. Pas tout de suite ...</p>

Question n°7 : Association d'idées : donnez-moi 2 mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « changement ».

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	Euh ... bouleversement. Souffrance.
Service II	B	Projet. Et capacités de création, enfin des capacités de faire des choses.
	C	Quelle galère ! (rires) ... Quelle galère et quelle aventure
Service III	D	Je vais dire euh..... perturbation. Et puis organisation

	IINFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	Nouveauté et intégration
	4	Nouveauté, c'est-à-dire apprendre autre choses, élargir ses connaissances. Et ouverture (mais vers quoi ... ??)
Service II	1	Adaptation et Nouvelle structure
	2	Changement d'horaires et charge de travail.

Question n°8 : La mise en œuvre du changement (uniquement pour les CDS)

- 1) Communication ?
- 2) Avez-vous été accompagnée pour vous aider à conduire à votre tour, la mise en œuvre ? Si non, cela vous a-t-il manqué ?
- 3) Comment ce mouvement vers le changement s'est-il passé pour vous ?

	CADRE DE SANTE	REPONSE
Service I	A	<p>1) Non puisqu'ils ont dit : on ferme des lits. Point. C'est : il faut se réorganiser, on réabsorbe telle activité. Point. Sans détailler d'avantage.</p> <p>2) (Gros éclat de rire) Non plus !! Je me suis débrouillée toute seule.</p> <p>3) Ça n'a pas été simple parce que j'ai eu des journées à rallonge. Je me suis dit que je n'en verrais pas le bout. Fort heureusement, j'ai la chance d'avoir une équipe qui tient la route. Et d'avoir récupéré des agents qui tiennent la route aussi.</p>
Service II	B	<p>1) On était au courant de tout. Et on était même dans tout ce qui était décisions sur le terrain [...] On a toujours, toujours été mis dans le cœur.</p> <p>2) Pour moi, on l'a eu trop tardivement. On a eu un coach, on a eu quelqu'un de l'extérieur en fin de parcours avec qui on a travaillé deux jours pleins.</p> <p>3) Ben, il y a des inquiétudes parce que forcément, déjà on a un tempérament, on a une façon d'être, donc ça c'est un premier élément. [...] mais je pense qu'on était partantes pour aller dans cette aventure.</p>

	C	<p>1) Oui ! Ah ça, pour communiquer !! Et puis, voilà, on avait un chef de service qui est quand même un communicant. Et puis la cadre sup et moi, on est quand même des communicantes. C'est hyper important que l'équipe ne se sente pas tenue à l'écart des décisions, qu'ils soient informés au fur et à mesure, qu'ils participent au choix</p> <p>2) Pas du tout. Et je ne saurai pas dire si ça m'a manqué.</p> <p>3) C'était assez facile, parce que c'était dans l'idée de ce service depuis le moment où j'avais pris mon poste. Je pense que j'avais jamais imaginé à quel point ça allait être un changement, mais en tout cas pour moi ce n'était pas une surprise. Ça a demandé énormément d'énergie, énormément. Avec la fausse idée que quand enfin on aurait ouvert, ça allait rouler et que ça allait retomber. Et ça, c'était faux (rire).</p>
Service III	D	<p>1) Il y a eu de la communication qui a été faite là-dessus auprès de moi de manière un peu informelle avec les 2 cadres sup</p> <p>2) Euh non Je ne peux pas le dire.... Et oui, ça m'a manqué.</p> <p>3) Ça a été difficile. Pas vraiment au niveau organisation. Mais à cause du contexte de conflits avec le corps médical. Ça a été un bras de force tout le temps.</p>

Question n°9 : *Le travail d'équipe en amont de la fusion (pour les CDS)*

- 1) *Qui a annoncé le changement à votre équipe ? Comment ?*
- 2) *Comment le travail de mise en place du changement s'est-il déroulé ?*
- 3) *Avez-vous sollicité votre équipe pour la mise en œuvre ? De quelle manière ?*
- 4) *Que s'est-il passé dans votre service entre l'annonce de fusion et le changement effectif ?*
- 5) *Sentiments perçus par les agents durant ce processus ?*

	CADRE DE SANTE	REPONSE
Service I	A	<p>1) Moi</p> <p>2) Y'a eu d'abord la première annonce, parce qu'il y avait des bruits de couloir de toute façon. Je les ai confirmés à un moment donné lors d'une fin de transmissions, où il y avait une bonne partie de l'équipe. Et puis, après il y a eu UNE réunion pour dire, voilà ce qui se passe. Pour refaire l'état des lieux, et dire qu'il allait y avoir un « redispatching » du personnel. [...] Il n'y a pas eu le temps de réflexion pour se questionner sur comment on va s'organiser pour prendre en charge tel patient ou tel autre. Pas du tout.</p> <p>3) Non, ça a été trop rapide.</p> <p>4) L'équipe était dans l'attente, je crois, de savoir comment ça allait se passer</p> <p>5) Non répondu</p>
Service II	B	<p>1) Le chef de service et la cadre sup. Ça a été une réunion : tout le monde est venu et ils ont annoncé la décision. Ça n'a pas été une découverte pour le personnel, loin de là</p> <p>2) On était beaucoup dans la communication.</p> <p>3) Oui. Échanges d'1 mois entre les équipes ; groupes de travail pour travail en commun sur organisation, procédures</p> <p>4) On a passé les AS en 12h, et on a beaucoup mis en avant le travail en binôme. [...]Elles se sont investies de plein de choses, donner leur avis, d'être dans la construction, de travailler sur les pratiques, tout ça, ça vient d'elles essentiellement.</p>

		<p>5) Il y a des gens qui nous ont dit qu'ils avaient des angoisses, notamment parce que c'était une grosse équipe, qu'on était sur deux étages [...] comment ils allaient tourner ? Rapidement des gens nous ont dit que ça ne correspondait pas à leur projet pro. D'autres disaient qu'ils voulaient voir avant de se décider. Mais il y a eu des difficultés : ça n'est pas si simple que ça. Et puis, il y en a qui ont avancé plus vite que d'autres.</p>
	C	<p>1) C'est le chef de service, en présence du cadre sup et des cadres qui ont annoncé le changement. Mais le changement a été annoncé avant mon arrivée.</p> <p>2) Il y a eu beaucoup de communication. Et on a commencé à travailler sur les pansements de VVC.</p> <p>3) Oui. Pour l'organisation du nouveau service. Ça leur appartenait. On a détaché des IDE pour penser l'organisation des différents éléments après les travaux. Par contre, on ne les a pas assez sollicités pour la conception et dans l'anticipation.</p> <p>4) Des travaux. Des contretemps : déménagement imprévu de tout le service pendant 5 mois sur 2 sites différents (1 dans l'hôpital, l'autre dans le service avec lequel nous allions fusionner). Beaucoup d'énergie dépensée.</p> <p>5) Le changement était source d'inquiétude pour l'équipe concernant le risque de perdre la proximité et la complicité avec les médecins et les CDS. Elles craignaient aussi la séparation liée aux 2 étages, la nécessité de tourner, et la taille de l'équipe à venir. Et la peur de l'isolement en greffe. Elles avaient une vision claire des difficultés à venir, mais elles cheminaient vers le changement.</p>
Service III	D	<p>1) Il y avait la direction des soins et le directeur. Réunion formelle, mais juste avec mon équipe (en présence de la cadre sup. et de moi-même)</p> <p>2) J'essayais de communiquer le plus possible. J'organisais des réunions lorsqu'il y avait du nouveau. Je les tenais informées de l'évolution du projet.</p> <p>3) Question non abordé sous cette forme</p> <p>4) Il y a eu beaucoup de freins. C'est une période qui a été vécue de façon très difficile pour tout le monde.</p> <p>5) Sentiment d'injustice pour une des équipes. Sentiment de servir de « bouche trou », de devoir palier à une difficulté qui ne les concernait pas. Mais aussi, beaucoup de colère au départ. Et de la peur dans un second temps, liée au développement de nouvelles compétences.</p>

Question n°9 bis : *Le travail d'équipe en amont de la fusion (pour les IDE)*

- 1) *Y a-t-il eu un travail de réflexion concernant la mise en place du changement ? Si oui, comment s'est-il déroulé ?*
- 2) *Avez-vous bénéficié d'un accompagnement pour cheminer vers le changement ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?*
- 3) *Que s'est-il passé dans votre service entre l'annonce de fusion et le changement effectif ?*
- 4) *Quels sentiments avez-vous ressentis durant ce processus ?*

	INFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ça ne me dit rien. 2) Non je ne vois pas. 3) On était attristées. On était dans une très bonne équipe qui fonctionnait très bien. Et puis, ça allait casser notre confort. Et on ne connaissait pas l'équipe qui nous accueillait. On était déçues. 4) Bien quand même, parce que je retournais dans un service où j'avais déjà travaillé auparavant.
	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Franchement, non. En l'espace de 15 jours, il a fallu qu'on fasse un choix sur le poste où on voulait aller. C'est pareil, on nous avait dit qu'on pourrait avoir un soutien psychologique, mais on n'a rien eu du tout. 2) Euh Non. On discutait entre nous. C'est tout. 3) On remplaçait dans les autres services. On faisait les « bouche-trou » en fait. 4) Le sentiment d'être une chose. Le manque de compréhension. Le manque de considération aussi. Je trouve que le côté humain a vraiment été mis de côté.
Service II	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, tout à fait Oui il y a eu un échange entre les équipes : on se rendait dans l'autre service, on avait un petit dossier, avec les différentes pratiques, tout ce qui est soins, protocoles, gestion du travail. On devait remplir et après on faisait des petites réunions et après on uniformisait. 2) Non 3) On savait depuis longtemps que le changement aurait lieu. Six mois avant, chacun avait choisi de suivre ou non le déménagement du service. Il y avait un laisser-aller de la part de tout le monde finalement des locaux, des patients ... 4) Moi j'étais contente parce qu'on allait travailler en 12h. Et la charge de travail allait être moindre. Je l'ai très bien pris, d'autant que j'allais découvrir la greffe. Ça s'est bien présenté finalement.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, clairement. Les CDS des 2 services ont eu pour projet de faire des échanges entre les 2 services. Et on nous a proposé de participer aux réunions d'architecte pour donner notre avis sur les décisions prises pour les travaux. Et il y a eu beaucoup de communication de la part des CDS. 2) Oui vraiment. Les cadres étaient très présentes. On nous a accompagnés dans les choix qu'on allait faire. On répondait à toutes nos questions. J'ai aussi participé aux échanges et j'ai pu observer des façons de faire différentes. Et je me suis beaucoup investie dans les réunions de travail. On nous a vraiment laissé une place pour donner notre avis. 3) Ce dont je me souviens, c'est que les personnes non intéressées par la fusion sont parties assez vite. 4) Il y avait de l'anxiété liée à ce changement, mais on pouvait se rassurer grâce au soutien des cadres. Et je suis très reconnaissante du fait qu'on nous ait impliquées dans certaines décisions. Notre avis comptait.

Question n°10 : Si vous êtes aujourd'hui encore en poste dans le service « unifié », pourquoi êtes-vous restée ?

Et si vous ne l'êtes plus, pouvez-vous me dire pourquoi vous êtes partie ?

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	Parce que je n'avais pas de souhait de changement de service. Et parce que j'ai des projets personnels, que je suis dans l'attente de ces projets personnels. Donc si ce projet aboutit, je souhaite partir dès le mois de septembre. Et quitter l'établissement.
Service II	B	Parce que ça a fait partie de mon choix d'affectation.
	C	Parce que ... ça faisait 6 ans que j'étais dans ce poste, et que c'était mon premier poste de cadre et que, où je changeais maintenant, où je finissais ma carrière en hématologie. Et que j'ai eu une opportunité aussi... de faire quelque chose qui m'attirait vraiment, et donc, c'est pour ça que j'en suis partie. Honnêtement, je pense que ça m'a aussi un peu usée, j'ai quand même participé à la conduite d'un projet assez pharaonique, voilà.
Service III	D	Parce qu'entretemps j'ai été nommée cadre de pôle. Et que j'avais « fais le tour » de ce service. Ça n'a rien à voir avec la fusion.

	INFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	Parce que j'aime la discipline. Et que je m'entends très bien avec mes collègues.
	4	Parce que je voulais continuer à faire du vasculaire. Et puis parce que je connaissais déjà l'équipe d'ortho ouest (j'y avais travaillé pendant 3 ans). Ça m'a rassuré.
Service II	1	Pour les 12 heures, puis je pense l'équipe aussi. Après moi je ne suis pas une mauvaise pâte je m'intègre facilement ; et puis pour la charge de travail qui est différente.
	2	Parce qu'au moment de la fusion, ça faisait 6 ans que je travaillais en hématologie mais le service dans lequel j'étais ne faisait pas de greffe. Pour moi, il manquait quelque chose à mon expérience. C'était l'occasion de découvrir autre chose.

Question n°11 : *Que pouvez-vous me dire du service aujourd'hui ?*

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	Je pense qu'il y a eu un bon partage d'expériences professionnelles entre celles qui venaient du vasculaire-thoracique et les ortho- traumatos. De même, les filles d'ortho-traumato ont commencé à avoir une expérience d'accompagnement de fin de vie des patients, donc ça elles ont pu le transmettre à leurs collègues qui venaient du vasculaire-thoracique.
Service II	B	Pour les patients, j'allais dire que ça fonctionne pour eux [...], ils ne savent pas qu'on a ouvert il n'y a que deux ans. Pour l'équipe paramédicale, en termes d'organisation de travail, elles sont assez satisfaites. Les secrétaires hospitalières, maintenant, sont organisées. Pour les CDS, c'est fatiguant cérébralement [...] c'est un peu bancal pour des raisons d'effectifs. Et puis, c'est compliqué parce qu'on n'est pas tous au même niveau d'information, et ça, c'est ce qui pêche actuellement.
	C	Le personnel de SL a amené des choses en arrivant. C'était très positif. Néanmoins, au moment de mon départ, je pense qu'ils se sentaient encore comme des gens de SL qui arrivaient et qui devaient s'adapter à l'organisation de RD. . Et la mayonnaise qu'on avait envie de faire prendre, où on va garder le bon, et le positif de ce qu'il y a dans chaque équipe et en faire de l'excellent ensemble, pour moi elle n'a pas pris. Mais parce qu'il y avait un trop grand déséquilibre dans les forces en présence, ... rien que numériquement c'était impossible. Vous m'auriez interrogée à mon départ, j'aurais dit que « le bateau tanguait encore ». Aujourd'hui, je crois qu'un équilibre a été trouvé.
Service III	D	Quand je suis partie, c'est un service qui, au final, après cette nouvelle réorganisation, fonctionnait bien. Le personnel en poste a développé des compétences autant en digestif qu'en gynéco.

	INFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	Au niveau du fonctionnement, c'est très dur le matin : on est que 2 IDE, alors qu'on a beaucoup de spécialités. Concernant l'équipe, je pense que nous sommes une équipe soudée.
	4	L'équipe d'ortho ouest nous a bien accueillies. Elles ont compris le mal être qu'on a pu vivre, et je dirais qu'elles nous ont bien soutenues. Moralement. Je me suis sentie épaulée par elles. Après, la fusion, ça c'est bien passé. Ça m'a permis d'explorer une nouvelle facette de mon métier (patients d'ORL, soins palliatifs).
Service II	1	Je n'ai rien perdu parce que toutes mes collègues étaient parties, celles avec qui je m'entendais bien, avant la fusion ; non je n'ai que gagné.
	2	Au départ, ça a été difficile pour moi d'intégrer tous les changements. et je me retrouvais propulsée dans une équipe où j'avais le sentiment qu'il fallait que je reparte de zéro, que je me remette à faire mes preuves alors que j'avais l'impression d'avoir acquis suffisamment d'expérience pour être tranquille. Aujourd'hui, ça va beaucoup mieux et il y a un truc super qui est la création d'un gros service. On a une alternance de trois mois à l'étage des greffes et trois mois à l'étage conventionnel, et ça c'est vraiment super. La difficulté c'est vraiment le turn-over important des patients. Au niveau de la pratique ça a modifié les choses : on a échangé les unes avec les autres, et ça a permis de faire avancer les choses.

Question n°12 : Où en êtes-vous dans la construction de la nouvelle équipe ? (pour les CDS)

- 1) Comment s'est passée l'intégration ? Attention portée à tous ? Comment avez-vous géré l'arrivée de la nouvelle équipe ?
- 2) Vision de l'équipe aujourd'hui
- 3) Émergence d'une nouvelle culture d'équipe ?

	CADRE DE SANTE	REPONSE
Service I	A	<ol style="list-style-type: none"> 1) Plutôt bien. L'équipe d'ortho avait l'habitude d'accueillir des nouveaux personnels. Je trouve que ça s'est bien passé (les IDE le disent aussi, et ça c'était important pour elles). 2) Je ne sais pas si on peut parler d'émergence d'une nouvelle équipe, ou si c'est juste la continuité de l'individualité des unes ou des autres qui étaient complémentaires et qui se sont rencontrées à ce moment-là. Et je pense que, quelles que soient les IDE, elles ont un niveau d'exigence professionnelle et une envie de bien faire qui font qu'elles essaient de s'intégrer au mieux, afin de prendre en charge le patient au mieux, parce qu'elles sont là pour le patient. 3) J'ai l'impression d'avoir 1 équipe soudée. Quelqu'un d'extérieur ne ferait pas la différence entre une IDE issue du vasculaire ou de l'ortho.
Service II	B	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elles ont été intégrées comme une nouvelle infirmière. Alors, elles ont eu moins longtemps, parce que, du coup, quand même on trouvait que ça n'est pas parce qu'on vient d'un autre hôpital qu'on ne sait rien faire... les compétences étaient là ; après, je crois qu'on a fait une intégration de quinze jours, de mémoire où elles ont été accompagnées avec une ancienne. En parallèle, on a fait la formation et ça je pense que ça leur a beaucoup apporté. 2) C'est très différent. Le nombre participe à la difficulté, j'allais dire... elles sont maintenant en deux équipes à peu près distinctes. Ce qui fait qu'il y a eu des gens qui ont été très vite, comment dire, intégrés, absorbés, mais à la fois professionnellement et personnellement, et d'autres moins. J'ai l'impression qu'il y a un maillage assez fort et puis on s'aperçoit que dans les difficultés et les prises en charge au quotidien, c'est pas si franc que ça. 3) Pas encore. Franchement, pas encore. Et ça, c'est quelque chose que j'analyse comme quelque chose qu'on n'a pas réussi à faire. Parce que, je pense que la culture d'équipe il faut la faire dès le départ. On est à deux ans de l'ouverture là, je pense qu'on devrait déjà être dans une culture d'équipe, et on ne l'a pas.
	C	<ol style="list-style-type: none"> 1) La première année, l'équipe s'est construite. Il y a eu beaucoup de mouvements de personnels [...] c'est pas facile pour une équipe qui ne demande qu'à se stabiliser. L'attention portée aux personnels a été insuffisante. On n'avait pas le choix : la 1^{ère} année, 50% des 72 IDE avait moins d'un an de diplôme, donc on a beaucoup sollicité celles qui avaient déjà une expérience en hémato, même si elles arrivaient de SL. Il fallait qu'elles s'adaptent et en même temps qu'elles assurent le tutorat des nouvelles ! 2) Je pense qu'aujourd'hui il y a un équilibre et un esprit d'équipe naissant, 3) Aujourd'hui, oui.
Service III	D	<ol style="list-style-type: none"> 1) Au départ, ça a été très, très difficile et très conflictuel. Avec une certaine détresse même, du côté des IDE de gynéco. Et je dois dire que j'ai porté plus d'attention en amont à l'équipe de viscérale, qui était la mienne.

		<p>2) Hum, il y a une culture d'équipe qui s'est imposée, notamment la chirurgie digestive qui a imposé sa culture. Mais après, il y a eu une évolution où quand même elle s'est enrichie. Il y a eu un enrichissement de part et d'autre. Donc ça a évolué. Mais je pense que, quand même la culture de chirurgie digestive reste la plus forte.</p> <p>3) UNE équipe ! Là maintenant, oui. Vraiment 1 équipe. Puisque, par exemple, il y a un exemple flagrant : l'infirmière qui avant appartenait au service de gynéco, a travaillé sur un livret d'accueil des patients stomisés. Donc, ça c'est un exemple concret qui veut dire que ça fonctionne.</p>
--	--	---

Question n°12 bis : *Que pouvez-vous me dire de l'équipe aujourd'hui ? (pour les IDE).*

	INFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	Je pense qu'on est une équipe qui est assez soudée, on s'entend bien. Pour moi, il y a un esprit d'équipe.
	4	La fusion s'est quand même bien faite au niveau de l'équipe. L'équipe aujourd'hui est sympa, mais ce n'est pas notre ancienne équipe (rires). Mais on se sent intégrées. Je pense que les unes et les autres, on s'est apporté mutuellement des choses. Et on a un bon état d'esprit entre nous. On s'entraide beaucoup.
Service II	1	Je me sens mieux intégrée ici que je ne l'étais à SL. On a plus de liens. On a le même âge et on s'entend bien.
	2	Pendant très longtemps, on nous appelait les IDE de SL ou de RD. Je pense qu'au bout d'un an, c'était fini. Je pense que le clivage entre les 2 équipes a disparu. On fait partie d'une équipe, et il y a une bonne entente. Aujourd'hui, il y a 1 équipe, avec des IDE qui ont des expériences différentes, ce qui a permis de travailler sur nos soins et de parvenir à une harmonisation de nos pratiques.

