



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : décembre 2002

**L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE LA
RECONVERSION EN TEMPS REEL DE L'HOPITAL
ROTHSCHILD : QUELS LEVIERS ET QUELS FREINS
POUR TRANSFORMER LA CONTRAINTE EN
OPPORTUNITÉ ?**

Céline CASTELAIN

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement :

Laetitia Laude, directrice de mémoire, pour son écoute attentive et ses conseils méthodologiques ;

Elisabeth de Larochelambert, Directrice de l'hôpital Rothschild, pour sa disponibilité et sa bienveillance ;

Isabelle Dufour, Directrice des Ressources Humaines, pour ses conseils amicaux et ses idées précieuses ;

L'ensemble des personnes rencontrées au cours des entretiens, qui ont constitué autant de moments intéressants, drôles et parfois émouvants, bien plus qu'une étape de travail ;

Sébastien, pour son soutien de tous les instants.

Sommaire

INTRODUCTION	6
METHODOLOGIE	9
1 - DE NOMBREUSES CONTRAINTES PÈSENT SUR LA CONDUITE HUMAINE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL	11
1.1 Une reconversion en temps réel imposée de l'extérieur	11
1.1.1 Les origines : le SROS Ile de France constate un déséquilibre dans l'offre de soins de l'Est parisien.....	11
1.1.1.1 La planification sanitaire comme réponse aux besoins de santé des Français	11
1.1.1.2 Le choix de l'hôpital Rothschild.....	13
1.1.2 Le contenu du projet de reconversion en temps réel de l'hôpital Rothschild	16
1.1.2.1 Le projet médical du futur Rothschild.....	16
1.1.2.2 Le déroulement prévu de la reconversion de l'hôpital Rothschild	18
1.2 A l'intérieur de l'hopital, de multiples freins au changement	21
1.2.1 Les agents face au changement : de la rumeur au deuil	21
1.2.1.1 De la rumeur à la résistance au changement.....	22
1.2.1.2 Du deuil à l'adaptation en fonction des motivations individuelles	27
1.2.2 La structure hospitalière : rigidité et diversité	36
1.2.2.1 Un changement lent à mettre en œuvre.....	36
1.2.2.2 Un changement pluriel.....	43

2 - PLUSIEURS DISPOSITIFS PERMETTENT CEPENDANT D'ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT	49
2.1 L'accompagnement social des personnels en œuvre à Rothschild	49
2.1.1 Le principe : une éthique de la transformation	49
2.1.1.1 Des engagements institutionnels	49
2.1.1.2 Un accompagnement individuel.....	55
2.1.2 La mise en œuvre : un accompagnement collectif et individuel	59
2.1.2.1 Informer et communiquer sur le changement.....	59
2.1.2.2 Former pour aider à changer.....	68
2.2 Des perspectives pour un changement social mieux maitrise	71
2.2.1 Une réflexion en amont et en aval de la reconversion.....	71
2.2.1.1 Prévoir le changement : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ..	71
2.2.1.2 Evaluer l'accompagnement social et suivre les agents.....	74
2.2.2 Une participation accrue des agents	76
2.2.2.1 Développer le management participatif	76
2.2.2.2 Bâtir une nouvelle « culture d'établissement »	77
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
LISTE DES ANNEXES.....	87

Liste des sigles utilisés

AS : Aide-soignant(e)
AP-HP : Assistance Publique- Hôpitaux de Paris
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARHIF : Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France
BBL : Broussais, Boucicaut, Laennec
CCM : Comité Consultatif Médical
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CI : Cadre infirmier
CLD : Congé longue durée
COM : Contrat d'objectifs et de moyens
CRH : Conseillère en Ressources Humaines
CSI : Cadre supérieur infirmier
DRH : Direction des ressources humaines
DS : Direction des soins
ETP : Equivalent temps plein
FAE : Formation d'adaptation à l'emploi
FASMO : Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé
GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IFMK : Institut de Formation des masseurs-kinésithérapeutes
MIT : Maladies infectieuses et tropicales
PNM : Personnel non médical
PPP : Parcours et projets professionnels
PSPH : Participant au service public hospitalier
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR : Soins de suite et de réadaptation

INTRODUCTION

Depuis la parution de la loi du 31 juillet 1991 et des ordonnances du 24 avril 1996, le paysage hospitalier français est en pleine recomposition.

Cette législation procède en effet d'une volonté de remodeler l'offre hospitalière française en fonction des besoins de santé. Les pouvoirs publics ont cherché à réduire l'inégalité et à promouvoir la qualité et la sécurité dans l'accès aux soins, tout en maîtrisant les dépenses de santé. Ces objectifs, partiellement contradictoires, correspondent à la nécessité de passer d'une approche quantitative de la planification sanitaire à une approche qualitative, en répartissant désormais les moyens en fonction d'objectifs de santé publique, afin de rationaliser et d'optimiser le système de soins français. *« Il s'agit de passer à une offre de soins plus globale, calée sur une approche locale des besoins et sur une affectation optimisée des moyens, au plus près des bassins de population »*¹.