Question n°13 : *Missions d'encadrement du CDS au cours et depuis cette fusion : (pour les CDS)*

- 1) *Votre vision du rôle du CDS tout au long du processus ?*
- 2) *Votre positionnement a été modifié ? Si oui, en quoi ?*

	CADRE DE SANTÉ	RÉPONSE
Service I	A	1) Le CDS est indispensable, parce que justement, il faut au moins une personne qui puisse essayer de faire en sorte que les choses collent les unes aux autres et puissent se dérouler correctement tout au long de la journée [...], il faut une personne qui puisse être le point central et qui recentre un petit peu tout le monde autour de la prise en charge du patient et qui donne l'impulsion aussi ..., on a un train qui est en marche, et, il ne faut pas descendre du train, parce que sinon on est largué, c'est clair.

		<p>Le fait qu'elles se sentent soutenues par le cadre, qu'elles se sentent écoutées et qu'elles entendent aussi que, par moment, je m'en prends aux médecins et que je demande certaines choses, ça leur montre aussi que j'ai à cœur qu'elles puissent faire correctement leur travail et que je n'ai pas envie de leur en rajouter davantage.</p> <p>2) Moi, mon objectif, c'est d'avoir une équipe qui s'entend. Donc ça c'est mon objectif de prise en charge. Donc je vais pas faire du favoritisme aux uns ou aux autres.[...]. Maintenant j'ai aussi toujours essayé d'échanger avec l'équipe, en leur donnant aussi la possibilité de s'exprimer et de donner leur point de vue et peut-être de donner leurs idées. [...]Moi après je vois la faisabilité dans la réalité, et je recentre éventuellement dans la réalité des situations, mais sinon mon objectif c'est surtout qu'elles apportent les idées.</p>
Service II	B	<p>1) Je pense que ça a été beaucoup en terme d'expliquer nos choix, nos valeurs, pourquoi on faisait ça dans ce sens-là, faire en sorte que les personnels participent au maximum aux décisions, [...] facilitateurs finalement des informations : on repère les gens qui peuvent essayer de faire que la communication passe mieux, parce que ça c'est un peu le nerf de la guerre, il a faut bien le dire [...]Accompagner au maximum les équipes sur leurs difficultés, sur essayer de comprendre...</p> <p>2) Oh oui, largement. Maintenant, c'est surtout de la gestion technique et structurelle, alors qu'avant j'étais plus dans le quotidien des équipes [...] ça veut dire aussi que peut-être, pour moi, c'est peut-être plus facile de me dire maintenant je me mets derrière des problèmes logistiques, des problèmesvoilà, c'est aussi moi que je mets en cause là-dedans.</p>
	C	<p>1) Contrairement à ce qu'on pourrait penser, je ne pense pas que ce soit forcément l'organisation, la conduite de projet. Je pense que l'écoute et la communication, c'est vraiment le maître mot. mais c'est essentiel ... que les gens se sentent entendus et pris en compte dans ce qu'ils disent parce que, eux, ils sont quand même au cœur de l'activité du service. Après, l'anticipation et la concertation sont aussi importantes. J'ai du mal à voir comment la fusion pourrait se dérouler sans CDS. je pense qu'on a fait une sacrée part du travail et parfois ça m'impressionne même d'arriver à conduire les gens à faire ce qu'ils ont fait. Ça fait presque peur d'avoir ce pouvoir sur une équipe.</p> <p>2) Non abordé.</p>
Service III	D	<p>1) Le rôle ça a été un rôle d'accompagnement, ça c'était primordial. L'accompagnement. Et après, tout ce qui était organisation, je veux dire, je pense que ... ça aurait pu peut-être se faire, autrement, mais je pense que là, le cadre ... ça a permis de structurer, ... d'avancer aussi plus facilement. Le cadre de proximité a un rôle central dans ce processus.</p> <p>2) Oui. En chir digestive, ça m'a permis de de me repositionner en tant que personne qui organisait, qui gérait (car avant mon arrivée, il n'y avait plus de CDS depuis 2 ans). Cela m'a permis de prendre ma place.</p>

Question n°13 bis : Missions d'encadrement du CDS au cours et depuis cette fusion : (pour les IDE)

- 1) Quel a été le rôle du CDS dans ce processus ?
- 2) Qu'est-ce qui vous a semblé essentiel dans les actions du CDS ?
- 3) Qu'est-ce qui, selon vous, a manqué ?

	INFIRMIERE	RÉPONSE
Service I	3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elles étaient très présentes car on était beaucoup à se poser des questions, je sais qu'elles nous ont dit qu'elles étaient présentes en cas de problème, en cas de questionnement de notre part. Vraiment, elles étaient à notre écoute. 2) La communication 3) Rien
	4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Disons que la CDS d'ortho, quand on est arrivées, il a fallu qu'elle se réadapte à une nouvelle équipe on va dire. Et puis nous aussi à un nouveau cadre. Mais je trouve qu'elle a été assez compréhensive et accueillante, et ouverte. C'est la seule qui nous a apporté aide et soutien (et pas les cadres sup, ni la direction). 2) L'accompagnement par la CDS de l'ortho. 3) En amont de la fusion, on aurait aimé avoir quelqu'un à qui parler avoir des explications au moins ... un peu plus claires ... Ou alors quelque chose d'un peu plus sincère, on va dire, parce que tout s'est fait par les bruits de couloir. Mais de la part des cadres par contre c'était silence complet, silence radio. Et on nous avait parlé d'un soutien psychologique qui n'a jamais existé.
Service II	1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elles ont répondu à nos questions. Elles ont expliqué les choses. 2) Elles ont commencé à nous faire une petite place dans l'équipe, essayer de nous intégrer, à faire partie de leur personnel. 3) Rien.
	2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Je pense que les cadres, au moment de la fusion, ont vraiment été là dans l'accompagnement que ce soit par les cadres de proximité ou les cadres sup. Ils ont été là tout le temps finalement, de la prise de décision jusqu'à vraiment l'intégration complète dans l'équipe. Non, on a eu vraiment un très bon accompagnement, de nos cadres en tout cas. 2) Clairement, moi je pense que si je n'avais pas été accompagnée comme ça a été fait depuis le départ, depuis l'idée de la fusion, je ne sais pas si j'aurais suivi. C'était rassurant de se sentir attendue, puis accueillie, puis accompagnée. Je pense que j'aurais mis une croix sur l'hémo si je n'avais pas été aussi bien accompagnée. Sans la présence des CDS et de leur investissement, je ne crois pas que les choses se seraient passées de la même manière. 3) Moi, personnellement, je savais à quoi m'attendre puisque j'avais fait cet échange infirmier avant la fusion. Maintenant, je pense à deux ou trois collègues, notamment, qui ne savaient pas où ils mettaient les pieds et je pense qu'ils regrettent peut-être beaucoup plus de choses.

Question n°14 : *Que retirez-vous de cette expérience ?*

Quel regard portez-vous sur cette fusion ?

	CADRE DE SANTE	REPONSE
Service I	A	... Que de travail ! Euh, que de souffrance pour les équipes parce que, finalement elles ne demandent rien, et voilà, quoi. Mais quelque part c'est aussi enrichissant, parce qu'on partage d'autres choses, ... parce qu'on s'enrichit aussi d'expériences professionnelles des autres, et je trouve que ça c'est très intéressant aussi. Maintenant, si ça pouvait être un petit peu plus dans la concertation je trouve que ce serait pas mal. Dommage qu'on soit un p'tit peu la 5 ^{ème} roue du carrosse, et informées en dernière minute. Voilà, après les choses doivent se faire, donc elles se font. Mais je pense que ça pourrait se faire un p'tit peu différemment, et un peu, avec un peu moins de souffrance pour les équipes.
Service II	B	Oh, plein de choses positives, ça c'est sûr ! Il y a des choses que je reproduirais si ça se représentait, il y a d'autres choses que peut-être je verrais différemment, notamment tout ce qui est pas anticipation. C'est une véritable aventure, parce que, du coup, vous rencontrez aussi des gens différents, des pratiques différentes, les échanges sont des échanges toujours constructifs. Et puis, ça permet aussi de confronter sa pratique de cadre : ça permet aussi de se dire « il y a des choses auxquelles je tiens absolument et je les garde » et ça vous conforte dans certaines idées, et puis, il y en a d'autres que vous... mais ça, c'est de la progression professionnelle. Regard sur la fusion : dans sa globalité, plutôt satisfaisante. Je pense qu'il y a des choses qu'on a réussies, des choses qu'on n'a pas réussies, mais dans l'ensemble on est plutôt dans le positif. J'étais quelqu'un qui aimait bien la maîtrise et bien j'ai appris à lâcher des choses. Ça apprend aussi à être un peu modeste.
	C	Que seul, on ne peut rien. Il faut mobiliser les gens. Et pour les mobiliser il faut les faire participer. Et je pense que ça reste quelque chose de très difficile à réaliser. Mais je pense que c'est réalisable
Service III	D	Que ça a été très enrichissant. J'ai appris qu'on ne pouvait pas mettre en place d'organisation sans l'adhésion des équipes, et que le travail en commun et participatif c'était primordial. Ça m'a confirmé qu'il faut pouvoir travailler ensemble pour pouvoir avancer, et pour pouvoir mettre en place des organisations, même si les uns et les autres ne sont pas tout à fait d'accord, mais dès l'instant où les gens participent à l'élaboration du projet, ou d'une organisation il y a plus facilement adhésion. La fusion en général, ... au final ça été très positif, mais à long terme.

	IDE	RÉPONSE
Service I	3	<p>Pour moi, ça a été un plus en fait, même si c'est fatiguant, tout ça, c'est quand même un plus pour plus tard je pense. En particulier d'être confrontée à de nouvelles pathologies et se faire de nouveaux aspects techniques.</p> <p>Fusionner deux services en un, par rapport à la gestion des patients, des soins, des visites, c'est ça qui est compliqué. Mais je pense que c'est bénéfique ; et qu'avec du personnel en plus ça aurait été encore plus bénéfique !</p>
	4	<p>Je ne sais pas quoi vous dire Euh beaucoup de souffrance sur le moment, parce que ça a complètement explosé une équipe pour laquelle on avait un bon esprit, une bonne entraide. Puis après, on essaye de tourner la page. Et de repartir. Mais en sachant que ce sera jamais comme avant. Et psychologiquement, c'est encore difficile aujourd'hui. On se culpabilise un petit peu, parce que bon, moi je faisais partie des plus anciennes. Donc je me dis que peut-être une autre fille de l'équipe que moi qui aurait voulu continuer à faire du vasculaire. Et en fait, on a un peu le sentiment de voler la place d'une autre.</p> <p>Regard sur la fusion : positif quand même. Même je suis un peu blasée sur la manière dont on a été ... manipulés... Parce que, c'est vrai, comme je vous disais : au niveau de la direction et tout ça, c'est ... l'absence totale. Aujourd'hui encore. Il n'y a pas de soutien. Mais moi je dis il vaut mieux prendre ça comme une ouverture parce que sinon ...</p>
Service II	1	<p>Je pense que nous avons été bien acceptées suite au rapprochement. Ça a permis de travailler ensemble sur les pratiques, et on a pris un petit peu des deux côtés.</p>
	2	<p>Ça m'a demandé un investissement personnel, j'ai eu envie de le faire donc je suis allée jusqu'au bout. Au bout d'un an je me suis quand même demandé si je n'allais pas tout lâcher parce que j'ai vraiment rencontré des difficultés, et du coup, maintenant que ça va mieux, j'ai envie de continuer, mais ça m'a pompé pas mal d'énergie et je ne sais pas si je le referais. Je pense que d'avoir fait ça une fois dans sa carrière ça peut être intéressant. Je suis très contente de l'avoir vécu.</p> <p>En l'occurrence, avec du recul, je me dis que c'était quand même indispensable, parce que finalement on était dans une petite structure et ça n'était pas plus mal qu'on intègre cette grosse structure. Donc, je pense que c'était une bonne chose que ces deux services fusionnent. De toute façon, je crois qu'on aurait été amené à le faire un jour ou l'autre, et que ça aurait fermé à SL.</p>

Question n°15 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

	CADRE DE SANTE	REPONSE
Service I	A	Gérer ça pour un cadre, c'est se poser mille et une questions et se dire : est-ce que je fais bien de faire ça ? Comment ça va se passer ? [...] C'est un petit peu dommage de ne pas faire participer davantage les équipes à ces réflexions. Donc voilà, on verra ce que donnera l'avenir ... parce que l'hôpital comme partout, c'est un vrai gruyère : y'a des services qui ont fermé de ci, de là [...] donc que va donner l'avenir ? On n'en sait rien, puisqu'on parlait de la fermeture de l'hôpital, euh, fermeture du bloc opératoire, enfin bon, on a entendu mille et une choses. Il y a eu un vent de tempête à un moment donné. On s'est dit : mais ça va s'arrêter ou pas ?
Service II	B	Non. Non.
	C	C'est une expérience, en tant que cadre, ... extraordinaire. Si vous aimez les relations humaines, alors là, (rires) ... c'est du bonheur !
Service III	D	Non. Enfin, ça a été une expérience très enrichissante mais très difficile, très très difficile, et je me suis sentie, seule. Oui, souvent seule. Et que le positif on ne le voit pas tout de suite, mais au final quand je fais le point, je trouve que c'est bien. On est arrivé à un résultat quand même très positif pour les infirmières qui sont en poste. Même si ça a été douloureux au départ !

	IDE	RÉPONSE
Service I	3	Non.
	4	On vous demande de prendre une décision sur votre « carrière » : en l'espace de 15 jours il faut faire un choix ! Et là on se dit ça peut aussi être un virage dans notre carrière et changer complètement. Mais est-ce qu'on fait le bon choix ? Le mauvais ? On sait jamais. Et comme y'a pas eu d'accompagnement c'est d'autant plus difficile parce que là on est vraiment seule face à son destin, c'est le cas de le dire.
Service II	1	Non, mais je serais curieuse de savoir comment l'autre équipe a vécu les choses.
	2	Il y a peut-être une chose qui aujourd'hui est plus difficile aussi c'est, comme on est très nombreux, on n'est pas forcément au courant de tout ce qui se fait. Moi avant, j'aimais m'impliquer dans les projets. Ici, il y a tellement d'interlocuteurs ... Chacun s'éparpille et on n'est pas forcément au courant : c'est frustrant. Voilà, il y a un manque de communication, alors, peut-être que ça changera et que ça évoluera, mais c'est vrai qu'on est tellement nombreuses qu'il y a un manque de communication, c'est impressionnant. Mais du coup, qu'il n'y ait personne qui centralise que ce soit pour des projets ou même des informations, de la communication, moi je trouve qu'il faut vraiment qu'on travaille dessus.

4.3 Analyse des résultats

4.3.1 Le profil des personnes interrogées

Pour commencer, il me semble important de décrire le profil des personnes qui ont participé à l'enquête : l'échantillon est composé de quatre infirmières et trois cadres de santé, réparties dans trois hôpitaux différents. Le hasard, ou la particularité de la configuration de la population paramédicale a fait que ce sont toutes des femmes.

Les quatre IDE interrogées ont entre 4 et 20 années d'ancienneté dans la profession infirmière. Pour trois d'entre elles, le poste occupé dans le service avant la fusion a été leur premier poste. La plus ancienne, qui a eu d'autres expériences professionnelles, travaillait dans le service concerné par la fusion depuis une quinzaine d'années. Les IDE appartenaient majoritairement à l'équipe qui était accueillie (3 sur 4) par un autre service lors de la restructuration. Aujourd'hui, trois de ces IDE travaillent en chirurgie auprès d'adultes, tandis que les deux autres exercent dans un service d'hématologie pédiatrique.

Les CDS quant à elles, ont une solide expérience de l'encadrement (entre 7 et 12 ans d'ancienneté dans la profession cadre). Deux d'entre elles ont intégré le service concerné par la restructuration à leur sortie de formation de cadre de santé. La moitié de l'échantillon a la responsabilité d'un service de chirurgie, tandis que l'autre gère un service de cancérologie. Toutes sont à la tête du service « accueillant » lors de la fusion.

Ces profils sont assez disparates, et me semblent pouvoir être représentatifs de l'hétérogénéité des équipes soignantes.

4.3.2 Le contexte

Grâce aux entretiens, nous pouvons distinguer deux origines différentes à ces fusions :

- La première est en lien avec le contexte économique (baisse de l'activité dans certains services de chirurgie) et les nécessités de restructurations imposées par les réformes successives : désormais, il faut faire des économies et réfléchir autrement

l'efficacité de l'offre de soins⁷⁴. Les équipes des services I et III en sont à leur deuxième fusion au moment où je les rencontre.

- La seconde, en réponse à une situation inattendue, va inciter les personnes à procéder au regroupement volontaire de deux unités, à un moment où les tutelles ont entamé une réflexion sur la manière de réformer l'organisation hospitalière. L'objectif principal des deux unités à ce moment-là, est d'augmenter l'activité des deux services réunis et la capacité d'accueil des patients sur leur territoire, et de créer un pôle d'excellence. Pas de mutualiser les compétences pour économiser.

Les fusions auxquelles je m'intéresse se sont toutes déroulées entre 2009 et 2010. J'ai fait ce choix car je pense que les équipes ayant un peu de recul par rapport à cette expérience, pourront m'apporter un éclairage plus fin sur l'analyse du processus.

Il est intéressant de noter que toutes ces fusions ont consisté à repenser l'organisation d'un service afin de lui permettre d'accueillir « dans ses murs » tout ou partie de l'activité et de l'équipe d'un autre service. Et non la réunion de deux services arrivant ensemble dans un nouveau lieu. Lors de cette dernière configuration, les modalités et les répercussions sont peut-être différentes, mais je ne serai pas en capacité de les étudier.

De plus, la durée de réalisation de ces fusions est considérablement différente selon les situations : de quelques semaines (service I) à plusieurs années (service II), en passant par quelques mois (service III).

Ce paramètre, associé au contexte dans lequel se déroule cette réorganisation semble avoir une influence sur la perception que les équipes ont de la fusion : lorsque j'évoque ce sujet avec les IDE n°3 et n°4 (service I), toutes les deux me parlent de fermeture. J'insiste sur le terme pour éviter les malentendus, mais l'IDE n°4 insiste et dit « [...] pour nous c'est une fermeture. Nous l'avons vécu comme une fermeture ».

⁷⁴ Confer 2.2.2 Les fusions hospitalières. – p 17.

4.3.3 La mise en œuvre

○ **L'annonce de la fusion**

Selon les établissements et les catégories de professionnels, l'annonce de la fusion se fait de façon très différente.

Pour certains, l'annonce est réalisée très précocement, dès la phase de réflexion du projet, plusieurs mois (voire années) avant sa réalisation, et elle est formalisée lors d'une réunion officielle en présence de membres de la direction (directeur de la structure et/ou coordonnateur des soins) ou tout au moins avec le chef de service et l'encadrement supérieur. Cela me semble être un évènement majeur du processus, puisqu'il représente le début du projet et permet aux différents acteurs de poser des questions et pourquoi pas de commencer à donner du sens au changement à venir, grâce aux explications recueillies à ce moment-là. Cette première phase rend la fusion « réelle » et permet, comme nous l'avons vu au chapitre « 2.4.2 », de franchir l'étape n°1 des 7 phases de préoccupations, en permettant à chacun de se sentir concerné.

Tandis que pour les autres, l'annonce se fait plus précipitamment, parfois de façon tout à fait informelle par le cadre de santé quand il devient nécessaire de mettre fin à des rumeurs, comme le dit l'IDE n°4 « *on a commencé à se dire qu'il y avait quelque chose qui se tramait. On ne savait pas quoi, hormis les bruits de couloir* ». Malheureusement, le CDS ne dispose pas toujours, à ce moment-là, de toutes les informations nécessaires pour répondre aux interrogations des équipes. Généralement, cette première étape est suivie d'une réunion organisée par la hiérarchie (cadre supérieure ou direction), où tous les agents sont conviés.

Il me semble que cette inégalité dans le moment choisi pour donner l'information entraîne une différence de perception des individus face au projet qui se profile. Tandis que les premiers se révèlent plutôt intéressés, voire motivés par le projet (cadre C « *je le savais avant même de choisir mon poste. C'est peut-être ça qui m'a fait choisir le poste* » ou IDE 1 « *Je n'étais pas contre, et même d'un côté, contente* »), les seconds sont plus dubitatifs et contrariés (IDE 3 « *J'étais choquée !* » ou IDE 4 « *Là on avait vraiment l'impression d'être des « choses ». On a eu l'impression d'avoir vraiment été menés en bateau !* »).

Cependant, d'autres sont plus nuancées et ne semblent pas être affectées par les conditions d'annonce, quelles qu'elles soient (cadre D « *Pour moi, c'était une mission comme une autre, une sorte de challenge. J'étais jeune cadre* »).

Cela nous permet de constater que, si la manière de présenter les choses aux équipes peut avoir un impact certain sur la suite du déroulement, le caractère des personnes, mais aussi la situation dans laquelle elles se trouvent à ce moment-là influencent leur perception et leur réaction face à l'évènement à venir.

○ **Répercussions sur les emplois**

Aucune des fusions étudiées grâce aux entretiens n'a eu de répercussion directe sur l'employabilité des personnels. En effet, aucun licenciement n'était annoncé, ni envisagé.

Pour le service II, la fusion a eu pour conséquence une augmentation de l'activité et donc un nécessaire agrandissement de l'équipe, avec de nombreuses embauches à la clé. Même si, éventuellement, les paramédicaux des deux équipes décidaient d'intégrer l'équipe du service unifié, il fallait néanmoins recruter du nouveau personnel.

Par contre, les services I et III se sont trouvés dans l'obligation de réfléchir au redéploiement de leurs effectifs. En effet, pour eux, la fusion a consisté en une diminution de l'activité de chacun des services lors de l'unification. Le nombre de lits du service « accueillant » est demeuré identique, mais le nombre de spécialités traitées a augmenté. Cela a donc modifié la répartition du nombre de lits destinés à chacune de ces spécialités. En conséquence, si le nombre de soignants nécessaires pour faire fonctionner l'unité n'a pas varié, sa composition a dû être repensée : il a fallu créer une nouvelle équipe comprenant des soignants issus des deux services. Et cette réalité n'a pas toujours été perçue immédiatement par les individus. Ni la violence qu'elle pouvait engendrer. L'IDE n°3 explique : « *ça ne nous a pas été dit [le démantèlement de l'équipe] au départ. C'est quand on a vu la liste des postes qu'on nous proposait qu'on s'est dit : là il y a un problème. Là, on avait noir sur blanc que l'équipe allait exploser !* ».

Plus généralement, dans ces circonstances, les agents reçoivent des propositions de nouvelles affectations au sein de l'hôpital et les réalisations de projets professionnels (formation) ou personnels (départ à la retraite ou changement d'établissement) sont

favorisées. Cependant, la plupart des soignants se trouvent confrontés à une réalité difficile à vivre : faire le bon choix entre accompagner la fusion ou refuser ce changement et préférer une nouvelle orientation de carrière.

Suite à ces choix, certains rejoignent l'équipe qui fusionne. Il semblerait alors normal d'imaginer qu'ensuite tout se passe bien pour eux, mais ce n'est pas toujours le cas. En effet, un sentiment de culpabilité apparaît parfois vis-à-vis des anciens collègues. L'IDE n°4 me dit que « *psychologiquement c'est encore difficile [...]. On se culpabilise un petit peu [...]. En fait, on a un peu le sentiment de voler la place d'une autre* ». C'est ce que nous avons découvert avec L. LETHIELLEUX, et ce qu'elle appelle le *Syndrome du survivant* : le stress lié à la fusion fragilise les individus et provoque de la colère, de la culpabilité, mais aussi de l'angoisse et de la fatigue⁷⁵.

○ **Déroulement**

Je me suis interrogée sur les méthodes ou les outils qui ont pu être utilisés (ou non) pour accompagner la progression de mise en place du projet.

Premièrement, il m'a semblé intéressant de constater qu'au tout début du mouvement vers le changement, aucune équipe n'a sollicité ou ne s'est vu proposé une rencontre avec d'autres professionnels ayant déjà expérimenté l'aventure de la fusion. Pourtant, les réorganisations sont nombreuses ces dernières années, et il me semble que le partage d'expérience pourrait permettre à ceux qui débudent le projet d'éviter les écueils rencontrés par les autres, ou de profiter de « bons tuyaux » pour faciliter sa mise en œuvre. Lors des entretiens, il m'est apparu que personne n'avait même pensé à cette possibilité (que le processus de fusion ait été court ou plus progressif).

Deuxièmement, j'ai constaté que cadre de santé ou infirmier, le personnel soignant n'est pas, ou est insuffisamment, impliqué dans les processus de décision de l'établissement. Quel que soit l'établissement concerné par la fusion, à la question « Avez-vous été sollicité pour réfléchir à la pertinence de réaliser la fusion avec un autre service ? », la réponse unanime est : non. Cette unité est un peu faussée étant donné que deux cadres sur les quatre et une IDE n'étaient pas encore présentes dans le service au

⁷⁵ Confer p 15.

début du processus. Mais une des autres cadres explique que « *les décisions sont prises par la direction et nous tombent dessus* » (cadre A). Tandis qu'une IDE précise « *on m'a laissé le choix de continuer et de suivre cette fusion, mais on ne m'a absolument pas demandé mon avis sur la fusion* » (IDE 1).

S'il ne semble pas déraisonnable d'accepter que les infirmiers ne soient pas sollicités pour réfléchir à la prise de décisions stratégiques concernant le service ou l'établissement, le cadre de santé ne devrait-il pas être considéré comme un interlocuteur privilégié au moment où des décisions importantes doivent être prises ? N'est-il pas, par sa fonction et sa position, un acteur important à prendre en compte tout au long de la mise en œuvre des projets ? En effet, sa connaissance précise des réalités du terrain et du quotidien pourrait être un atout pour les décideurs au moment du choix des orientations.

Le « Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers », présenté par Chantal DE SINGLY, à la demande du Ministre de la Santé, en 2009, va dans ce sens et souligne qu'« *un mode organisé de participation des cadres aux décisions est indispensable. C'est vrai partout mais plus particulièrement dans les grands hôpitaux : plus la ligne hiérarchique est longue, plus la lisibilité et la cohérence managériale sont nécessaires* »⁷⁶. Cette mission attire notre attention sur l'importance de créer une cohésion au sein de l'équipe d'encadrement dans son ensemble, afin de pouvoir porter le projet avec une logique commune. D'autant que les CDS vont être en première ligne, par la suite, pour faire appliquer par les équipes, les décisions prises par la hiérarchie.

Cela se vérifie lors des entretiens, car, toutes les CDS ont été sollicitées lorsque le moment est venu d'appliquer les directives dans les services. Au moment où le projet se concrétise, leur place devient centrale dans le processus, et il leur est demandé de déployer tout leur savoir-faire pour concourir à la réussite de la mutation. La cadre D raconte « *Oui, j'ai participé, dans un second temps, pour tout ce qui était du concret* ». Tandis que la cadre B renchérit « *J'ai pris les choses en main au moment où il a fallu discuter des effectifs, des choses comme ça. On m'a demandé ma participation active sur les décisions* ».

⁷⁶ <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>, p10.

Consulté le 28.04.2012.

Lorsque les actions concrètes arrivent, il semble évident pour tous d’impliquer le CDS. Comme nous l’avons vu avec I. VANDANGEAON, le manager intermédiaire devient alors l’acteur central de la mise en œuvre⁷⁷. Alors, pourquoi ne pas imaginer qu’il puisse également devenir légitime plus en amont dans la mise en œuvre du projet, c’est-à-dire au moment de la construction et de la réflexion ? En effet, durant leurs études, ces professionnels sont entraînés à la réflexivité pour leur permettre de faire en permanence le lien entre leur savoir et leur savoir-faire au quotidien, afin de s’adapter en permanence et de faire face aux situations en opérant les choix les plus pertinents possibles.

○ **Stratégies managériales**

Afin de rendre acceptable le processus de fusion auprès des équipes, les CDS ont adopté différentes stratégies. Certaines sont communes à tous, tandis que d’autres sont apparues pour répondre à des problématiques ou des enjeux spécifiques.

Tout d’abord, la communication a été le premier outil utilisé par tous les CDS. En effet, les équipes ont besoin de comprendre ce qui se passe, d’obtenir des informations et des réponses aux questions qu’elles se posent. Cette communication s’est concrétisée sous la forme de réunions régulières permettant « *de les [les équipes] tenir informées de l’évolution du projet* » (cadre D), ou d’échanges informels au gré des rencontres avec les uns ou les autres. La cadre A précise que « *sans communication, on partait dans le mur* ». Ces réunions ont le plus souvent permis, en complément, de réfléchir ensemble aux choix organisationnels à prendre : « *on a fait des réunions de travail, on a essayé de voir ensemble quelle organisation conviendrait le mieux* » (cadre D).

Toutes les CDS rencontrées ont fait le choix d’utiliser une méthode participative, afin de prendre en compte le plus possible les soignants impliqués dans la fusion. La cadre A dit avoir incité fortement les gens à donner leur avis, à être force de proposition « *moi, j’étais toujours partante aux idées : vous avez des idées, vous me le dites. Si on peut essayer de mettre des choses en place, on le fait. Ça marche ou pas* ». La cadre C conforte cette position lorsqu’elle m’explique qu’ « *il est très important que l’équipe ne se sente pas tenue l’écart des décisions, qu’elle soit informée au fur et à mesure, qu’elle puisse*

⁷⁷ Confer pp 23-24.

participer à certains choix ». Une des IDE m'explique s'être sentie impliquée dans le processus : « *on avait l'impression qu'on nous demandait notre avis parce que nous étions auprès des patients. Je suis très reconnaissante car ce n'est pas souvent qu'on nous demande notre avis. Et là, on a vraiment été pris en considération* » (IDE 2).

Dans le service I, une autre stratégie utilisée a été l'instauration d'un redécoupage du service afin de répartir différemment la charge de travail. En effet, si l'ancienne configuration était conservée (une aile « septique » et l'autre non), l'arrivée de patients avec des pathologies différentes (le plus souvent à risque « septique ») aurait conduit à une disparité importante dans la charge de l'activité des professionnels. En travaillant avec son équipe, la cadre est parvenue à faire changer les habitudes, même si les chirurgiens ont été réticents. En tant que responsable de l'organisation de l'activité médicale, la cadre a imposé les choix des soignants « *j'ai été claire : le découpage, ça nous appartient* ». Les équipes se sont senties soutenues et cela a été très important pour elles et a facilité l'acceptation du changement.

Les cadres du service II, quant à elles, ont choisi d'organiser des échanges entre les équipes des deux unités fusionnantes. La proposition était la suivante : les personnes volontaires vont échanger leur place avec leur collègue de l'autre équipe sur une période d'un mois. L'objectif de ces échanges est de permettre de faire connaissance, de comparer les pratiques et d'échanger sur les modes de fonctionnement de chacun. Un outil a même été créé (livret de recueil de données) afin de permettre d'alimenter les échanges par des faits. Plusieurs personnes se sont montrées intéressées, et les partenariats se sont déroulés sur plusieurs mois.

La mise en place de cette procédure a été l'occasion pour les CDS de s'intéresser aux impacts qu'un tel bouleversement pouvait avoir sur la dimension psycho-sociale des individus. Elles se sont intéressées au temps de travail des agents car un des services travaillait en 7h50, tandis que l'autre était passé aux 12h. De même, certains avantages sociaux existaient dans un hôpital, et pas dans l'autre. « *Les points d'achoppement ; c'est la crèche et le parking* » m'explique la cadre C. « *Les transports, la famille, les enfants* », ajoute la cadre B, sont des éléments qui ont été très importants lors de la préparation, non seulement des échanges, mais aussi de la mise en œuvre du changement. « *Nous avons beaucoup anticipé tout ça* » me confie-t-elle. En me précisant que pour les agents de son service (le service accueillant) ces questions ont très vite et régulièrement été abordées lors

des entretiens annuels d'évaluation, afin d'identifier les éventuelles difficultés liées au changement à venir. « *On avait une vision beaucoup plus fine de ce qu'était notre personnel, et les difficultés qu'il rencontrait, s'il en avait* » (cadre B).

Cette prise en compte des risques psycho-sociaux a également fait partie de la stratégie mise en place dans le service III, mais beaucoup plus tardivement, une fois que la fusion était effective. Par contre, dans le service I, cette dimension semble avoir été totalement absente. Ce que semble confirmer l'IDE 4 par cette réflexion « *je trouve que le côté humain a vraiment été mis de côté* ».

Enfin, dans l'un des services, le participatif a été poussé un peu plus loin, en rendant les équipes actrices de la gestion d'une partie de l'organisation avant l'ouverture à venir du service: « *on a détaché des gens pour penser l'organisation des postes de soins, l'organisation de la greffe, pour penser les plannings... J'ai estimé que ça leur appartenait autant qu'à moi* » (cadre C). Cependant, il est important de préciser que cette action a été possible car le nombre de personnel avait été augmenté en prévision de la réunion prochaine des deux unités.

○ **Accompagnement**

Aucune CDS n'a bénéficié personnellement d'un accompagnement au changement, même si plusieurs d'entre elles se sont parfois senties soutenues par les cadres supérieurs. La réponse la plus fréquente est « *je me suis débrouillée tout seule* ».

Pour deux d'entre elles, cette insuffisance d'accompagnement a été ressentie comme un manque : « *j'aurais bien aimé être aidée quand même, parce que quand on est tout seul à réfléchir, ce n'est jamais simple. J'aurais aimé avoir d'autres points de vue, d'autres idées venant d'autres personnes* » (cadre A). Cela confirme l'idée de J. BALOGUN selon laquelle le cadre intermédiaire est destinataire du changement au même titre que les autres, et qu'il est important qu'il puisse intégrer le changement pour lui-même, avant de pouvoir le rendre concret pour son équipe⁷⁸. Pour cela, l'accompagnement au changement par sa hiérarchie semble être un élément important (voire indispensable ?) pour faciliter cette démarche. Cette opinion me semble être renforcée par un commentaire issu du Rapport de la mission dite De SINGLY: « *la manière dont l'encadrement se*

⁷⁸ Confer pp 36-37.

positionne lui-même par rapport aux réformes [ici la fusion] et est (ou n'est pas) intimement convaincu de leur bien-fondé, joue un rôle décisif dans la façon dont il tentera(ou ne tentera pas) de convaincre celles et ceux qu'il encadre »⁷⁹. Apparemment, nombreux sont ceux qui jugent nécessaire de proposer aux managers intermédiaires un accompagnement pour intégrer les bouleversements importants dont ils vont avoir pour partie la responsabilité de mise en œuvre, mais dans les faits, rien n'est pensé ni organisé pour mettre en place des actions concrètes.

Cependant, pour pallier cette absence, les CDS ne sont pas à court de ressources et sont capables de faire preuve d'initiatives. L'une d'elles s'est appuyée sur son entourage professionnel : *« l'accompagnement, je dirais que je l'ai eu par un collègue de proximité, ancien dans la fonction. Il m'a accompagné comme il pouvait »* (cadre D).

Les cadres du service II n'ont pas non plus bénéficié d'un véritable accompagnement, mais si l'une d'elles est incapable de dire si cela lui a manqué, l'autre considère que l'investissement de son cadre supérieur dans le processus était suffisamment important pour pallier les éventuels manques.

En revanche, trois des quatre cadres estiment que l'équipe soignante a bénéficié d'un accompagnement, même s'il leur a semblé parfois imparfait, insuffisant ou non formalisé : *« l'accompagnement au changement, c'était au quotidien »* (cadre B). Grâce à la communication, aux échanges, à la mise en place de groupes de travail, les équipes ont pu s'approprier le changement au fil du temps (même lorsque le changement s'est installé en quelques mois) : *« je pense que ça nous a appris à nous connaître, ce qui fait que quand la fusion a eu lieu, on a eu l'impression d'avoir passé cette étape de façon un peu plus calme »* (cadre B). Cependant, une des cadres décrit que l'attention portée aux deux équipes concernées par la fusion a été différente. La cadre D n'a pu travailler qu'avec son équipe, en amont de la fusion, car *« le contexte était conflictuel. Ce qui m'a été demandé, c'est que chacun reste à gérer son secteur d'activité en attendant la fusion »*.

La cadre du service I explique que, de son côté, ce travail d'accompagnement n'a pas pu être réalisé, faute de temps : *« ça a été très rapide. En plus, les IDE étaient éparpillées dans les services en attendant la fusion. Il n'y a pas eu de temps de réflexion »*.

⁷⁹ <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>,

Par contre, elle précise que la cadre supérieure a tout de même organisé des réunions, mais surtout pour gérer les choix d'affectation.

En ce qui concerne les IDE, celles du service I confirment cette déclaration puisqu'elles n'ont pas le sentiment d'avoir été accompagnées en amont de la fusion. En effet, leur service étant fermé, elles faisaient des remplacements au sein de l'hôpital. De plus, leur cadre de l'époque n'était plus présente car elle avait fait une demande de changement d'affectation quelque temps avant l'annonce de la fusion. Lorsque je parle d'accompagnement, l'IDE n°4 me dit « *on discutait entre nous, c'est tout. Parce que lorsqu'on posait des questions, ça restait très évasif. On ne nous a jamais dit clairement les choses* ». Face à cette absence d'accompagnement, les deux IDE ne parlent pas de manque car elles considèrent posséder des capacités d'adaptation importantes qui leur ont permis de faire face à cette épreuve. L'une d'elle concède tout de même que « *l'accompagnement aurait été un plus pour vivre ce changement, parce que psychologiquement, ça a quand même été difficile. Et ça l'est encore aujourd'hui* ». Et elle ajoute qu'au moment du choix de son orientation, l'absence d'accompagnement « *était difficile par ce que là, on est vraiment seule face à son destin* ». (IDE 4).

Par contre, elles nuancent leur réponse en précisant qu'une fois la fusion réalisée, elles ont reçu du soutien de la part du CDS de l'unité, mais aussi de l'équipe qui les accueillait. « *Spontanément, j'ai été accompagnée par certaines collègues* » (IDE 3).

A l'inverse, les IDE du service II semblent avoir conscience d'avoir bénéficié d'un accompagnement important. Cependant, la réponse de l'IDE 1 me laisse perplexe, car, si elle me décrit dans le détail tous les éléments qui ont été mis en place et qui ont permis aux équipes de négocier la fusion le plus sereinement possible, lorsque je lui demande si elle a le sentiment d'avoir été accompagnée, sa réponse est négative.

L'IDE n°2, quant à elle est plus affirmative concernant son ressenti vis-à-vis de l'accompagnement « *Ah, oui. Vraiment. On n'a pas été lâchées dans la nature comme ça* ». Par contre, elle met en avant la possibilité que les deux équipes n'aient pas été accompagnées de la même manière : « *je pense qu'il y a eu clairement une différence. Les CDS avaient besoin du personnel de SL, alors que l'équipe en place à RD n'avait aucune raison de partir. Elles ont peut-être été un peu moins « chouchoutées » parce qu'elles étaient déjà là et qu'elles n'avaient pas leur mot à dire. Je ne pense pas qu'on les a accompagnées de la même façon* ».

4.3.4 Le ressenti des soignants durant le processus

Concernant leur propre ressenti vis-à-vis de la fusion, les CDS disent que ça a été difficile :

- par l'ampleur de la charge de travail que ça a représenté « ça n'a pas été simple car j'ai eu des journées à rallonge » (cadre A),
- mais aussi pour certaines par la durée pendant laquelle il a fallu s'investir complètement, et faire face aux imprévus qui ont jalonné le parcours : « ça a été quand même une fusion ... chaotique, hyper longue, hyper fatigante, et avec des rebondissements sans fin » (cadre C),
- Ou encore à cause du contexte conflictuel dans lequel la fusion se déroulait. En effet, la cadre D a dû faire face à une opposition des cadres supérieurs, mais aussi des médecins, qui étaient convaincus qu'ils réussiraient à faire avorter le projet. « Ça a été un bras de fer tout le temps. [...] Ça a été un vrai frein dans l'organisation et dans la gestion des équipes ».

Mais de bonnes surprises sont également apparues au sein de chacune des équipes. Ce sont : le travail en confiance avec une équipe compétente et motivée (cadre A), un enthousiasme, une bonne volonté et un investissement important des équipes dans le projet (cadres B et C), et un enrichissement et l'émergence de nouvelles compétences (cadre D).

Quant aux IDE, le souvenir qu'elles ont de leur perception du changement à ce moment-là est plutôt bon. En effet, toutes les IDE sauf une me disent s'être très bien senties à ce moment-là, et ne pas avoir eu de craintes importantes. L'IDE 1 dit même « *avoir été contente* » et me dit qu'elle s'y attendait (pour rappel, elle a eu connaissance d'un projet de fusion dès son arrivée dans le service). Quant aux deux autres, l'une me précise juste, qu'une fois « la surprise passée », elle se sentait bien, mais qu'elle était « attristée » parce qu'elle allait être séparée de son équipe alors qu'il y régnait une très bonne ambiance. Mais elle ajoute qu'elle n'avait pas de crainte par rapport à la fusion à venir (IDE 3) ; tandis que l'autre dit avoir seulement ressenti une légère appréhension, mais « *on pouvait avoir des réponses, il suffisait de poser des questions. On avait un moyen de se rassurer par rapport à cette anxiété-là* » (IDE 2).