*« Avant, l'évolution se faisait par addition : octroi de moyens nouveaux ; elle se fait désormais par substitution »*². Cette logique nouvelle suppose donc une redistribution des moyens et le développement des complémentarités entre établissements, dans le but de supprimer les services hospitaliers en doublon et de développer les disciplines insuffisamment représentées.

L'institution hospitalière française doit réussir ce changement, en faisant preuve d'une *« capacité de réaction, d'invention de nouvelles réponses, de nature à la remettre en phase avec son milieu social et économique et assurer ainsi sa pérennité »*³.

Dans la mesure où *« la restructuration consiste à donner une nouvelle organisation au plan technique, c'est-à-dire à chercher à organiser autrement les soins hospitaliers »*⁴, elle peut constituer un moyen d'améliorer l'offre sanitaire.

Il existe plusieurs formes de restructuration hospitalière : les fusions entre établissements publics, les fusions public-privé, la création de fédérations, le développement de coopérations, les suppressions d'activités et/ou de sites, les transferts d'activités et, enfin, les conversions de disciplines.

¹ CHATAURET A., RENAULT C. et YAHIEL M. Réforme hospitalière : comment maîtriser les changements. *Gestions hospitalières*, n°371, Décembre 1997, p.808.

² LAMY Y. *Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux*. Rennes : Editions ENSP, 1995, p.44.

³ ARBUZ G. et DEBROSSE D. *Réussir le changement de l'hôpital*. Paris : InterEditions, 1996, p.14.

⁴ Les restructurations hospitalières sur la période 1994-1997. *Cahiers hospitaliers*, n°139, Octobre 1998, p.23.

Dans tous les cas, l'objectif est d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population en répondant notamment aux besoins nouveaux de soins de suite et de réadaptation et au vieillissement de la population : « *une restructuration est un moyen et non une fin* »⁵.

La restructuration de l'hôpital Rothschild, établissement de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), constitue une illustration de cette logique. Ancien hôpital de soins aigus, cet établissement a été choisi au milieu des années 1990 pour devenir un hôpital de soins de suite et de réadaptation à destination des personnes âgées et handicapées. Cette spécialité est insuffisamment représentée au niveau national et dans l'agglomération parisienne en particulier. D'une manière générale, « *la mutation du tissu hospitalier s'opère essentiellement par conversions de discipline vers la médecine, les soins de suite et les soins de longue durée* »⁶.

L'hôpital Rothschild est donc en pleine reconversion, une reconversion «en temps réel», sans fermeture des services : l'ensemble des services de soins aigus est transféré vers d'autres sites de l'AP-HP, tandis que de nouvelles activités, centrées sur la rééducation et la gériatrie, sont implantées au sein de l'hôpital Rothschild.

Entamée en 1996, avec le transfert à l'hôpital Tenon de la chirurgie vasculaire, cette reconversion s'étalera sur une dizaine d'années, jusqu'au départ de la maternité et de la chirurgie plastique et reconstructrice à l'horizon 2006-2008.

Réussir une telle opération est une entreprise difficile, car la restructuration hospitalière « *touche à des modes d'organisation, mais implique surtout des hommes, avec leurs craintes, leurs espoirs, leurs difficultés, leurs aspirations, leurs atouts et leurs compétences* »⁷. L'hôpital est en effet une entreprise de main d'œuvre : 70% des dépenses hospitalières concernent la rémunération du personnel. C'est pourquoi, il faut certes « *préparer et conduire administrativement et techniquement la restructuration. Mais plus encore, il faut la gérer humainement en permettant aux agents concernés d'en comprendre la nécessité, de s'y accoutumer et de s'y préparer* »⁸. Il existe une certaine contradiction entre un impératif de mobilité du personnel, enjeu de réussite des restructurations, et une

⁵ GROUPE LAENNEC. Accompagner les restructurations : carnets de route. *Gestions hospitalières*, n°385, Avril 1999, p.261.

⁶ Les restructurations hospitalières sur la période 1994-1997. *Cahiers hospitaliers*, n°139, Octobre 1998, p.23

⁷ LIMOUZY F. *L'importance de la gestion des ressources humaines dans l'accompagnement d'une fusion. Illustration au Centre Hospitalier Intercommunal Bassin de Thau*. Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000, p.10.

⁸ *Ibid.*, p.10.

prédisposition à la sédentarité professionnelle à l'hôpital. Ainsi, si les restructurations du secteur public ne menacent pas l'emploi, à la différence de celles du secteur privé, elles rendent néanmoins nécessaire un accompagnement social permettant d'habituer les agents à l'idée du changement et de les conduire vers leurs nouveaux postes.