L'IDE 4 est la seule à parler de difficultés. Pour commencer, elle m'explique que l'ambiance au moment de l'annonce de la fusion était très lourde. En effet, celle-ci intervenait alors que le service était fermé depuis plusieurs semaines (juste pour les congés au départ) et que l'équipe se posait beaucoup de questions concernant son avenir. L'annonce a donc, selon elle, été très difficile à vivre pour elles. « *Il y en a plusieurs qui ont pleuré* ». À ce moment-là, elle dit s'être senti mal à cause de l'incertitude liée aux affectations, de manière collective : « *qu'est-ce qu'on va devenir ? Quels postes on va nous proposer ? Comment vont-ils tenir compte de l'ancienneté* ». Pour elle, ça a été une période de grand stress, avec comme effet un sentiment de mise sous pression, de fatigue, et d'irascibilité inhabituelle « *on s'énerve plus facilement* ». Ce témoignage fait écho aux constatations effectuées par JP. DUMOND, dans son analyse sur les fusions hospitalières, et qui considère que, le plus souvent, les fusions représentent une épreuve pour les professionnels⁸⁰. Le manque d'accompagnement ainsi que le sentiment « *d'être une chose* », d'avoir manqué de « *compréhension et de considération* » majore probablement ce sentiment de mal être.

J'ai été étonné par les témoignages très positifs des trois premières infirmières, car mon étude préalable des analyses réalisées dans le cadre de fusions hospitalières mettait plutôt en exergue le côté difficile et douloureux de ces changements, quel que soit le contexte dans lequel ils se déroulaient.

D'autant que les cadres, lorsqu'elles analysent les réactions des équipes durant ces fusions, font apparaître des réactions plus semblables à celles décrites par la littérature. La cadre D parle de déstabilisation, de sentiments d'injustice, de colère ou de peur de ne pas être à la hauteur, et d'apparition de comportements de « frein » au changement. Tandis que la cadre B parle d'angoisse par rapport à la nouvelle vie dans le service (changement d'organisation, isolement dans le secteur de greffe, « grosse équipe », ...). La cadre C nuance ce propos en expliquant que bien que ça ait été difficile, « *on y allait joyeusement parce qu'on savait qu'on allait vers du mieux* ».

⁸⁰ Confer p 19.

4.3.5 Le rôle du CDS

Finalement, il semble indiscutable pour tous que le CDS se trouve au cœur de l'action et soit un acteur indispensable de la mise en œuvre du projet auprès des équipes.

Pour les infirmières, le rôle du CDS est essentiellement un rôle d'accompagnement, à la fois en communiquant sur l'avancée des projets et en répondant aux interrogations des agents, mais aussi de soutien par sa présence attentive, sa disponibilité et son écoute, et son implication dans le projet. *« Je pense que les cadres ont vraiment été là dans l'accompagnement. On avait des cadres très accessibles. Elles ont toujours été là finalement, de la prise de décision jusqu'à l'intégration complète dans l'équipe »* (IDE 2). Une autre IDE (n°4) souligne la bienveillance de la cadre qui les accueillait au sein de son équipe au moment de la fusion : *« Il a fallu qu'elle aussi s'adapte à une nouvelle équipe. Elle a été compréhensive, accueillante et ouverte. Ça nous a rassurées. Et je trouve qu'on a eu plus de soutien de sa part que de notre cadre supérieur ou de la direction »*. En revanche, elle précise qu'en amont de la fusion, la présence d'un cadre lui a manqué et qu'elle *« aurait aimé avoir quelqu'un à qui parler »*.

Toutes m'indiquent qu'elles n'imaginent pas que la mise en place d'un changement de cette ampleur puisse être menée à bien par les équipes sans la présence d'un cadre de santé à leurs côtés.

Les cadres de santé ont sensiblement la même perception des choses. Elles estiment que l'un des rôles du cadre consiste à transmettre les décisions des supérieurs et à les mettre en œuvre avec l'équipe. Elles décrivent que, dans ce contexte de fusion, elles se sont prioritairement attachées à accompagner le changement. À être dans l'écoute et à communiquer plus qu'à organiser (cadre C). L'accompagnement, selon elles, les amène également à entendre les difficultés des membres de l'équipe au moment où elles se présentent, et à être en capacité de faire des propositions pour les dépasser.

La cadre D ajoute que son travail a permis de structurer l'équipe dans le changement, ce qui a facilité leur cheminement.

Le rôle important de soutien aux équipes revient aussi de façon récurrente dans le discours des CDS. *« Si je les avais laissées se débrouiller toutes seules, ça n'aurait jamais*

collé. Le fait de se sentir soutenues, c'est important aussi pour une équipe ! » (cadre A). Elle poursuit en mettant également en évidence la complexité du CDS qui doit à la fois être un des rouages du changement, tout en garantissant la continuité des soins dans l'unité : « le CDS est indispensable, car il faut une personne qui puisse être le point central et qui recentre un petit peu tout le monde autour de la prise en charge du patient et qui donne l'impulsion ». Cette déclaration vient à nouveau conforter l'idée défendue par J. BALOGUN.

Quant à la cadre B, elle insiste sur son rôle de « *facilitateur de l'information* ». Elle ajoute : « *mon rôle a été beaucoup en termes d'expliquer nos choix, nos valeurs, pourquoi on faisait ça dans ce sens-là* ». Il me semble que, par ce témoignage, elle illustre bien la théorie d'I. VANDANGEON qui définit le CDS comme étant « *le nœud de la conduite dans le changement* », par le sens qu'il va réussir à donner au changement pour ses équipes, et donc à les fédérer. La cadre C me fait part de son étonnement concernant le pouvoir de mobilisation du cadre de santé : « *on a mobilisé les gens au-delà de ce que j'aurais pu imaginer que ce soit faisable. Et parfois, ça fait presque peur d'avoir ce pouvoir sur l'équipe* ».

De son côté, la Mission Cadres Hospitaliers, dans son rapport, caractérise le rôle des cadres de santé comme étant « *un rôle central, dans la mesure où ils se situent comme intermédiaires entre la direction ou les médecins responsables d'unités et les personnels « de base » et dans la mesure où cette position est décisive pour le succès des réformes en cours, les cadres ayant en charge leur traduction concrète et quotidienne adaptée aux circonstances particulières qu'ils sont les mieux à même de bien connaître. On peut donc les appeler la « cheville ouvrière » des changements organisationnels, le pivot autour duquel le succès des projets « tourne* ». »⁸¹. Les rapporteurs complètent leur propos en s'interrogeant sur les méthodes employées par les cadres pour parvenir à « *mettre en œuvre les réformes successives sans trop de difficultés* ». Le constat qu'ils posent, suite à leurs échanges est que « *le fonctionnement qu'ils [les CDS] utilisent repose essentiellement sur des capacités à expliquer, à décoder et à convaincre chacun et tous. Ils travaillent auprès de tous les acteurs de terrain qui le plus souvent n'ont pas accès à l'information pour*

⁸¹ <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>.

connaître les tenants et les aboutissants de ces réformes. [...] Non seulement ils doivent connaître et comprendre mais aussi surtout être polyglottes pour être compris de tous et accompagner le changement. [...] Ils accompagnent inlassablement ou presque tous ces changements »⁸².

Finalement, mon hypothèse de travail considérant le cadre de santé comme un maillon essentiel de la conduite du changement semble faire consensus et être corroborée par tous ces témoignages et publications, en positionnant même le CDS comme un élément essentiel au processus, plutôt que comme un simple maillon.

4.3.6 Le bilan de l'expérience par les professionnelles

La cadre A et l'IDE 4 (service I) commencent par parler de souffrance : souffrance pour les équipes face à cette fusion annoncée tardivement et sans beaucoup d'attention portée aux agents, et sans beaucoup d'explications.

Mais aussitôt, elles rejoignent l'avis du groupe pour convenir que finalement, cette fusion s'avère être un évènement positif dans la vie du service. Les mots qui ressortent de leurs témoignages sont : enrichissement, aventure, partage de nouvelles choses, participation, travail en commun, émergence de nouvelles compétences pour les soignants, échanges sur les pratiques. Même si, l'IDE 4 modère son enthousiasme en précisant : *« on essaye de tourner la page, de repartir. Mais en sachant que ce ne sera jamais comme avant »*.

Même si certaines rappellent combien ça a été difficile, l'énergie qu'il a fallu mobiliser et la fatigue accumulée, le recul sur cette épreuve de fusion permet, de ne faire ressortir que le meilleur.

Une des leçons que les cadres retiennent de cet exercice est que *« seul, on ne peut rien faire »*, et *« qu'il faut pouvoir travailler ensemble pour pouvoir avancer et mettre en place les organisations »* (cadre C et D).

⁸² <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>.

Je garderai, pour conclure, deux visions très optimistes des professionnelles :

- « *La fusion ... au final ça a été très positif, mais à long terme* », ce qui signifie pour moi que le CDS doit faire preuve d'opiniâtreté et ne pas se décourager,
- « *Je pense que ça reste quelque chose de très difficile à réaliser. Mais c'est réalisable !* », commentaire réaliste, mais résolument optimiste !

4.3.7 Ma synthèse

L'analyse des différents entretiens réalisés m'a aidée à mieux comprendre le processus de changement dans le contexte des restructurations organisationnelles à l'hôpital. La richesse des témoignages, mais aussi à la sincérité des propos recueillis, m'ont permis de faire avancer ma réflexion en la confrontant à la réalité des faits vécus par mes interlocuteurs. Voici quelques-uns des constats que j'en retire :

- Les fusions de services sont difficiles et représentent réellement une épreuve pour ceux qui les vivent. Cependant, l'expression de cette difficulté a été beaucoup moins forte que ce que je m'attendais à entendre. En effet, lors de ma revue de littérature concernant le sujet, la notion d'épreuve était très prégnante, ce qui m'avait amené à penser que les personnes interrogées mettraient en avant cette notion avec insistance. Ce qui n'a pas été le cas.
En effet, lorsque j'ai demandé à chacune de me donner deux mots caractérisant, pour elle, les notions de « fusion » et de « changement », au regard de leur expérience, j'ai été très surprise de l'optimisme qui ressortait de leurs perceptions. La fusion s'exprimait pas des mots tels que : lien, regroupement, union, rassemblement, alliance, mélange, complémentarité. Mettant en avant l'idée forte d'une réunion accomplie. Même si quelques CDS objectivaient tout de même l'existence de « difficultés » ou de « bazar ». Quant au changement, les impressions étaient moins consensuelles, puisque j'ai retrouvé aussi bien l'expression de : projet, capacité de faire des choses, nouveauté, intégration, ouverture, adaptation. Mais aussi de : bouleversement, souffrance, galère et perturbation.

Je retiens la parole d'une des CDS qui me semble bien convenir à la situation :
« quelle galère et quelle aventure ! » (cadre C).

Il me semble donc que, lors de cette expérience, ce n'est pas tant la fusion en elle-même qui a été difficile à vivre pour les personnes, que le changement qui l'a accompagné. Ce qui m'amène à rebondir sur la notion d'accompagnement au changement

- Une de mes hypothèses de départ était que la conduite du changement était un des outils nécessaire permettant de favoriser l'appropriation du processus par les équipes. Il me semble que l'analyse fait ressortir que, même en l'absence d'accompagnement, le changement peut avoir lieu et être entériné par les équipes. Cependant, les répercussions négatives inhérentes à ce bouleversement, qu'elles soient individuelles ou collectives et personnelles ou professionnelles, sont significativement réduites lorsque l'encadrement est parvenu à proposer un accompagnement aux destinataires du changement. Cet outil de mise en œuvre de soutien aux équipes semble apporter une réelle aide aux équipes pour traverser ces périodes de mouvance et d'incertitudes, même si certaines sont parvenues à atteindre l'objectif demandé sans avoir pu en bénéficier. J'en veux pour preuve la réflexion de l'IDE 2 : « Clairement, moi je pense que si je n'avais pas été accompagnée comme ça a été fait depuis le départ, depuis l'idée de la fusion, je ne sais pas si j'aurais suivi. [...] Car je me suis parfois demandé si je n'allais pas tout lâcher parce que j'ai vraiment rencontré des difficultés», mais aussi celle de l'IDE 4 : « l'accompagnement aurait été un plus pour vivre ce changement ».
- Le CDS semble, de ce fait, être l'acteur le plus à même d'utiliser cet outil et de mettre en œuvre tout ce qu'il peut (communication, rencontres, explications, attitude participative, travail inter équipe, formation ...) pour amener les équipes à cheminer ensemble vers leur but commun. Tous le reconnaissent comme étant non seulement l'acteur central de la conduite du changement, mais surtout comme étant l'élément clé indispensable permettant de mener à leur terme les réformes voulues par la hiérarchie. Aussi bien les CDS que les IDE lui reconnaissent un rôle de facilitateur mais aussi de fédérateur du fait que, par ses explications et les échanges qu'il crée entre les individus, il permet de donner du sens au changement et d'amener les personnes à le comprendre, l'accepter et finalement à se l'approprier.

- Pour terminer, quelles qu'aient été les difficultés rencontrées lors de ces expériences de fusion, toutes me disent avoir le sentiment d'avoir relevé le défi avec succès. En effet, la vision qu'elles ont de leur service aujourd'hui est qu'un nouveau fonctionnement s'est mis en place et qu'il semble globalement satisfaisant. La notion d'acquisition de nouvelles compétences ou de partage d'expérience ayant permis d'améliorer les pratiques ressort également de leurs discours. Ce qui vient confirmer les conclusions de l'analyse de JP. DUMOND⁸³.
- De plus, la vision de l'équipe est encourageante : la majorité a le sentiment, plusieurs mois après la réalisation concrète de la fusion, d'avoir retrouvé une certaine unité au sein de son équipe, avec un esprit d'équipe certes, modifié, mais bien présent. Certaines me disent, catégoriques que l'alchimie a fonctionné lors de la réunion des deux équipes et que : « on ne fait partie que d'une équipe, avec des IDE qui ont des expériences différents. Il y a quelque chose de nouveau qui a émergé de la réunion de tout le monde » (IDE 2) ou « Je pense qu'on est une équipe assez soudée. Pour moi, il y a un esprit d'équipe » (IDE 3). Tandis que d'autres sont un peu plus nuancées mais également optimistes : « je pense qu'on tend maintenant vers une sorte qu'équilibre » (cadre C) ou « L'esprit d'équipe n'existe pas encore complètement. Il y a de l'entraide, du travail en commun, des choses comme ça, mais ... il reste encore quelques difficultés » (cadre B).

Enfin, ce qui m'a frappé, c'est la vision résolument optimiste que toutes ces personnes m'auront donné de la fusion et du changement. Malgré les difficultés et parfois les douleurs, elles ont fait preuve d'engagement et de professionnalisme

Mais la leçon que je vais retenir suite à tous ces témoignages est que la nature humaine est étonnante et que la bonne volonté et la capacité d'adaptation des individus sont exceptionnelles !

⁸³ Confer p 20.

5 Perspectives professionnelles

Lorsque j'ai entamé ce travail, je ne l'ai appréhendé que très scolairement, comme un exercice rédactionnel rébarbatif, et comme une contrainte majeure. Aujourd'hui, après des mois de doutes, de douleurs, de persévérance mais aussi de bonnes surprises, j'ai le sentiment que cette épreuve m'a permis de progresser dans mon positionnement vis-à-vis de ma nouvelle fonction de cadre de santé. Elle m'a aidée à cheminer d'un état d'infirmière se sentant capable d'exercer des fonctions d'encadrement, à celui d'une professionnelle prête à assumer les fonctions de CDS et à accompagner une équipe soignante au quotidien, avec toutes les difficultés et les satisfactions que cela va comporter.

Cette aventure m'a aussi permis de découvrir ce que représentait le changement, car, même si c'est une notion qui m'était familière, je n'avais jamais perçu tous les bouleversements que cela pouvait sous tendre.

Au travers de cette analyse du changement dans le contexte de restructuration organisationnelle, j'ai aussi découvert que, quelle que soit l'ampleur du processus observé, il n'y avait pas de « petit » changement. En effet, certains individus pourront être considérablement affectés par ce qui leur arrive, tandis que d'autres le traverseront sans la moindre difficulté. C'est pourquoi, je pense que ce que j'ai appris grâce à l'analyse que je viens de réaliser, pourra me servir pour conduire mes futurs projets et accompagner mon équipe (et moi-même !) tout au long du parcours.

De plus, si j'ai choisi ce thème de réflexion, c'est que je sais depuis le début de ma formation, que je vais me voir confier l'équipe d'un service qui a vécu une restructuration de type « fusion de services » il y a plusieurs mois. Il me semblait fondamental de comprendre ce par quoi l'équipe était passée, de comprendre « son histoire », pour pouvoir les connaître et adapter mon management à leur spécificité. Grâce à cette compréhension de leur parcours, je me sens aujourd'hui mieux armée et prête à les accompagner et à poursuivre l'aventure ...

Cet exercice m'a également permis de prendre confiance en moi. En effet, même si la tâche me semblait insurmontable, grâce au travail mais aussi au soutien des uns et des

autres, je suis parvenue à mener ce projet à son terme. J'ai compris grâce à lui l'importance du travail en collaboration et combien il était important de reconnaître les qualités des personnes qui nous entourent et de pouvoir utiliser les compétences de chacun pour permettre l'aboutissement d'un projet. J'espère ne pas oublier cette leçon et m'en servir au quotidien à chaque fois que cela sera possible. Car, comme me l'a dit une des CDS « *tout seul, on ne peut rien* ».

Enfin, je retiendrai également la prise de conscience suivante : les équipes sont composées de personnes qui font preuve de beaucoup de conscience professionnelle, d'engagement dans leur travail et de bonne volonté. Il me semble donc qu'en travaillant avec elles, en les impliquant dans les projets, en les valorisant et en leur accordant ma confiance, nous serons capables de faire de grandes et belles choses !

Finalement, j'ai fini par trouver ce travail très intéressant. Et, à mon grand étonnement, j'y ai même parfois pris du plaisir ! Je le termine cependant avec une légère frustration : celle d'avoir l'impression de ne pas avoir terminé ma recherche, de penser que j'aurais pu creuser encore plus loin ma réflexion. En conséquence, une question commence à revenir avec insistance au fond de moi : pourquoi ne pas envisager de poursuivre l'aventure en m'engageant dans une formation en Master 2 ?

6 Limites et apports de mon travail

Lorsque j'ai débuté mon travail de réflexion, l'ampleur de la tâche à accomplir m'a beaucoup impressionnée. Afin de me rassurer, je me suis lancée dans la lecture de multiples ouvrages ou articles, sans réaliser un tri efficace. J'ai donc perdu beaucoup d'énergie et de temps avant de parvenir à être plus sélective et cohérente dans mes choix. Cette évolution s'est faite dans le temps, et m'a permis de prendre conscience du cheminement que j'étais en train d'accomplir depuis que j'avais intégré l'école des cadres.

En ce qui concerne l'enquête de terrain, il n'a pas été simple pour moi de trouver des établissements et/ou services dans lesquels effectuer mon enquête. En effet, même si les fusions sont de plus en plus présentes dans le secteur hospitalier, j'ai eu des difficultés à trouver des informations concernant des services ayant vécu une expérience de ce type, qui

ne soit ni trop ancienne, ni trop récente, pour pouvoir correspondre à mes critères. Et quand je croyais avoir découvert la « perle rare », soit je n'ai pas reçu de réponse à ma demande d'entretien, soit les caractéristiques de la fusion ne correspondaient pas à mes exigences (trop récente pour cause de retard dans la mise en œuvre). Finalement, grâce au réseau de mes collègues de promotion, mais aussi à celui de mon directeur de mémoire, j'ai pu vivre des rencontres très riches avec les professionnels.

Cependant, il me semble important de préciser qu'étant donné le petit nombre de personnes interrogées, je suis dans l'incapacité de garantir la représentativité de mon échantillon par rapport à l'ensemble des CDS et IDE ayant expérimenté une fusion de services. En conséquence, toute mon analyse est à prendre avec mesure et elle est non exhaustive.

De plus, je me suis trouvée en difficulté pour exploiter le contenu des deux premiers entretiens réalisés. Si je ne m'en suis pas rendu compte sur le moment, il m'est apparu lors de la retranscription des interviews, que la façon dont j'avais posé les questions ou expliqué ce que j'attendais n'était pas assez claire puisque certaines de mes interrogations restaient sans réponse ou les données obtenues étaient hors sujet. Cela m'a permis de retravailler cet exercice, afin d'être plus compréhensible par l'ensemble de mes interlocuteurs.