La reconversion de Rothschild ne fait pas exception. En effet, cette opération de grande ampleur aura des incidences non seulement sur les activités et l'architecture de l'hôpital, mais aussi sur l'exercice professionnel du millier d'agents en poste dans cet établissement.

Doté en 1995 de 354 lits et 29 places de jour, Rothschild disposera à l'issue de la reconversion de 220 lits et 30 places de jour, ainsi que d'un centre dentaire de 55 places et de structures de consultation et d'information ouvertes sur la ville. Cette diminution du nombre de lits impliquera une réduction des effectifs médicaux et non médicaux employés sur le site (moins 400 emplois non médicaux environ). Au-delà, c'est l'activité de tous les agents de Rothschild qui sera modifiée, certains agents suivant leur service à l'occasion de son transfert, d'autres préférant rester à Rothschild dans de nouvelles disciplines, d'autres enfin changeant complètement de métier.

Premiers concernés par une restructuration décidée par les pouvoirs publics, les personnels de Rothschild devront vaincre leurs craintes et leurs réticences. Dès l'annonce de la restructuration la Direction a souhaité, autant que possible, «*transformer cette contrainte en opportunité professionnelle* ».

C'est dans ce but qu'elle s'est efforcée de mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement social des personnels non médicaux concernés par la reconversion. Ce dispositif est riche d'enseignements pour les transferts restant à mener à l'hôpital Rothschild et, plus généralement, pour tout gestionnaire qui entend conduire une restructuration. Il faut donc comprendre quels freins et quels leviers sont à l'œuvre dans un tel processus.

Bien que des contraintes à la fois externes et internes pèsent sur la conduite du changement à l'hôpital (1^e partie), plusieurs dispositifs, certains déjà éprouvés, d'autres à explorer, permettent cependant d'accompagner le changement (2^e partie).

METHODOLOGIE

La première étape dans l'élaboration de ce mémoire a consisté à recueillir des informations écrites sur les origines et le déroulement de la restructuration de l'hôpital Rothschild, ainsi que sur le dispositif d'accompagnement social mis en place. Cette première recherche a donné lieu à la collecte de documents divers : articles de presse ; numéros du journal interne de l'hôpital depuis 1994, date d'annonce de la restructuration ; décisions de l'ARHIF ; projet d'établissement de l'hôpital Rothschild ; projet médical du nouveau Rothschild ; scénario n°6 de la reconversion ; Charte sociale pour un nouveau Rothschild ; rapports d'activité de l'hôpital Rothschild et de l'AP-HP ; projet stratégique 2001-2004 de l'AP-HP, etc.

Par la suite, une recherche bibliographique, alimentée notamment par la sociologie des organisations, est venue apporter un éclairage théorique sur ces données de terrain.

Dans un troisième temps, 33 entretiens semi-directifs avec les acteurs de l'hôpital Rothschild ont permis de nourrir et compléter la réflexion issue des documents. Ces entretiens ont été menés sur la base de 3 grilles différentes, adaptées aux cadres infirmiers, aux membres de la Direction et aux soignants (cf. annexe 1).

L'entretien permet de connaître un vécu, un ressenti : cette technique est donc plus appropriée que le questionnaire.

Certes, ce choix méthodologique limite la possibilité de généraliser les résultats de l'analyse et pose, de plus, la question de l'objectivité de l'enquêteur et de l'enquêté, chacun ayant tendance à avoir une représentation préconçue de la situation. Mais les données ainsi recueillies constituent un complément essentiel en regard des documents écrits. Et le fait que ces entretiens aient été réalisés à distance des événements permet de « dépassionner » les réponses.

Par le biais de questions ouvertes, ces entretiens ont permis de connaître plus précisément le dispositif d'accompagnement social mis en œuvre, d'évaluer le degré de mobilité des agents et d'appréhender leur degré de satisfaction et d'adaptation à l'issue de la reconversion. Il a été demandé aux personnes interviewées d'identifier les freins et les leviers du changement. Pour finir, les choix que les agents ont fait à l'occasion des transferts ou fermetures de services ont été rapprochés de leur ancienneté et de leurs parcours professionnels.