Difficulté également car j'ai réalisé mes grilles d'entretiens avant d'avoir achevé la rédaction du cadre théorique. De ce fait, il me semble que certains concepts n'ont pas été explorés suffisamment dans les questions posées.

Par contre, ce que je retiendrai de ce long travail de recherche, c'est l'enrichissement important qu'il m'a apporté, tant au niveau de ma culture personnelle que professionnelle.

De plus, les exigences de l'école concernant le travail d'écriture, la mise en page et la réalisation concrète du mémoire, m'ont permis d'acquérir une maîtrise de l'outil informatique ainsi que des outils de bureautique, qui me sera précieuse pour la suite de mon activité.

Conclusion

Ces dernières années, le contexte politique, socio-économique et sanitaire est en perpétuelle mutation. Cela se caractérise, dans le secteur hospitalier, par l'apparition de plus en plus fréquente, de restructurations organisationnelles, et plus particulièrement par des fusions de services.

Les fusions hospitalières, si elles sont toujours vécues comme des épreuves par les destinataires, semblent cependant pouvoir réussir, et aboutir à un fonctionnement satisfaisant du nouveau service créé, à la fois pour les professionnels et pour les patients. Elles semblent également déboucher sur un accroissement des compétences de ces derniers, ainsi que sur un enrichissement professionnel autant que personnel. Cependant, avant d'en arriver à cette conclusion, cela demande un vrai engagement de la part de l'encadrement afin d'aider les équipes à se diriger vers le changement.

D'autre part, ces restructurations sont synonymes de changement et de bouleversement pour les équipes qui s'y trouvent confrontées.

Le changement, depuis la nuit des temps, fait partie de nos réalités quotidiennes, et pourtant, certains affirment que les êtres humains ont naturellement peur du changement. En effet, quel que soit le contexte dans lequel il s'exprime, il est pour eux, souvent synonyme de rupture, de déstabilisation et de destruction du sens que chacun donne à ses actions, à son utilité au sein du système ; et n'a d'intérêt que s'il se caractérise par une évolution positive ou un progrès. C'est pourquoi, lors de la mise en œuvre de ces réformes institutionnelles, il est indispensable de mettre en place des procédures permettant à chacun de s'approprier les nouvelles données.

C'est ainsi que nous avons vu que le cadre de santé tient un rôle majeur dans ce processus de fusion. Son implication auprès de son équipe, ainsi que les outils qu'il met en œuvre pour aider le groupe à traverser cette « épreuve » de la fusion influencent directement les individus et les perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes ou des actions qu'on leur demande de mener. L'accompagnement au changement devient un élément indispensable de la stratégie managériale que le cadre de santé doit mettre en œuvre pour favoriser l'acceptation et l'adhésion des personnels aux exigences institutionnelles.

Certains considèrent même que la conduite du changement est un élément nécessaire à la structuration du projet qui est mené, car il permet de préparer les individus à vivre au mieux les transitions qui se présentent à eux.

Malgré tout, nous avons pu nous apercevoir que les facultés d'adaptation des professionnels sont étonnantes, et sont à la mesure de leur engagement envers l'institution qui les emploie ; et que même sans accompagnement, les fusions peuvent « réussir ». Simplement, nous avons vu que, dans ces conditions, le cheminement se fait dans la difficulté, et souvent au détriment du personnel et de la bienveillance des individus. Toutefois, ceux-ci sont capables de beaucoup de bonne volonté et d'optimisme pour permettre aux réformes d'aboutir.

Ce que je souhaite que l'on retienne de ce travail de recherche, c'est que, même si les changements ne sont pas faciles à vivre et à faire accepter, il existe des méthodes et des outils qui permettent de rendre les mutations acceptables et supportables. L'accompagnement au changement en est un formidable exemple. D'autre part, le cadre de santé est un acteur essentiel de cette transition. Sa connaissance de la réalité du terrain et des individus qui composent son équipe devrait, à mon avis, en faire un atout incontournable pour sa hiérarchie, lors des prises de décisions affectant son unité.

Je terminerai ma démonstration par le témoignage d'une des cadres de santé, résolument optimiste : « La fusion, je pense que ça reste très difficile à réaliser, mais c'est réalisable. En tant que cadre de santé, c'est une expérience extraordinaire ! ».

Bibliographie

Textes Législatifs

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ouvrages

- ALBARELLO Luc. – **Apprendre à chercher : l'acteur social et la recherche scientifique.** 3^e édition. – Bruxelles : Éditions De Boeck Université, 2007. – 207p.
- AUTISSIER David, MOUTOT J-M. – **Méthode de conduite du changement.** 2^e édition. – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – 242 p.
- AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain. – **Conduite du changement : concepts clés.** – Paris : Éditions DUNOD, 2010. – 225p.
- BERNOUX Philippe. – **Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations.** Nouvelle édition. – Paris : Éditions du Seuil, 2004. – 368p.
- BOURRET Paule. – **Les cadres de santé à l'hôpital.** 4^e tirage. – Paris : Éditions Seli Arslan, 2006. – 288p.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. – **L'acteur et le système.** – Paris : Éditions du Seuil, 1977. – 493p.

- HART Josette, LUCAS Sylvie. – **Management hospitalier. Stratégies nouvelles des cadres.** – Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre, 2002. – 174p.
- LETHIELLEUX Laëtitia. – **Faire face à une fusion d’entreprise.** – In : *Guide du Management et du Leadership*, sous la direction de J.L. Muller. – Paris : Éditions Retz, 2008. – pp 627-644.
- ROBBINS Stephen, DECENZO David, GABILLIET Philippe, MOON Henry. – **Le changement et l’innovation.** In : *Management. L’essentiel des concepts et des pratiques.* 6^e édition. – Pearson Education, 2008. – pp 191 à 204.

Articles

- BAREIL Céline. **La résistance au changement : synthèse et critique des écrits.** In : *Cahiers de Centre d’études en transformation des organisations, HEC Montréal. Cahier n° 04-10* – Août 2004. – 17p.
- BAREIL.C, SAVOIE.A. **Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement.** In : *Gestion, vol. 24, n°3*, 1999. – pp 86-94.
- DUMOND Jean-Paul. **Les professionnels de la santé à l’épreuve des fusions d’établissements et de services hospitaliers.** In : *Sciences sociales et santé. Volume 24, n°4*, 2006. – pp 97-127.
- LETHIELLEUX Laëtitia. **La mesure de la réussite d’une fusion par le syndrome du survivant.** In : *Journées d’études sur la carrière AGRH, Congrès de l’AGRH*, 2004. – pp.2619-2635.
- PORTERES Pascale et all. – **Réussir une fusion, d’abord une histoire d’hommes.** – In : *Les cahiers de Bernard Brunhes, Cahier n°17*, décembre 2006. – 75p.

Cours

- Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours de Dominique LETOURNEAU, **Politiques de santé**, 20 septembre, 11 octobre, 15 et 22 novembre, 13 décembre 2011 et 10 janvier 2012.
- Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Isabelle VANDANGEON, **GRH et Conduite du changement**, 18 janvier, 20 février et 25 avril 2012.
- Master 1 2011-2012, Management et Santé, cours d'Anne OLIVIER, **L'analyse du contenu**, 27 mars 2012.

Sources internet

- <http://www.lefigaro.fr/bourse/2010/12/31/04013-20101231ARTFIG00457-fusions-acquisitions-entre-15-et-30-de-hausse-en-2011.php>, consulté le 10.03.2012.
- <https://lms2.declic.qc.ca/Pub/DAD8C413-0542-4449-A20A-E0972981FA66/c09cha.htm>, consulté le 18.02.2012
- <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>, consulté le 02.01.2012.
- <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>, consulté le 28.04.2012.

Table des annexes

- **Annexe 1** : Grille d'entretien des cadres de santé
- **Annexe 2** : Grille d'entretien des infirmières
- **Annexe 3** : Retranscription de l'entretien de la cadre D
- **Annexe 4** : Retranscription de l'entretien de l'infirmière n°4

ANNEXE 1

Entretien de recherche CDS

Question n°1 : Pouvez-vous me dire quelle est :

- 5) Votre ancienneté dans la fonction ?
- 6) Votre ancienneté dans le service concerné par la fusion ?
- 7) La date effective de la fusion dont nous allons parler ?
- 8) Vous apparteniez à l'équipe accueillie, l'équipe accueillante ou aucune des deux ?
(par ex : deux services déménageaient sur un troisième site ? Ou vous arriviez dans une équipe qui venait de vivre une fusion ?)

Fusion

Question n°2 : Association d'idées : donnez-moi 2 mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « fusion ».

Question n°3 : Contexte de la fusion

- 3) Pouvez-vous me « raconter » votre service avant la fusion ?
- 4) Savez-vous pourquoi la décision de fusionner les services a été prise ?

Question n°4 : Réflexion autour de la fusion

- 3) Avez-vous été sollicitée pour réfléchir à la pertinence de réaliser une fusion avec un autre service ?
- 4) Si non, avez-vous perçu que quelque chose se décidait ?

Question n°5 : L'annonce de la fusion

- 3) Comment avez-vous appris la fusion ? Qui vous l'a annoncée ?
- 4) Qu'avez-vous ressenti ?

Question n°6 : La préparation

- 4) Connaissez-vous le délai de mise en œuvre ?
- 5) La fusion risquait-elle d'impliquer une réduction des effectifs ?
- 6) Avez-vous rencontré d'autres CDS ou IDE ayant participé à la mise en place d'une fusion pour retour sur expérience ?

Pour le CDS uniquement :

- 7) Avez-vous participé activement à la mise en œuvre, l'organisation de la fusion ?
- 8) Quelle(s) stratégie(s) managériale(s) avez-vous adopté ?
- 9) Les impacts psycho-sociaux potentiels ont-ils été évalués ?

Changement

Question n°7 : Association d'idées : donnez-moi 2 mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « changement ».

Question n°8 : La mise en œuvre du changement (uniquement pour les CDS)

- 4) Communication ?
- 5) Avez-vous été accompagnée pour vous aider à conduire à votre tour, la mise en œuvre ? Si non, cela vous a-t-il manqué ?
- 6) Comment ce mouvement vers le changement s'est-il passé pour vous ?

Question n°9 : Le travail d'équipe en amont de la fusion (pour les CDS)

- 6) Qui a annoncé le changement à votre équipe ? Comment ?
- 7) Comment le travail de mise en place du changement s'est-il déroulé ?
- 8) Avez-vous sollicité votre équipe pour la mise en œuvre ? De quelle manière ?
- 9) Que s'est-il passé dans votre service entre l'annonce de fusion et le changement effectif ?
- 10) Sentiments perçus par les agents durant ce processus ?

Question n°10 : Si vous êtes aujourd'hui encore en poste dans le service « unifié », pourquoi êtes-vous restée ?

Et si vous ne l'êtes plus, pouvez-vous me dire pourquoi vous êtes partie ?

Question n°11 : Que pouvez-vous me dire du service aujourd'hui :

Question n°12 : Où en êtes-vous dans la construction de la nouvelle équipe ? (pour les CDS)

- 4) Comment s'est passée l'intégration ? Attention portée à tous ? Comment avez-vous géré l'arrivée de la nouvelle équipe ?
- 5) Vision de l'équipe aujourd'hui
- 6) Émergence d'une nouvelle culture d'équipe ?

Question n°13 : Missions d'encadrement du CDS au cours et depuis cette fusion : (pour les CDS)

- 3) Votre vision du rôle du CDS tout au long du processus ?
- 4) Votre positionnement a été modifié ? Si oui, en quoi ?

Question n°14 : Que retirez-vous de cette expérience ?

Quel regard portez-vous sur cette fusion ?

Question n°15 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

MERCI !

ANNEXE 2

Entretien de recherche IDE

Question n°1 : Pouvez-vous me dire quelle est :

- 9) Votre ancienneté dans la fonction ?
- 10) Votre ancienneté dans le service concerné par la fusion ?
- 11) La date effective de la fusion dont nous allons parler ?
- 12) Vous apparteniez à l'équipe accueillie, l'équipe accueillante ou aucune des deux ?
(par ex : deux services déménageaient sur un troisième site ? Ou vous arriviez dans une équipe qui venait de vivre une fusion ?)

Fusion

Question n°2 : Association d'idées : donnez-moi 2 mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « fusion ».

Question n°3 : Contexte de la fusion

- 5) Pouvez-vous me « raconter » votre service avant la fusion ?
- 6) Savez-vous pourquoi la décision de fusionner les services a été prise ?

Question n°4 : Réflexion autour de la fusion

- 5) Avez-vous été sollicitée pour réfléchir à la pertinence de réaliser une fusion avec un autre service ?
- 6) Si non, avez-vous perçu que quelque chose se décidait ?

Question n°5 : L'annonce de la fusion

- 5) Comment avez-vous appris la fusion ? Qui vous l'a annoncée ?
- 6) Qu'avez-vous ressenti ?

Question n°6 : La préparation

- 7) Connaissez-vous le délai de mise en œuvre ?
- 8) La fusion risquait-elle d'impliquer une réduction des effectifs ?
- 9) Avez-vous rencontré d'autres CDS ou IDE ayant participé à la mise en place d'une fusion pour retour sur expérience ?

Changement

Question n°7 : Association d'idées : donnez-moi 2 mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « changement ».

Question n°8 : (uniquement pour les CDS)

Question n°9 bis : Le travail d'équipe en amont de la fusion (pour les IDE)

- 5) Y a-t-il eu un travail de réflexion concernant la mise en place du changement ? Si oui, comment s'est-il déroulé ?
- 6) Avez-vous bénéficié d'un accompagnement pour cheminer vers le changement ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?
- 7) Que s'est-il passé dans votre service entre l'annonce de fusion et le changement effectif ?
- 8) Quels sentiments avez-vous ressentis durant ce processus ?

Question n°10 : Si vous êtes aujourd'hui encore en poste dans le service « unifié », pourquoi êtes-vous restée ?

Et si vous ne l'êtes plus, pouvez-vous me dire pourquoi vous êtes partie ?

Question n°11 : Que pouvez-vous me dire du service aujourd'hui :

Question n°12 bis : Que pouvez-vous me dire de l'équipe aujourd'hui ? (pour les IDE).

Question n°13 bis : Missions d'encadrement du CDS au cours et depuis cette fusion : (pour les IDE)

- 4) Quel a été le rôle du CDS dans ce processus ?
- 5) Qu'est-ce qui vous a semblé essentiel dans les actions du CDS ?
- 6) Qu'est-ce qui, selon vous, a manqué ?

Question n°14 : Que retirez-vous de cette expérience ?

Quel regard portez-vous sur cette fusion ?

Question n°15 : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

MERCI !

ANNEXE 3

Entretien cadre de santé « D ».

Moi : Comme je vous le disais lors de notre premier contact téléphonique, mon mémoire va porter sur la fusion de services. Et mon thème principal, ce sera le changement dans cette fusion de services. Mme F. m'a juste dit que vous aviez été concernée par cette situation, mais je n'en sais pas plus.

Cadre de santé D : Oui

Est-ce que vous pourriez me dire votre ancienneté dans la fonction de cadre de santé ?

Alors, je suis cadre depuis 2004

D'accord, et votre ancienneté dans le service concerné par la fusion ?

Alors, euh, ... on va dire depuis 2004, ... voilà j'ai changé là, en janvier.

D'accord, c'était votre premier poste de cadre alors ?

Tout à fait

D'accord, et la fusion dans le service elle a été effective à partir de quelle date, est-ce vous vous souvenez ?

Alors, il y a eu plusieurs fusions ... (rire)

D'accord

Donc, on va dire qu'il y a eu une vers ... heu ... ça s'est fait en plusieurs étapes. Donc il y a une première fusion qui s'est déroulée disons, on va dire 2005-2006

D'accord,

Oui, à peu près 2005 on va dire, et à près euh... On va dire une autre restructuration, au sein du même service, euh... en 2009

D'accord,

C'était plutôt 2006 et après 2009, voilà.

Du coup la première fusion : est-ce que ça concernait 2 services qui en formaient un 3^{ème}, ou plutôt un service qui en accueillait un autre ?

C'était un service qui en accueillait un autre.

Dans ses locaux alors ?

Oui, oui.

Et vous vous apparteniez à quelle équipe ?

Alors, j'appartenais à une équipe de chirurgie viscérale

D'accord, mais celle qui était accueillie ? Ou c'est celle qui accueillait ?

Celle qui accueillait c'était la chirurgie viscérale, et moi j'étais dans l'équipe qui accueillait

D'accord

Hein voilà

D'accord super, donc vous vous étiez en chirurgie viscérale,

On a accueilli la chirurgie gynéco

Ok, par contre donc l'activité était maintenue en chirurgie et gynéco

Tout à fait

D'accord

Alors après, c'est vrai qu'on ne peut pas vraiment parler,... enfin, quand je vous ai dit 2009 : on ne va pas parler de fusion, on va parler de restructuration ... donc on ne peut pas les mettre dans le même,... c'est en discutant que je me rends compte que...

ça c'est la 2^{ème} étape, c'est bien ça ?

Voilà c'est plus une restructuration, après.

Du coup, moi si cela ne vous embête pas, on va rester sur la fusion, même si après on peut reparler de la restructuration. Le centrage, ça va être plutôt la fusion.

Tout à fait. D'accord.

Du coup si je vous dis fusion est ce que vous pouvez me donner 2 mots qui vous viennent à l'esprit en lien avec ce mot de fusion ?

Euh... Fusion je dirais euh.... Je dirais préparation, anticipation

D'accord, et est-ce que vous pouvez me raconter votre service avant la fusion ?

Alors c'est-à-dire ... euh, ... vous dire un peu ce que c'était ?

SZ : Oui, oui.

Donc service de chirurgie viscérale, un service qui avait un taux d'occupation très bas, une activité assez faible,

D'accord,

Voilà, heu ... Quoi vous dire d'autre ?

Je ne vous ai pas demandé où était situé ce service, dans quelle région ?

À Al ... ?

Ah D'accord, d'accord, c'était déjà Al.... ?

Oui oui.

D'accord, donc, je vous ai coupée ...

Alors c'était un service qui appartenait à l'hôpital d'Al... et donc nous avons accueilli un autre service de l'hôpital

D'accord,

Hein voilà, Donc un service chirurgie gynéco, service de chirurgie gynéco qui était ... les lits se trouvaient, se situaient au niveau de la maternité.

Hum hum

Donc le souhait c'était de séparer maternité et service de chirurgie gynéco. Il y avait aussi une activité chir qui disposait de 10 lits et le souhait ça été de fusionner pour créer une plus grosse unité en diminuant les lits de chirurgie viscérale vous voyez ?

D'accord

Donc la chirurgie viscérale était à peu près au départ à 33 lits, et progressivement, et bien on a diminué. Euh, ... de 33 on est passé à 25, il y a eu cette fusion, avec la chirurgie... même moins, ... 23 quand il y a eu la fusion avec la chirurgie gynéco, et que voilà... ça s'est passé un peu comme ça je dirais.

Donc du coup la décision de fusionner, ça a été une décision économique ?

Euh Oui en quelque sorte, heu ...

Non mais si ce n'est pas ça...

Oui économique, et puis ... oui, oui, si, si, c'est ça euh, ... oui, oui, économique, après, au niveau des ressources humaines aussi, puisque mutualisation du personnel bien entendu, puisque, bon, côté maternité il y avait forcément des sages-femmes et côté chir gynéco, petit service de 10 avec des infirmières, donc voilà au niveau des ressources humaines, c'était aussi l'occasion de pouvoir maintenir une équipe plutôt que 2 petites équipes.

D'accord,

Voilà

La mutualisation du personnel, lors de cette fusion, ça été un point très important et très difficile à gérer. Très difficile, hum.

D'accord Et avant que la fusion soit vraiment engagée, est ce vous avez été sollicitée pour réfléchir à la pertinence de réaliser cette fusion avec un autre service ?

Euh non non non

D'accord. Et sinon, est ce vous aviez senti ou perçu que quelques chose étaient en train de se passer, ou est-ce que ça été brutal et que ça a été une découverte ?

Euh, j'étais jeune cadre, donc j'ai découvert beaucoup de choses à la fois, et donc ça a été un peu brutal quand même ... ça a été brutal pour un management, ...surtout que les médecins ne souhaitaient pas cette fusion. Donc ça a été très difficile.

D'accord et donc vous, quand vous avez intégré ce service en tant que cadre, vous n'aviez pas encore à l'idée qu'une fusion allait être entreprise dans les mois qui suivraient ?

Non, en 2004, du tout, non, non. En tout cas, peut-être que c'était déjà dans les tiroirs mais on ne m'en avait pas parlé, non non, non non, je ne savais pas.

Au niveau du personnel est ce qu'il y avait une stabilité dans votre service avant la fusion ?

Lors de la fusion ?

Non juste avant

Avant, oui oui, oui oui, c'était une équipe assez stable, pas trop d'absentéisme, non non, une équipe qui tournait bien.

D'accord. Au niveau de la réflexion concernant la fusion est-ce que vous avez le sentiment qu'il y a eu une réflexion sur les valeurs défendues par chacun des services, qui devaient être forcément différentes ? Euh est ce que vous avez le sentiment que ça a été pris en compte dans la réflexion ou pas du tout ?

Non, pas du tout. Non non.

D'accord. Comment est-ce que vous avez appris la fusion, et qui vous l'a annoncée ?

Alors la fusion, je l'ai appris par les cadres sup, hein parce qu'il y avait 2 cadres sup.

D'accord et euh ... comment est-ce que vous l'avez appris ... c'était formel ? C'était informel ?

Euh, non au départ c'était informel, informel, oui oui de façon informelle, et après, hum, après il y a eu une réunion, des réunions, et voilà. Après il y a eu une annonce aux agents, et, ... ouais ça c'est fait un peu comme ça,

Et est-ce que vous vous souvenez, à ce moment-là, ce que vous avez ressenti

Euhmmmm pfffff... qu'est-ce que j'ai ressenti ? Non, non, non, pour moi c'était ... j'ai rien.... enfin je veux dire pour moi c'était une mission ... comme une autre, c'était une sorte de challenge on va dire, j'étais jeune cadre, voilà. Après, hum ... après je n'ai pas ressenti la même chose (rires)

Non mais à ce moment-là, à l'annonce ?

Ça ne me semblait pas insurmontable.

Est-ce que vous connaissiez déjà à ce moment-là le délai de mise en œuvre ?

Ah oui oui, oui, oui

Il était de combien à peu près ?

C'était rapide, heu ... alors, si mes souvenirs sont bons,

Approximativement ...

Je réfléchis un petit peu, je crois qu'en pfffff, 4 mois, 3-4 mois

Du coup quand la fusion a été annoncée, est-ce que ça risquait d'impliquer une réduction d'effectifs ? Dans votre équipe ?

Euh dans notre équipe ... non non

Ça ne mettait pas en danger ni les infirmières ni les aides-soignantes

Euh non non, non non.

Est-ce que vous avez participé activement à la mise en œuvre ou à l'organisation de la fusion ?

Oui, oui. Après dans un 2^e temps, oui, oui, tout ce qui était du concret, ... oui oui tout à fait.

Et est-ce que vous avez rencontré d'autres CDS qui avaient participé à la mise en place d'une fusion pour un retour sur expérience ou pas ?

Non du tout

Cela ne vous a pas été proposé ?

Non, non (rire discret)

D'accord, donc justement, dans la mise en œuvre vous me dites que vous avez participé au déroulement. Est-ce que vous seriez capable de me dire quel type de stratégie managériale vous avez adopté ?

Ouf, (rires) Euh... quelle stratégie managériale j'ai adopté à ce moment-là? Euh, je suis partie beaucoup sur le participatif ça c'est sûr. Avec des réunions de travail et, en tout cas avec mon équipe, ... après avec l'équipe qui arrivait euh, ... bon ça a été autre chose... mais avec mon

équipe, je suis partie, oui, voilà, sur du participatif et sur heu ... oui, sur ça. On a fait des réunions de travail, on a essayé de voir ensemble quelle organisation conviendrait le mieux.

D'accord. Et est-ce que les impacts psycho-sociaux potentiels ont été évalués ?

Hummm à long terme alors. Ils ont été évalués à long terme. Pas tout de suite ...

D'accord. Du coup dans cette préparation vous les avez pris en compte ?

Oui, oui.

Et est-ce que vous pourriez me développer un petit peu les principaux qui ont été mis en évidence ?

Hum, le principal, alors, pffff .. qu'est-ce que ça a été le principal, hum... Alors, euh... À l'arrivée, euh, de l'équipe, vous voulez dire, hein c'est ça ?

Oui une fois que la fusion allait être concrète.

Euh, Je réfléchis en même temps car cela fait un petit moment hum.....

Oui je me doute

Eh bien, ça été surtout au niveau de l'équipe, euh, comment dire ? Et bien une rupture ; je ne sais pas comment expliquer ça, je n'arrive pas à vous expliquer. Ça a été, Euh, un éclatement ... vous voyez ? Je ne sais pas si ça répond à la question ?

Si si

Ça a été un éclatement de l'équipe, donc.... Euh ... Complètement, l'équipe a été complètement déstabilisée, euh, ... donc il n'y a pas eu

Alors que vous m'avez dit que pour elles, il n'y avait pas danger, de remise en question, c'est ça ?

Oui, il n'y avait pas de danger de suppression de poste

Oui ...

Mais même sans suppression de poste, le fait de voir arriver une autre équipe et de remettre en place une autre organisation, ça les a déstabilisées.

OK

Ça a déstabilisé. Donc il n'a y pas eu spécialement par exemple d'absentéisme, il n'y a pas eu tout ça, mais l'équipe avait besoin de retrouver des repères

D'accord

Avec l'arrivée d'autres agents, je ne sais pas si...

Si si, ça me parle (rire)...

Et maintenant si on parle du changement et que je vous demande 2 mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis changement ?

Alors changement ... Qu'est-ce que je dirais ? Changement, euh Je vais dire euh..... perturbation, je ne sais pas si c'est bon ?

Si si

Et puis organisation ? Organisation, ouais.... Voilà.

D'accord. Au niveau de la mise en œuvre du changement, est ce qu'il y a eu de la communication qui a été faite là-dessus auprès de vous, donc vous m'avez dit oui de manière un peu informelle avec vos 2 cadres sup, c'est ça

Oui, c'est ça, tout à fait.

Et est-ce que vous avez été accompagnée, pour vous aider, vous, à accompagner à votre tour la mise en œuvre du changement ?

Euh non Je ne peux pas le dire.... il y avait les 2 cadres sup mais..... comme il y avait un contexte de conflit

Quand vous dites 2 cadres sup, vous dites une pour chaque service concerné

Oui, voilà. La difficulté c'est que chaque service appartenait à un pôle, un pôle différent

D'accord

Donc du coup il y avait 2 cadres sup

Hum hum...

Il y a eu une fusion de service sur... oui, un service appartenait à 2 pôles en fin de compte. Donc il y avait 2 chefs de service

D'accord

C'est Ces2 chefs de service ne souhaitaient pas cette fusion.

Au regard du contexte euh.... Voilà, pffff, ils voulaient... voilà, les cadres sup m'ont accompagnée mais bon, au départ les 2 cadres sup n'étaient pas d'accord. Donc du coup, ils m'ont accompagnée ... euh, pffff ...ils me transmettaient les informations on va dire, voilà.

Oui, ce n'est pas de l'accompagnement ça ...

Non. Tout à fait, voilà. Ce n'est pas de l'accompagnement, non, non.

Et est-ce que cela vous a manqué justement, cet accompagnement ?

Oui oui

D'accord

Oui. Donc, l'accompagnement, je dirais que je l'ai eu par un collègue de proximité

D'accord...

Ancien dans la fonction, et qui m'a, par contre, lui, m'accompagné comme il pouvait, voilà. Je veux dire ça a été une personne ressource pour moi

Et la cadre de l'autre service, elle était concernée par cette fusion ? ou elle ne suivait pas ?

Ah, la cadre ? Donc c'est une ... elle était partie à la retraite quelque temps auparavant et il n'y avait plus de cadre dans ce service.

Donc vous étiez seule à bord, avec les cadres sup, pour gérer le mouvement ?

Hum hum

Justement comment ce mouvement vers le changement s'est passé pour vous... avant qu'on parle des équipes ?

Pour moi ? Comment le changement ? Vous pouvez me répéter la question ?

Comment, pour vous, ce mouvement vers le changement s'est passé ? une fois que vous aviez bien intégré qu'il y avait la fusion et jusqu'à la fusion ? est-ce que ça a été un long fleuve tranquille ou au contraire est ce que ça a été violent ?

Non, non. Ça a été difficile pas vraiment au niveau organisation je dirais. Mais le contexte et les conflits avec le corps médical, parce que ça a été un bras de force tout le temps.

D'accord. Donc très conflictuel tout au long

Hum hum. Tout à fait

Alors maintenant, si on parle des équipes, qui a annoncé le changement à l'équipe ? Et comment ?

Alors qui a annoncé le changement à l'équipec'était euh, ... il y avait : direction des soins ... il y avait le directeur, si, si, je me souviens. Il y avait directeur, direction des soins, DRH.

Oui, donc, très formel ...

Ouais, ouais... l'ensemble de l'équipe, et moi et le cadre sup.

Et alors il y avait votre équipe à vous et l'équipe aussi de gynéco, ou simplement la vôtre ?

Non, Il n'y avait que euh ... que la mienne.

Et est-ce que vous savez si ils ont fait la même chose pour l'autre équipe ?

Alors je ne pense pas, je ne pense pas, non non.

Ok. euh... Au niveau donc, de l'évolution du projet, vis-à-vis de l'équipe, est ce qu'il y a eu une communication régulière ? Si oui, à quel rythme ?

Euh, une communication avec la direction ou une communication ...

Soit de vous, soit de la direction vis-à-vis de l'équipe. Plutôt dans ce sens-là pour... Est-ce qu'ils ont été tenus informés régulièrement ? Ou...

Oui, ... enfin moi ... oui oui oui, moi je les tenais informés de l'évolution du projet

D'accord. Et du coup, est-ce que ça se faisait de manière régulière (les réunions étaient programmées, je ne sais pas, une fois tous les 15 jours) ou c'était simplement à chaque fois que vous aviez des nouvelles choses à dire ?

Non c'était à chaque fois. Non il n'y a avait pas de réunions formalisées au final. Il y avait des réunions, mais c'était quand il y avait des éléments nouveaux.

Concernant l'accompagnement des équipes : est-ce que vous avez l'impression que les équipes ont été accompagnées ? Si oui les 2 ? La vôtre ?

Alors, je pense qu'elles ont été accompagnées, ouais. Moi j pense que l'équipe de chirurgie a été accompagnée (chirurgie viscérale), je pense que j'ai accompagné, évidemment, comme j'ai pu au départ, je pense que je l'ai accompagnée. L'équipe qui arrivait, je pense qu'elle n'a pas été accompagnée correctement. Elle n'a pas été informée, voilà, et ça a été très, très difficile pour ces agents.

Pour eux du coup, quand est-ce qu'ils ont pris conscience que leur service allait être fermé pour intégrer le vôtre ?

Oh, Je pense que, assez rapidement. Je pense que, ... enfin ... est ce qu'ils ont pris conscience aussi ? Je ne sais pas, ..., le corps médical.... Euh, les maintenant... le corps médical était persuadé que jamais cette fusion n'aurait lieu. Il y avait un contexte, comment dire ... un peu flou, on dira.

Vous voyez ce que je veux dire, d'un côté la direction avait posé les choses, avait fait des demandes bien précises, et de l'autre et bien, les médecins voilà, disaient que jamais cette fusion n'aurait lieu, qu'ils n'étaient pas d'accord, etc.. Donc c'est vrai que le personnel, je pense que le personnel, notamment le personnel de gynécologie, s'est raccroché à ça.

Du coup vous me dites que vous avez accompagné votre équipe. Est-ce que vous pouvez me donner des exemples Comment vous vous y êtes prise ?

Dans l'accompagnement ?

Oui, qu'est-ce que vous avez utilisé comme méthode, comme outil ?

C'était surtout des réunions de travail, enfin des réunions ... en plus cette équipe ça faisait plus de 2 ans qu'il n'y avait pas de cadre,

Laquelle ? La vôtre ?

La mienne, oui Quand j'ai pris mon poste, ça faisait 2 ans qu'il n'y avait pas de cadre. Oui, oui, il n'y avait pas de cadre de proximité. Donc c'est vrai qu'il y a eu tout un travail à faire aussi sur ... recréer une relation de confiance, parce que, euh, cette équipe gérait énormément de choses, énormément de choses. Ma priorité ça a été beaucoup de travailler avec eux, comme je dis sur le participatif, et, euh, beaucoup de réunions. Enfin, beaucoup de réunions ! J'avais pas la réunionnisme mais beaucoup de temps, temps d'échange. Voilà. Et ça, ça été vraiment une de mes priorités.

Est ce qu'il y a eu un travail en commun entre les 2 équipes ? Le fait que les 2 équipes se réunissent, est-ce que chaque infirmière doit être capable de prendre en charge à la fois les patients de gynéco et de digestif ? Du coup, si oui est ce qu'il y a eu un travail sur les procédures communes, sur les compétences nécessaires pour les unes et pour les autres, et la mise en commun justement de ces compétences ?

Alors, au départ non. Puisque comme il y avait un contexte conflictuel... donc au départ ce qui a été posé, et ce qui m'a été demandé aussi, hein, c'est que chacun restait gérer son secteur d'activité comme auparavant. C'est-à-dire que les infirmières qui étaient en digestif géraient le digestif et les infirmières qui étaient en gynéco géraient la gynéco.

Dans le même service, on est bien d'accord ?

Au départ. Oui. Même avec la fusion. Et après, ça, ça a évolué. Et après, ça a nécessité un travail avec les agents, des formations pour pouvoir développer de nouvelles compétences, des prises en charge différentes. Ça arrive dans un deuxième temps ça.

Au début on vous réunissait dans un même lieu, mais vous n'aviez rien en commun à part le matériel et les locaux, quoi ?

Tout à fait. Sauf pour le personnel de nuit qui d'entrée, s'occupait de tout. Ils n'ont pas eu le choix

Donc, dans votre service, entre l'annonce de la fusion et la réalité de cette fusion, de changement, qu'est-ce qui s'est passé ? Est-ce qu'il y a eu des freins, des difficultés ? Est-ce qu'il y a eu des bonnes surprises ? Quelle était l'ambiance dans le service ? Comment cette période de 4 mois a été vécue ?

Il y a eu beaucoup de freins. Ça a été une période qui a été vécue de façon très difficile par tous, par tout le monde. Tout le monde, oui.

Et à cause de quoi ? Quels ont été les sentiments exprimés à ce moment-là ?

Euh ... Le sentiment c'était un sentiment d'injustice, je dirais ... par les équipes. Et notamment par l'équipe de gynéco.... Qui était complètement délocalisée en fin de compte du reste du pôle.

Et dans la vôtre ... parce que vous m'avez dit que votre équipe avait plus ou moins explosé?

Oui Et en chirurgie viscérale, je dirais ... alors c'était pas une injustice, c'était, pffff, l'impression de voir, ... comment dire, heu, l'impression j'ai envie de dire de « bouche trou » mais ce n'est pas le bon terme (rires) mais un peu de devoir pallier, voilà, à un problème de personnel, voilà, c'était un peu ça, au final, quand j'y repense. Ils avaient l'impression que cette équipe ne pouvait pas fonctionner et qu'en fin de compte, eux on allait devoir leur demander de faire de la gynéco, et travailler en gynéco, de développer de nouvelles compétences, et de devoir « faire à la place de », etc.

Du coup, vous m'avez dit qu'il y avait beaucoup freins. De quel type ?

Les freins ça a été essentiellement, au niveau de l'encadrement hein. Parce que, comment dire, comme il n'y avait pas d'accompagnement, les équipes ont vite repéré que les gens n'étaient pas d'accord, en tout cas que l'encadrement sup n'était pas d'accord avec cette fusion et ce projet. Donc il y avait ça d'un côté. Et après, le corps médical, qui faisait bloc, des 2 côtés. Ça ça a été vraiment un frein dans l'organisation, dans la gestion des équipes. Parce que,... il y a quelque chose qui me revient en mémoire ... lors de la fusion de ce service, donc le service délocalisé, et le chef de service de gynéco qui exigeait tous les matins que l'infirmière se détache de son service pour monter de 2 étages pour aller faire les staffs avec les médecins. Donc là il a fallu que, voilà ... Moi je m'y suis opposée, donc ça a été... Voilà, ça c'est un exemple, mais il y a eu plein de choses comme ça. Donc il a fallu que je me positionne, et donc ça s'est très très mal passé, mais l'infirmière est restée dans le service. Voilà.

Est-ce qu'il y a eu des sentiments perçus de type : peur, colère, je ne sais pas, de la part des infirmières dans ce processus ?

De la part des infirmières ça a été beaucoup de colère au départ. Beaucoup de colère, euh ... de la peur, ça a été dans un deuxième temps, enfin voilà, quand on a mis en place cette organisation, avec mutualisation réellement des agents. Voilà, avec développement de nouvelles compétences, aussi bien en chirurgie qu'en digestif, et là, il y a eu de la peur.

Il y a eu de la peur par rapport à quoi, justement ?

Par rapport à la spécificité. Moi en digestif il y avait quand même des soins particuliers. Par rapport à la prise en charge des patients, au risque d'erreurs...

Peur de ne pas être à la hauteur ?

Oui

Et au niveau des patients, est-ce que vous avez eu le sentiment que ça bouleversait quelques chose, ou est-ce que cette fusion, ils sont passés à travers sans s'en rendre compte ?

Non, ça les a touché, puisque bon ... les agents.... Je pense que ... enfin indirectement, je crois qu'ils ont ressenti un peu après.... Je veux dire ce service de gynéco a été délocalisé dans des locaux ... neufs, donc il y avait ce côté-là qui été assez positif pour l'accueil des patients, donc je ne pense qu'ils ont été très affectés .

OK. Et ceux de digestif ?

Sur le digestif, je pense qu'un peu plus

Est-ce que vous avez des patients chroniques ou pas du tout ?

Euh ...Oui oui,si,si. En plus il y avait à ce moment-là de l'oncologie, des personnes qui revenaient régulièrement (c'était chir digestive avec une spécificité en oncologies donc avec réalisation de chimiothérapies.) Donc ces patient-là revenaient régulièrement. Et eux percevaient très bien la vie du service et connaissaient très bien les agents aussi, voilà. Donc il y avait aussi une relation qui s'était instaurée. Donc eux je pense qu'ils l'ont beaucoup plus perçu que côté gynéco.

Aujourd'hui, si j'ai bien compris, vous n'êtes plus en poste dans ce service unifié ?

Non, du tout.

Est-ce que vous pouvez me dire pourquoi vous n'y êtes plus ?

Alors, pourquoi je n'y suis plus. Pourquoi parce que entretemps j'ai été nommée cadre de pôle et j'étais cadre pôle à 50% et cadre de proximité à 50 %. Et ce type ... depuis ... 2009. Et là, en fin d'année, ça a complètement ... enfin ... ça été très difficile pour moi avec la formation puisqu'il a fallu que je gère la formation, le pôle, la proximité ...

Quand vous parlez de formation, c'est la vôtre ?

Oui, oui la mienne, voilà. Et bon, bah, c'est allé au « clash » avec les médecins, puisqu'ils estimaient que je n'étais pas suffisamment présente dans ... le service de proximité, car je suis passé de temps plein ... à 50 %.

Du coup, votre départ ce n'est pas un choix de votre part ?

Ah Si si , ça faisait un petit moment que je demandais un changement, si, si. Par contre, j'aurais préféré partir pour un poste de cadre de pôle temps plein. Ce qui n'était pas possible, donc j'ai repris un poste de cadre de proximité.

Toujours dans votre service du coup

Non dans un autre service

D'accord. Mais le fait que vous ayez quitté votre service, est-ce que c'est justement en lien avec tout ce processus de fusion, de changement qui a été difficile à vivre ou qui vous a fatiguée ou

est-ce que ça n'a rien à voir , c'était juste que vous aviez fait le tour et que vous avez fait le choix d'aller voir ailleurs ce qui se passait ?

Non, non, ça n'a rien à voir. Par contre c'est vrai que ça a été difficile. Ça a été très difficile pour moi, mais non, mais ça n'a rien à voir. J'avais fait le tour. Moi j'aurais voulu prendre une orientation de cadre de Cadre de pôle à temps plein, ... euh ... c'est pas possible actuellement dans l'hôpital où je suis, donc voilà.

Donc, en se remettant dans la position avant votre départ, qu'est-ce que vous pouvez me dire du service au moment où vous l'avez quitté ?

Ce que je peux dire c'est que c'était un service euh c'est un service qui au final, après ces années et cette nouvelle organisation ... fonctionnait bien. Oui, oui, le personnel en poste a développé des compétences autant en gynéco qu'en digestif.

Donc elles ont travaillé ensemble pour l'acquisition de ces compétences partagées, c'est ça ?

Tout à fait, tout à fait.

Et est-ce qu'il persistait des difficultés ou pas ?

Non, non, non. Non, En fait les difficultés, c'est d'être sur 2 pôles différents, avec 2 chefs de services.

Donc ça, ça persistait ?

Oui

Et est-ce qu'il y a des nouveautés qui sont apparues dans leur fonctionnement que l'on n'aurait pas soupçonné avant la fusion éventuellement ?

Euh, ...Oui des nouveautés, euh Oui on a mis une place une consultation d'annonce, parce qu'il y a avait des patients d'oncologie, une consultation d'annonce avec oncologie digestive et gynéco ; la RCP commune ... Donc tout ça c'est venu après. Après changement de chef de service.

Mais il y a quand même des choses qui ont émergé, positives grâce à cette fusion ?

Oui

Et au niveau de la construction de la nouvelle équipe, ... comment s'est passée l'intégration de l'équipe qui arrivait avec la vôtre ?

Au départ ? Ça a été très, très difficile et très conflictuel. Très conflictuel, ouais. Conflictuel, euh ... une certaine détresse même je dirais

De la part de 2 côtés ou ...

Des infirmières, de gynéco surtout. Surtout.

Est-ce que vous avez l'impression que l'attention a été portée sur tous de la même manière ou est-ce qu'il y a eu plus d'attention portée sur une équipe que sur l'autre ?

Oui plus d'attention portée sur une équipe que sur l'autre, et plus pour la chirurgie digestive.

D'accord. Et du coup, la vision de l'équipe que vous avez eue au moment où vous êtes partie ...

Qu'est-ce que vous diriez de la vision de l'équipe aujourd'hui ? En sachant qu'aujourd'hui c'était hier, mais bon

La comparaison vous voulez dire ?

Est-ce que vous avez le sentiment qu'il y avait l'émergence d'une nouvelle culture d'équipe ou au contraire est-ce qu'il y a une équipe qui a « mangé » l'autre et que c'est cette culture d'équipe-là qui s'est imposée ? ou est-ce que c'était vraiment le mélange des 2 qui a fait naître autre chose ? Ou est-ce qu'au contraire chacune a gardé ...

Hum, il y a une culture d'équipe qui s'est imposée, notamment la chirurgie digestive qui a imposé sa culture. Mais après, euh ... il y a eu une évolution où quand même elle s'est enrichie. Il y a eu un enrichissement de part et d'autre. Donc ça a évolué, si vous voulez. Mais je pense que, quand même la culture de chirurgie digestive reste la plus forte quand même.

Et est-ce que en gardant donc cette prédominance de la culture digestive, est-ce que vous avez le sentiment qu'aujourd'hui si on va dans le service on peut parler d'une équipe ou est-ce qu'on sent encore le clivage de 2 équipes qui travaillent côte à côte, sans avoir vraiment réussi à « faire monter la mayonnaise », on va dire (je sais pas, c'est pas très joli comme terme ...)

UNE équipe ! Là maintenant, oui. Vraiment 1 équipe. Puisque, par exemple, il y a un exemple flagrant c'est que l'infirmière qui avant appartenait au service de gynéco hein, donc, a travaillé sur un livret d'accueil des patients stomisés. Donc, voilà, donc c'est quand même ... ça c'est un exemple concret qui veut dire que ça fonctionne.

Si on considère les missions d'encadrement du cadre de santé au cours et après la fusion, quelle est votre vision du rôle du cadre de santé dans tout ce processus ?

.....

En gros, sous-entendu : est-ce que ça peut se faire sans le cadre de santé ?

Pas du tout (rires). Le rôle ça a été un rôle d'accompagnement, ça c'était primordial. L'accompagnement. Et après, ... tout ce qui était organisation, je veux dire, je pense que ... ça aurait pu peut-être se faire, autrement, mais je pense que là, le cadre ... ça a permis de structurer, ... d'avancer aussi plus facilement ... Enfin voilà.

Si je vous dis que le cadre de santé est central dans ce processus, est-ce que vous êtes d'accord avec moi ou pas ?

Tout à fait, tout à fait.

Le cadre de proximité ? Le cadre sup ? Les 2 ? Un seul des 2 ?

Proximité. Le cadre de proximité : c'est sûr ! Le cadre sup c'est préférable. Moi je vois si les cadres sup avaient adhéré au projet, ... avaient accompagné, les choses se seraient passées différemment, c'est évident

On est bien d'accord que dans votre expérience à vous, l'acteur, le rouage central c'est le cadre de proximité

Tout à fait, tout à fait.

Au cours de tout ce travail, entre vous en tant que jeune cadre dans le service et vous au moment où vous êtes partie, est-ce que votre positionnement a été modifié vis à vis des équipes ?

... oui. Oui, oui.

Et à quel niveau ? En quoi ?

Hum ... au niveau des 2 équipes vous voulez dire ? Alors euh ..., par rapport à ma Comme c'était une équipe... bon en chir digestive c'était une équipe qui avait, euh ... pas eu de cadre, hein, depuis 2 ans, donc là, j'ai pu me repositionner moi en tant que personne qui, ... comment dire, et bien, en tant que cadre, alors ça ne veut rien dire pour vous (rires), ... en tant que personne qui organisait, qui gérait et qui En fin de compte, c'était fractionné eux, dans ce service, chacun gérait un petit bout ...

Du coup cela vous a permis de prendre votre place

Tout à fait, tout à fait. Ouais, ouais ... cela m'a vraiment permis de... C'est tout à fait ça, oui.

Et alors, pour terminer, qu'est-ce que vous retirez de cette expérience

Ce que je retiens de cette expérience, c'est que ça a été très enrichissant, moi j'ai appris beaucoup de choses ... j'ai appris qu'on ne pouvait ... pas mettre en place d'organisation sans l'adhésion des équipes, et que le travail en commun et ...participatif c'était primordial. Donc voilà ce que j'en ai retiré. ... J'étais déjà une adepte (rires) et là j'ai eu vraiment ... ça m'a confirmé qu'il faut pouvoir travailler ensemble pour pouvoir avancer, et pour pouvoir mettre en place des organisations, même si les uns et les autres ne sont pas tout à fait d'accord, mais dès l'instant où les gens participent à l'élaboration du projet, ou d'une organisation il y a plus facilement adhésion, c'est ce qui s'est produit hein !

Et sur la fusion en générale vous porter quel regard ?

Euh ... La fusion en général, ... au final ça été très positif, à long terme. À court terme non, du tout, parce que ça a mis beaucoup de personnes en difficulté, ... en difficultés diverses, mais en difficulté, et que ...voilà je trouve que la communication, la préparation, l'anticipation auraient dû se passer autrement, je pense. Après les gens n'adhèrent pas au projet, donc après c'est difficile de ..., mais bon... Moi après, il y a pas mal d'étapes que je n'ai pas vécues auparavant puisque je suis arrivée ... Je pense que, ... notamment avec le corps médical ... il y a certainement beaucoup d'autres choses à mettre en place pour amener aussi, bah les médecins à comprendre les raisons de ce changement et de cette fusion, et que, peut-être ils n'ont pas entendu et ... peut-être que c'est aux aussi ...peut-être qu'ils n'ont pas entendu toutes les raisons.

Et au niveau de l'équipe, une fois que la fusion a été réalisée, est-ce que ça a engendré des départs importants ? Ou au contraire, est-ce qu'elle s'est stabilisée tranquillement ?

Elle s'est stabilisée. Elle s'est stabilisée. Pas tranquillement par contre. Mais elle s'est stabilisée.

Oui. Ça n'a pas entraîné derrière, un départ massif, au bout de quelques mois en disant : on n'y arrive pas, c'est trop difficile et on va voir ailleurs ce qui se passe ?

Non il y a eu un départ mais ... cette personne je pense qu'elle aurait quitté le service

Et au niveau de la gynéco, est ce que toutes les infirmières sont toutes venues, ont toutes accompagné la fusion ou il n'y a eu que quelques IDE qui ont suivi ?

Non toutes

Donc c'était vraiment la réunion de 2 équipes complètes.

Oui oui. Ah oui, oui, oui.

Je ne sais pas si vous avez, vous, d'autres choses à ajouter, des questions que je n'aurais pas posées ?

Non je ne vois pas trop, là comme ça... non, non, enfin, ça a été une expérience très enrichissante mais très difficile, très très difficile, et je me suis sentie, euh seule. Ouais, souvent seule. Voilà.

Surtout en tant que jeune cadre cela n'a pas dû être très évident.

Non, non, non. Ça n'a pas été facile vraiment. Et dans la gestion des conflits ça a été un peu difficile, ... puisque j'ai eu des agressions verbales ... donc jeune cadre ... j'ai fait une fiche de « violence » parce que je n'en pouvais plus... et voilà, ... donc bon, d'entrée ça commençait mal, on va dire. Voilà ... mais suite à ça, après, ça été terminé. Plus d'agressions verbales. Donc, bon, comme quoi j'ai pu communiquer avec ces gens-là !

Super. Et bien je vous remercie beaucoup

Et bien j'espère que j'ai répondu

C'est très intéressant, parce que ça vient compléter ... On sent que ça a été difficile, mais finalement il ressort du positif ...

Ah oui tout à fait. Ça c'est sûr !

Alors le positif on le voit pas tout de suite mais au final ... moi je vois ... là j'ai quitté le service, donc ... récemment, et quand je fais le point, je trouve que c'est bien. On est arrivé à un résultat quand même ... (sourires) ... quand même très positif ... pour les infirmières qui sont en poste. C'est quand même Même si ça a été douloureux au départ.

Donc ça valait le coup !!

Oui, oui oui, ça valait le coup. Mais ça a été ... voilà ! (rires). Y'a eu des moments, pffffff !

Et bien écoutez, merci beaucoup !

Bon courage pour la suite !

ANNEXE 4

Entretien infirmière n°4.

Moi : Pouvez-vous me donner votre profession et éventuellement votre spécialité ?

Infirmière n°4 : Je suis IDE

Votre ancienneté dans la profession d'IDE ?

Je suis diplômée depuis 1992.

Et votre ancienneté dans le service concerné par la fusion ?

Ça fait 15 ans que je fais du vasculaire

Vous souvenez-vous de quand la fusion a eu lieu ? Vraiment quand vous avez rejoint l'orthopédie.

C'était en novembre il me semble. Octobre ou novembre de l'année ... de 2011. Euh, non, 2010.

Du coup, vous, vous étiez dans l'équipe qui était accueillie, par un autre service, c'est ça ? C'était pas vous qui receviez un service chez vous, c'était vous qui vous transportiez dans un service qui vous accueillait, si j'ai bien compris ? C'est la vasculaire qui allait en orthopédie ?

Oui, c'est ça. Quand le service a fermé, en fait, l'équipe a été dispatchée, enfin, les membres de l'équipe ont été dispatchés ...

Alors c'est curieux parce que, toutes les 2 vous me parlez de fermeture et pas de fusion ?

Et bah oui parce que nous c'est une fermeture ! Nous on l'a vécu comme une fermeture.

Alors que la spécialité a été transférée, on est d'accord ?

Oui. Mais nous on l'a vécu comme une fermeture dans le sens où l'équipe a complètement explosé quoi.

D'accord. Et pourquoi cette équipe a explosé ? Est-ce que vous le savez ?

Eh bien, en fait, parce qu'il n'y avait pas assez de postes. Les IDE qui étaient présentes en vasculaire, il y avait pas assez de postes pour tout le monde en ortho, oui. Pour celles qui voulaient continuer à faire du vasculaire, je parle. Donc du coup, en fait, ils ont procédé par ancienneté. Donc ils ont gardé les plus anciennes de vasculaire, qui sont allées en ortho ouest, et les autres les Plus nouvelles dans le service ont eu d'autres propositions de poste sur l'hôpital.

Si j'entends bien ce que vous me dites, ça veut dire que l'équipe de vasculaire a été éclatée, alors que l'équipe d'orthopédie ... elles en fait elles n'ont pas tellement ...

Il y a eu des changements de service aussi de la part des IDE d'ortho ouest aussi.

Parce qu'elles l'ont choisi, ou parce que ça leur a été imposé aussi ?

Ça je ne sais pas. Je sais que je connais des IDE qui étaient en ortho ouest qui sont parties du service. Y'en a qui sont parties au réveil, d'autres qui sont parties ... Il y a une IDE qui est en ortho sud maintenant ... qui continue à faire de l'ortho. Alors après, est-ce que c'est un choix de sa part ou pas ? Là je ne sais pas, je ne peux pas vous dire. Moi je parle pour moi, je ... voilà.

(rire) Mais c'est ce que j'attends de vous !

Si je vous dis « fusion », donnez-moi 2 mots que ça vous évoque.

.....euh fusion, pour moi c'est synonyme d'alliance, euh, complémentarité, ... voilà.

OK. Est-ce que vous pouvez me raconter votre service (donc le vasculaire) avant la fusion ?

...

Le fonctionnement, l'équipe ... ce genre de choses.

Le service vasculaire initial, c'était une équipe on va dire assez soudée tout de même. Avec un esprit d'équipe assez Assez fort on va dire. Et ça fonctionnait bien. On avait aussi de la gynéco.

On ne faisait pas que du vasculaire. On faisait vasculaire, on avait du thoracique et de la gynéco.

Je sais que la gynéco est partie. Et le thoracique est resté où ?

Le thoracique est resté oui.

Donc vous avez perdu la gynéco ?

Oui, oui.

Et donc au niveau du fonctionnement, il y avait combien de lits, d'IDE ?

On avait 28 lits.

Et on était 3 IDE. Contre 2 maintenant.

Le matin vous voulez dire ?

Oui le matin. On est 3 IDE le matin et 2 l'après-midi.

Vous étiez fixes dans vos horaires ou vous changiez ?

Non on est un coup du matin, un coup du soir, ça dépend des plannings après.

Et avant ?

Pareil, les plannings n'ont pas changé.

D'accord, vous variez. Vous ne faites pas de nuit, par contre ?

Non.

La seule chose qui ait changé c'est qu'on était 3 IDE du matin quand on était en vasculaire, et qu'on se retrouve à 2.

Et l'après-midi on était 2, et là on est toujours 2.

OK. Est-ce que vous savez pourquoi la décision de fusionner les services a été prise ?

On nous a évoqué des raisons d'économie, ... euh ... mais voilà c'est tout ce qui a été ...

Avant qu'on annonce une fusion, est-ce que vous avez été sollicitée pour réfléchir à la pertinence de réaliser une fusion ?

Ah non, pas du tout.

Et sinon, avant qu'on vous l'annonce, est-ce que vous sentiez que quelque chose se tramait ?

Non, pas tout de suite. On nous a dit ... Au départ, on était censé fermer pour les vacances, pour les périodes de vacances comme on fait chaque année, ... un service ferme, et voilà quoi. Et on a nettoyé le service, en vue de rouvrir. Et on a commencé ... on nous a fait nettoyer le service à fond sur une semaine, et le jour de la réouverture, on a commencé à transférer 1, 2, puis 3 patients. Et au 3^{ème} patient, on nous a dit Stop ! Vous arrêtez les transferts. Alors on s'est dit : il y a quelque chose qui ... Et puis, ils retardaient à chaque fois, voyez. Ils retardaient la date de réouverture de service.

Donc là on a commencé à se dire qu'il y avait quelque chose qui se tramait quoi. Mais on savait pas, ... hormis les bruits de couloir, que le service allait fermer.

Et quand vous me dites : on a fermé le service, c'était à quel moment ? le nettoyage, tout ça ??

Euh, alors en fait, c'était en 2010, avant les vacances d'été ... juillet je crois

Donc vous avez pris vos vacances...

Voilà. On a remplacé dans les services et puis on est ... voilà quoi

La réouverture devait se faire à quel moment ?

Septembre. Mais en septembre, on a continué à voguer un peu dans les services euh, dans les autres services ... et on a dû, Je pense ... tenter de rouvrir, fin septembre – début octobre.

En fait, à ce moment-là, ça a fait comme si on ré-ouvrait, le personnel était au complet. On a commencé à faire les transferts des patients qui étaient dans les autres services, donc 1, 2, 3. Et au 3^{ème}, la surveillante chef est venue et nous a dit : vous arrêtez les transferts. Alors là on nous a dit : y'a pas assez de patients pour que le service ré-ouvre. Ça a été la première version.

D'accord, donc les 3 patients ont été renvoyés ailleurs ?

Donc du coup les patients, hop, sont retournés dans les services où ils étaient initialement. Et l'équipe, bah, le lendemain a été redispatchée dans les services, pour remplacer.

Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez appris la fusion et qui vous l'a annoncé ?

Ah bah par la surveillante chef. On a eu une réunion dans la salle de staff, à côté, et on nous a annoncé que le service de vasculaire, enfin les 28 lits de vasculaire allaient fermer, et que on passait à moins de lits mais qu'on allait fusionner avec l'ortho ouest

Et est-ce que c'est une réunion à laquelle tout le personnel avait été convié ? Ou ça s'est fait de manière un peu précipitée ?

Et bien ça s'est fait de manière un peu précipitée quand même, mais tous ceux qui voulaient assister à la réunion pouvaient y être, et y assister.

Et est-ce que vous vous souvenez de ce que vous avez ressenti à ce moment-là ?

Et bien là, on avait l'impression d'être « des choses » quoi. D'être vraiment des pions, voilà quoi. On a vraiment eu le sentiment d'être des choses, des pions On s'est dit : on nous a menés en bateau ! On a eu l'impression d'avoir été vraiment ... menés en bateau.

Parce que vous avez le sentiment que la décision avait été prise depuis longtemps ?

Ah oui, oui. Moi j'en suis convaincue !

Au moment où vous avez eu cette réunion, est-ce que vous saviez quel était le délai de mise en œuvre de cette fusion ?

Non, non. ... enfin on nous a Il fallait qu'on se décide vite pour faire le choix de nos postes, de là où on voulait aller. Et, euh ... non, tout s'est fait très vite mais ... après ... on nous a pas dit dans quel délai ça allait se faire ...

Donc du coup, est-ce que fusion signifiait réduction des effectifs ? Au niveau du service vasculaire, j'entends.

Bah, je pense que oui quand même, puisqu'on était 3 IDE le matin, et on n'est plus que 2 quand même.

Et au-delà de ça, au niveau de l'équipe ?

Au niveau de l'équipe, non. Puisqu'on est la même équipe, hormis le fait que c'est un mélange d'IDE d'ortho et de vasculaire.

Vous voulez dire, au niveau du résultat. Mais au niveau de l'équipe du vasculaire, moi je parle de vos collègues de vasculaire : vous n'avez pas toutes suivi ?

Ah bah non, non.

Donc dès le départ, est-ce que c'était évident, est-ce que ça vous a été dit ... que tout le monde ne pourrait pas suivre, et que du coup

Non, ça ne nous a pas été dit au départ. Non, non, ça ne nous a pas été dit. C'est quand on a vu la liste des postes qu'on nous proposait, on s'est dit : là il y a un problème ! Là on avait carte sur table que l'équipe allait exploser.

À ce moment-là, vous, mais aussi les autres vous avez ressenti quoi ?

Là y'en a plusieurs quand même qui ont pleuré, enfin je veux dire, voilà, ... ça a été... ça a été dur pour nous.

Et vous, dans ce moment-là, est-ce que vous avez eu des craintes ?

Bah des craintes, oui, parce que on s'est dit : qu'est-ce qu'on va devenir ? Où est-ce qu'on va aller ? Quel poste on va nous proposer et ... oui ils vont tenir compte de l'ancienneté, mais de quelle ancienneté ? Enfin ... voilà quoi. Après il y avait des jeunes diplômées qui étaient dans le service ... bah elles se sont demandé si leur contrat allait être renouvelé du coup. Enfin, je veux dire, voilà c'est ... c'est ... beaucoup de stress. Oui, beaucoup de stress.

D'accord. Et ... est-ce que vous avez eu l'occasion de rencontrer des IDE qui avaient déjà vécu une fusion pour pouvoir partager les expériences ?

Non.

Ça n'a pas été proposé ?

Non.

OK.

Si je vous dis maintenant « changement », est-ce que vous pouvez me donner comme tout à l'heure 2 mots auxquels vous pensez quand je vous dis changement ?

... changement c'est ... bah nouveauté, hein. C'est apprendre autre chose. Ça fait ... peut-être pourquoi pas élargir ses connaissances. Pour moi, c'est une ouverture vers quelque chose, le changement. Après, (rires) vers quoi, ça On ne sait pas à l'arrivée mais

Quand j'entends « ouverture », ça me semble plutôt positif ...

Oui, oui, pour moi changement c'est vraiment ouverture.

Est-ce qu'il y a eu un travail de réflexion concernant la mise en place du changement, pour vous ?
Est-ce que vous avez le sentiment qu'entre le moment où vous étiez en vasculaire et le moment où vous êtes arrivée en ortho

Non moi j'ai pas eu, non franchement ... je pense que la plupart vous diront la même chose
En l'espace de 15 jours il a fallu qu'on fasse un choix sur le poste où on voulait aller. Et ça s'est passé de la même manière sur les services de médecine. Où je crois que le délai pour les choix de postes a été encore plus court que pour nous

Donc, pas de réflexion autour de la mise en place

Non ... alors c'est pareil on nous avait dit ... la surveillante chef, qui était présente à l'époque nous avait dit que la surveillante chef qui allait la remplacer, euh ... on aurait un suivi psychologique, et que si on voulait ... voilà, on pouvait prendre rendez-vous avec elle. Et il s'est avéré qu'on a vu personne. Après. Enfin je veux dire, on n'a pas eu de soutien psychologique.... La surveillante chef en question, effectivement, oui elle est présente dans l'établissement, mais à aucun moment on l'a vu pour nous demander comment on allait.

Est-ce qu'il y a eu de la communication quand même qui a été faite pendant tout ce temps-là ? Est-ce que vous avez pu poser des questions, avoir des réponses ?

Disons qu'on posait des questions, mais à chaque fois qu'on posait des questions ça restait très, très évasif... on nous a jamais, en tout cas, dit clairement les choses.

Donc est-ce que vous, vous avez le sentiment d'avoir été accompagnée, au moins par cette communication ou pas ?

Non. Non, non.

Que s'est-il passé dans votre service entre l'annonce de la fusion et le changement effectif ?

..... euh

Est-ce que vous vous souvenez combien de temps ça duré ?

Je dirais un mois, peut-être

Donc, pendant ce temps-là, qu'est-ce qui se passait pour vous ? Vous étiez ailleurs...

Bah on remplaçait dans les autres services. On faisait les bouche-trous quoi, en fait.

Et il fallait réfléchir en même temps à ce qui vous arrivait ...

Réfléchir, non. On n'a même pas eu le temps de réfléchir

Est-ce que vous communiquiez avec les autres filles de votre équipe de vasculaire pour échanger là-dessus ?

Ah oui, oui. On en parlait entre nous. Oui, oui. Ça là-dessus... par contre, l'équipe ... l'ancienne équipe de vasculaire, on est restées ... assez proches les unes des autres.

Et le fait que vous ayez eu ce poste, que vous ayez pu suivre le vasculaire et pas elles, est-ce que ça a créé une dissension entre vous ?

Non, pas du tout. Non.

Euh ... Donc quel(s) sentiment(s) avez-vous ressenti durant ce processus ?

Bah, je vous dis, le sentiment d'être une chose quoi ... euh ... le manque de compréhension. On n'a pas eu le sentiment d'être ... le manque de compréhension. On a eu ... je sais pas ... le manque de considération aussi.

Moi ce que j'aurais voulu, quand on nous a annoncé le changement, enfin ... les restructurations et tout, ... moi je dis : on peut entendre les choses, mais j'aurais aimé quand même que le ... enfin j'aurais préféré que ce soit le directeur de l'hôpital, par exemple, qui vienne au contact des soignants et qui nous annonce le pourquoi du comment et ... et comment ça allait se faire, quoi. Là il s'est avéré qu'il y avait la surveillante chef, euh ... du personnel de la DRH (2 personnes de la DRH) et c'est tout. Point barre. Et quand on posait des questions, euh, on nous répondait mais de manière très fermée, pour qu'on ne puisse pas poser une autre question derrière, c'était vraiment Et moi, ça, je trouve que le côté humain, ouais, pas du tout, c'est ... ça a été vraiment mis de côté.

Aujourd'hui vous êtes restée dans le service « unifié ». Pourquoi est-ce que vous êtes restée ?

Parce que moi je voulais continuer à faire du vasculaire ; et puis je connaissais déjà aussi l'équipe d'ortho ouest, parce que j'ai fait ... j'ai travaillé 3 ans en orthopédie ouest. Parce que pendant une période de ... de ma carrière en vasculaire, j'ai eu envie de changer, donc j'ai basculé sur l'ortho ouest, et j'ai dû travailler deux ans à peu près en ortho ouest. Donc je connaissais déjà l'équipe. Donc c'est un petit peu ... je vais dire que ça m'a rassurée (sourire) aussi de retourner dans un service où je connaissais déjà l'équipe.

Vous aviez besoin d'être rassurée...

Oui quand même. Oui, oui. Oui, oui.

Ça aurait été un service où vous n'aviez pas du tout connu ni l'équipe, ni la spécialité, vous avez l'impression ...

Je me serais adaptée, mais je pense que ça aurait été plus dur.

Mais vous auriez quand même fait le choix de rester en vasculaire ? Vous auriez accompagné cette fusion ? Vous n'auriez pas décidé de partir carrément ailleurs ?

Oui, non, je pense que j'aurais accompagné, oui.

Qu'est-ce que vous pouvez me dire du service aujourd'hui (au niveau de son fonctionnement) ? Quelles ont été les nouveautés pour vous ? les difficultés ... une fois que vous avez intégré le nouveau service ?

Je dirai que la fusion s'est quand même assez bien faite au niveau de l'équipe : l'équipe d'ortho ouest, c'est une équipe qui est sympa. Enfin, ils ont été ... je trouve qu'on a été bien accueillies. Dans le sens où les filles ont bien compris le mal-être qu'on a pu vivre, et ... je dirais qu'elles nous ont bien soutenues quand même. Moralement, enfin, moi je me suis sentie épaulée.

Après, la fusion, non, ça s'est bien passé. C'est ... y'a des choses nouvelles, parce que moi l'ORL, euh le palliatif, c'est pas quelque chose que je connais très bien, donc On a eu quelques fois des patients à accompagner, d'un point de vue palliatif. Moi c'est quelque chose que j'avais pas du tout

abordé jusqu'à maintenant, donc c'est quelque chose de nouveau. Après, bon, l'ortho, je connaissais déjà, donc ...

Quand vous me dites : c'est nouveau. C'est nouveau positif ? Nouveau négatif ?

Non, c'est nouveau positif. Parce que ça permet de ... d'explorer peut-être une facette de mon métier que je... que je n'avais encore jamais exploitée.

Si j'ai bien compris, il n'y a pas eu de préparation en amont, de travail en commun avec les 2 équipes pour ... parce que vous aviez une manière de faire les choses, elles en avaient une autre, service A / service B. Vous avez intégré le service A, on va dire, euh ... vous n'avez pas travaillé ensemble sur les procédures, par exemple. Est-ce que ça vous a manqué ?

(silence)

À moi non, parce que je m'adapte assez facilement. Mais peut-être à d'autres, oui je pense que ...

Mais s'il y avait eu le temps ...

Ça aurait été mieux, c'est sûr !

Vous auriez trouvé ça positif s'il y avait eu la possibilité de le faire.

Oui,oui,oui. Oui, ça aurait été mieux, c'est sûr, s'il y avait eu un temps ... Mais bon en même temps, on ne nous a pas laissé le choix. Tout s'est fait très rapidement.

J'ai bien compris. Mais ce que je veux comprendre c'est est-ce que ça a pu être un manque pour vous ?

Pour moi non. Parce que quand ça fait quelques années qu'on travaille, bon, je pense que c'est plus facile de s'adapter dans un nouveau service. Je pense que si même aujourd'hui je devais aller dans un autre service ...

Le fait d'être accompagnée ? , ... ce n'est pas nécessaire pour vous ?

Si, si. J'ai pas dit ça ! (rires)

Non mais si je devais changer pour un autre service, je veux dire, au niveau adaptation, ça ne me poserait pas de problème. Maintenant, là, la façon dont ça a été fait ... dans les conditions où ça a été fait là, non.

Mais l'accompagnement aurait été un plus pour vivre ce changement. Qu'on n'a pas eu ... qui a été totalement absent. Il faut dire les choses comme elles ont été faites.

Au niveau des CDS, que ce soit ... si j'ai bien compris, la cadre de vasculaire n'a pas suivi, et vous avez récupéré la cadre qui était déjà en poste en ortho, c'est ça ?

Oui

Donc, quand vous êtes arrivée, Mme M. était déjà cadre du service d'ortho et est devenue votre CDS ?

Tout à fait

Est-ce que vous avez l'impression que l'une ou l'autre de ces cadres ont eu un rôle dans cette fusion et dans votre accompagnement ?

Ah oui, oui, quand même.

Pouvez-vous me décrire ce qu'a été ce rôle : de l'une, de l'autre, des deux ?

Disons que Mme M. quand on est arrivées ... euh ... elle, il a fallu qu'elle se réadapte à une nouvelle équipe on va dire. Et puis nous aussi à un nouveau cadre. Mais je trouve que c'est pareil elle a été assez compréhensive et ... accueillante, enfin je vous dire ouverte, quoi.

Et par contre je trouve qu'au niveau aide et soutien, on a eu plus de soutien de la part de Mme M. que des cadres sup ou de la direction.

Et avant que vous intégriez le service, dans cette période où vous ne saviez pas trop ce que vous alliez devenir, est-ce que Mme M. ou votre ancienne cadre ont joué un rôle ?

Mme M. en fait on la côtoyait pas. Jusqu'au moment où ... on a commencé à la côtoyer quand on a été en ortho ouest. Avant on, on ne se parlait pas plus que ça.

Donc avant que vous intégriez son service, vous n'aviez pas de contact. Et votre CDS de l'époque, est-ce qu'elle était présente pour répondre à vos questions, pour vous soutenir ?

En fait notre cadre de l'époque, euh ... elle, elle avait fait sa lettre pour partir du service déjà depuis quelques temps.

Donc avant cette annonce de fusion ?

Oui. Et euh ... du coup elle allait partir dans un autre service. Et en fait, c'était une faisant fonction qui était là avec elle qui a pris le relais au moment où le service allait fermer. Donc c'est la faisant fonction qui a géré tous les problèmes, enfin ...

Et est-ce que vous avez l'impression qu'elle a joué un rôle à ce moment-là auprès de vous, ou pas ?

Bah en fait non. On avait le sentiment qu'elle contrôlait rien, qu'elle était vraiment ...

Elle-même ne savait même pas comment tout ça allait se tramer, donc ... Elle était dépassée aussi, comme nous quoi.

Et est-ce que ça vous a manqué d'avoir quelqu'un sur qui vous pouviez vous appuyer ?

Oui. On aurait aimé avoir quelqu'un à qui parler avoir des explications au moins ... un peu plus claires quoi ... Ou alors quelque chose d'un peu plus sincère, quoi, on va dire, parce que Il avait des sous-entendus, des bruits de couloirs. Tout s'est fait par les bruits de couloir « oh le vasculaire va fermer, et tout ... ». Voilà.

Mais de la part des cadres par contre c'était silence complet, silence radio.

Qu'est-ce que vous retirez de cette expérience ?

Je sais pas (rires). Je ne sais pas quoi vous dire Euh beaucoup de souffrance sur le moment. Beaucoup de souffrance sur le moment parce que ça a complètement explosé une équipe pour lequel on avait un bon esprit, une bonne entraide. Puis après, ben ... on essaye de tourner la page, hein. Et de repartir. Mais en sachant que ce sera jamais comme avant ... voilà.

Et est-ce que vous avez l'impression –maintenant ça fait à peu près 1 an ½ c'est ça ? c'est pas si vieux que ça – est-ce que vous avez l'impression d'avoir dépassé ce cap de ...

Dépassé, non, non. C'est pas dépassé.

Et puis bon, il faut pas oublier quand même qu'il y a des collègues, c'est pareil ...euh Des collègues qui ont ... qui étaient un petit peu sur la paille, entre guillemet, pour qui ils ont proposé un service d'hospitalisation de semaine, ... heu Ce service a dû tourner sur 2 / 3 mois, et, arrivé là, leur service a encore fermé. Et ces filles-là elles ont revécu encore de nouveau un changement de service.

Et à chaque fois elles ont été replacées ailleurs ?

Oui, là elles ont été réintégrées en salle de réveil, en réa ...

Ça c'est pire encore ! Je me dis, dans cette histoire-là, bon, nous on a vécu une fermeture, entre guillemets, de service. Elles, elles ont vécu 2 fermetures coup sur coup quasiment. Donc là c'est ... à mon avis, au niveau psychologique et ... enfin, c'est encore plus dur quoi.

Mais si j'entends bien, ça a quand même psychologiquement été difficile pour vous ?

Ah oui, oui. Carrément.

Et ça l'est encore aujourd'hui.

Et l'accompagnement psychologique qu'on vous avait annoncé et qui n'a pas eu lieu vous a-t-il manqué ?

Ah oui. Si ça a avait été possible, j'aurais aimé en profiter.

Est-ce qu'on peut dire que l'accompagnement, quel qu'il soit, aurait été nécessaire pour vous ?

Ah oui. Oui, oui.

Ah par contre, ce qu'on nous a proposé, lorsqu'on nous a fait des propositions de poste c'est d'aller dans les services pour découvrir ... faire des journées découvertes. Alors ça j'ai trouvé ça quand même ... bien. Mais c'est vrai que sur 1 journée on a du mal à se rendre compte aussi de comment fonctionne un service.

Mais ça, par contre, j'ai trouvé ... c'est le seul, on va dire, côté positif que j'ai trouvé dans cette histoire.

Le seul ?

C'est le seul !

Dans votre activité aujourd'hui, il n'y a aucun autre point positif que vous pourriez faire ressortir de votre expérience dans le service depuis 1 an ½ ?

Bah le point positif c'est qu'on si je vous dis ça nous ouvre vers d'autres spécialités. Donc ça c'est un point positif aussi quand même. Mais ... voilà quoi Après on retrouvera jamais l'équipe qu'on avait initialement.

Qu'est-ce que vous diriez justement de l'équipe aujourd'hui ?

L'équipe aujourd'hui elle est sympa, mais c'est pas notre ancienne équipe (rires)

Est-ce que quand même vous avez l'impression qu'il y a ... que vous avez réussi à créer un esprit d'équipe ? que vous êtes intégrées dans cette équipe ? Ou est-ce que vous vous sentez un petit peu à côté ...

Non, on se sent quand même intégrés. Oui. Et je dirais que bon, le service de vasculaire, je pense a apporté des choses au service d'ortho, et vice versa. Je pense que l'un et l'autre on s'est apporté mutuellement des choses. Je pense.

(silence) C'est aussi ça le côté positif d'une fusion aussi je pense.

Et du coup, ça a modifié votre manière de travailler le fait d'être confrontée à de nouvelles pratiques ?

Non, franchement non.

Vous n'avez pas mis en place des procédures communes ?

En fait nous en vasculaire, c'est un peu ... comment dire particulier. Parce que c'était plutôt ... c'était souvent nous en fait qui mettions un petit peu ce qu'on voulait sur les pansements. Enfin, disons que la plupart c'était quand même des anciennes IDE qui étaient ici à la base. Donc nous les nouvelles arrivées on a suivi ce que faisaient les anciennes ...

OK. Et aujourd'hui ?

Alors aujourd'hui, les patients de vasculaire, justement les filles d'ortho au départ avaient du mal parce que, bah ... elles ne savaient pas, des fois, ... elles nous appelaient pour nous demander : qu'est-ce que tu mettrais, toi, pour le pansement.

Il y a des pansements qui sont un peu complexes. Certains de nos pansements (les VAC), les filles d'ortho n'en faisaient pas beaucoup.

Donc vous avez appris aux filles d'ortho à s'occuper des patients de vasculaire ?

Bah oui. Même les drains thoraciques, y'en avait quand même qui ne connaissaient pas forcément comment gérer les drains.

Aujourd'hui, dans le fonctionnement, n'importe quelle IDE peut prendre en charge n'importe quel patient dans le service ?

Là oui.

Et du coup, est-ce que vous aussi vous avez dû apprendre de nouvelles pratiques par rapport aux patients d'ortho ou d'ORL ?

Par rapport aux patients d'ORL, oui. Il y a des choses des fois que, vice versa, nous on demande aussi aux filles ...

Finalement, il n'y a pas eu de temps de formation spécifique prévue pour ça ?

Non. Tout s'est fait sur le tas.

On s'entraide et on s'apprend les choses entre nous. Mais après non, il n'y a eu aucune formation.

Et donc quel regard vous portez sur cette fusion ?

(long silence)

On va essayer de dire ... un regard neuf (sourire). Non, je sais pas. Franchement ... c'est difficile de dire Bah oui un regard positif quand même. Parce que bon C'est une bonne équipe quand même l'ortho

Je dirais qu'au niveau personnel, on forme une bonne équipe. On s'entraide beaucoup entre nous. Heureusement, je vais dire qu'on a un bon état d'esprit entre nous. Parce que, bon, c'est vrai, comme je vous disais : au niveau de la direction et tout ça, c'est ... l'absence totale. Aujourd'hui encore. Il n'y a pas de soutien. Rien ...

Je suis un peu blasée sur la manière dont on a été ... manipulés.

Vous avez vraiment ce sentiment-là !

Ah oui..... oui.

Et malgré tout, vous réussissez à ressortir de nombreuses choses positives.

Il faut bien ... sinon on sombre. Il faut essayer de positiver.

Moi je dis il vaut mieux prendre ça comme une ouverture parce que sinon ...

Est-ce que dans votre vie personnelle, tout ça a eu un impact aussi, ou pas du tout ?

Bah oui quand même, parce qu'on s'énerve plus facilement, on est un peu sous pression, c'est C'est le stress quoi. Oui c'est la période de stress. Et puis on se dit bon : est-ce que ça va aller, est-ce que je vais me sentir bien ? Alors après c'est pareil on a aussi ... on se culpabilise un petit peu, parce que bon, moi je faisais partie des plus anciennes. Donc je me dis que peut-être une autre fille de l'équipe que moi qui aurait voulu continuer à faire du vasculaire. Et en fait, on a un peu le sentiment de voler la place d'une autre. Enfin, je ne sais pas comment vous dire. C'est un peu ça quoi. Sur le moment on pense vraiment à ça quoi. Donc à un tel point qu'à un moment donné je voulais aller en psychiatrie. Donc j'avais proposé comme poste la psy ... parce que, je me suis dit : bon bah, j'ai déjà vu pas mal de choses, alors la psychiatrie pourquoi pas. En plus j'ai fait ma formation à VE., je ... j'aimais bien aussi, ça ne me déplaisait pas.

Mais là, ce n'était pas un choix ? C'était plus pour ne pas prendre la place d'une autre ?

Voilà. En quelque sorte oui.(rires). Non mais bon c'est ça. C'est des choix difficiles parce qu'on vous demande de prendre une décision sur votre carrière, entre guillemets ... en l'espace de 15 jours il faut faire un choix ! Bah oui mais, qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je continue à faire du vasculaire ? Est-ce que ... je change complètement ? Est-ce que Voilà . Et là on se dit ça peut aussi être un virage dans notre carrière et changer complètement. Mais est-ce qu'on fait le bon choix ? Le mauvais ? On sait jamais.

Et comme y'a pas eu d'accompagnement c'est d'autant plus difficile parce que là on est vraiment seule face à son destin, c'est le cas de le dire.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS - Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme cadre de santé
DCS@11-12**

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

FUSION DE SERVICES : RÉUSSIR LE CHANGEMENT

AUTEUR

Sandrine ZIRNHELT

MOTS-CLÉS

Fusion, Changement, Accompagnement au changement, Résistance, Cadre de santé.

KEYWORDS

Merger, Change, Implementation of change, Resistance to change, Health manager.

RÉSUMÉ

Depuis quelques années, le monde de la santé est en train de subir des changements d'organisation importants tels que les restructurations. Ces réorganisations risquent d'être encore plus fréquentes dans les années à venir. Ce travail vise à analyser leur mise en pratique sous la forme de fusions de services, dans le secteur public hospitalier. Il a également pour objectif de réfléchir à la place du cadre dans ce processus, ainsi qu'à ce qu'il met en œuvre pour mener à bien ce travail. Après avoir décrit le contexte de la fusion, nous nous intéresserons à un des outils managériaux à la disposition du cadre, à savoir : la conduite du changement.

En effet, le changement est inhérent au processus de fusions. Nous verrons que, suivant les situations, il peut s'avérer être aussi bien source d'inquiétude que d'optimisme. Nous nous demanderons donc comment le cadre de santé peut, par ses actions, favoriser l'émergence et la pérennisation d'une culture professionnelle commune permettant à la nouvelle équipe d'assurer qualité, sécurité et continuité des soins, dans un contexte de travail favorable. Pour cela, nous étudierons l'accompagnement au changement comme outil indispensable à mettre en place pour atteindre l'objectif recherché, tout en recherchant s'il existe des méthodes éprouvées qui permettent de réussir l'accompagnement au changement des équipes soignantes.

ABSTRACT

In the recent years, the world of the health care has been undergoing important changes of organisation in the form of reorganisations. These reorganisations are likely to be increasingly frequent in the years to come. The present work aims at analysing their implementation in the public hospital sector, in the form of mergers of several departments. Its purpose is also to consider the place of the health manager in this process, as well as what he/she can set up to bring this task to a successful conclusion. After having described the context of the merger, we shall focus on one of the managerial tools at the disposal of the health manager : change management.

Indeed, change is inherent in the process of mergers. We shall see that, depending on situations, it can turn out to it as well as a cause of concern as of optimism. We shall thus consider how the health manager can, by his actions, encourage the emergence and the sustainability of a common professional culture allowing the new team to ensure quality, safety and continuity of care, in a favorable context of work. For that purpose, we shall study change management as an indispensable tool to achieve the expected purpose, not without wondering if there already are well-tried methods which lead to success in change management for medical teams.