Les personnes interrogées (cf. liste en annexe 2) ont été choisies de manière à offrir le point de vue de l'ensemble des acteurs importants dans la conduite humaine du changement. C'est ainsi qu'ont été rencontrés :

- au sein de l'équipe de direction : la Directrice, l'actuelle Directrice des Ressources Humaines (DRH), le Directeur des Soins (DS), le Chef du personnel, la Conseillère en Ressources Humaines (CRH), le DRH présent de 1995 à 1999 et le responsable de formation présent de 1992 à 2000 ;
- sept cadres travaillant ou ayant travaillé dans des services qui ont été transférés, qui ont été interrogés à la fois en tant qu'agents ayant vécu la reconversion et en tant que relais de la Direction auprès des équipes soignantes ;
- les représentants des syndicats implantés dans l'établissement ;
- des agents des services de soins : aides-soignants (AS), des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), des masseurs-kinésithérapeutes, une technicienne d'études cliniques, représentant plusieurs services concernés par la restructuration : les Maladies Infectieuses et Tropicales (MIT), l'ex-chirurgie viscérale, l'ex-chirurgie orthopédique, les Urgences (désormais fermées). Les agents du MIT ont été rencontrés dans leur nouveau lieu de travail, à l'hôpital Tenon, trois mois après leur transfert depuis Rothschild.

Avant d'entreprendre le travail de rédaction proprement dit, une synthèse de ces entretiens a apporté l'éclairage direct des acteurs sur des thèmes récurrents ayant trait à l'accompagnement social de la reconversion (cf. annexe 3).

Tout d'abord, de nombreuses contraintes, à la fois externes et internes, pèsent sur la conduite humaine du changement à l'hôpital, comme le montre le cas de l'hôpital Rothschild.

1 - DE NOMBREUSES CONTRAINTES PESENT SUR LA CONDUITE HUMAINE DU CHANGEMENT A L'HOPITAL

En premier lieu, la restructuration de l'hôpital Rothschild apparaît en elle-même comme une contrainte – le terme est à prendre ici sans jugement de valeur –, dans la mesure où le choix de cet établissement a été imposé de l'extérieur, par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) d'Ile de France.

1.1 UNE RECONVERSION EN TEMPS REEL IMPOSEE DE L'EXTERIEUR

1.1.1 Les origines : le SROS Ile de France constate un déséquilibre dans l'offre de soins de l'Est parisien

En effet, conçu comme un outil de rationalisation de l'offre de soins, le SROS d'Ile de France constate la nécessité de pallier le déficit en lits de soins de suite et de réadaptation dans la région parisienne.

1.1.1.1 La planification sanitaire comme réponse aux besoins de santé des Français

1.1.1.1.1 Les ordonnances de 1996 : faire correspondre l'offre de soins à la demande

Depuis le début des années 1990, la législation en matière sanitaire vise à améliorer les performances du système de soins français en répondant mieux aux besoins de la population.

La loi du 31 juillet 1991 préconise ainsi le développement des coopérations entre hôpitaux et le renforcement des moyens de planification que sont la carte sanitaire, le schéma d'organisation sanitaire et le système des autorisations de lits et places, afin de répartir les moyens de façon plus équitable sur le territoire.

Les ordonnances du 24 avril 1996 vont dans le même sens en posant le principe de la coopération inter-hospitalière comme axe de restructuration du système hospitalier français. Elles donnent naissance aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de 2^e génération, instruments de

planification descendante, conçus comme les outils de la redistribution des moyens en fonction des besoins. Ces ordonnances insistent à leur tour sur le développement des coopérations et complémentarités, dans le but de réaliser des économies dans un secteur sanitaire en explosion depuis les 30 Glorieuses.

A travers le SROS, l'ARH va détecter les éventuels déséquilibres de l'offre de soins au sein de bassins de vie (au nombre de 25 dans la région Ile de France), et faire en sorte que ces déséquilibres soient progressivement réduits. C'est ainsi qu'au début des années 1990, le SROS Ile de France constate un déficit en soins de suite et de réadaptation pour la région.

1.1.1.1.2 *Le SROS Ile-de-France souligne un déficit en soins de suite et de réadaptation*

Selon le SROS Ile-de-France 1999-2004, le resserrement de l'offre dans la région parisienne est nécessaire et « *se justifie d'autant plus que l'implantation est centrale et que l'activité est chirurgicale* »⁹.

En effet, le SROS d'Ile-de-France et l'ARHIF ont défini des objectifs prioritaires de santé publique sur la base des constats suivants : un nombre trop important de sites d'urgence et un excédent de lits de court séjour dans Paris intra muros ; une insuffisance de lits de soins de suite et de réadaptation, tant pour les malades âgés que pour les handicapés, dans Paris intra muros et notamment dans le secteur est, ce qui contraint les malades à une hospitalisation en grande banlieue voire en province ; un nécessaire rééquilibrage des structures de soins entre la capitale et sa périphérie ; un développement insuffisant des alternatives à l'hospitalisation et des complémentarités entre établissements voisins et entre la ville et l'hôpital.

Le SROS Ile de France s'inscrit ainsi dans la perspective d'un vieillissement global de la population française et d'un renforcement de la médicalisation de la prise en charge de la personne âgée.

Avec un taux de 1,2 lits de soins de suite et de réadaptation pour 1000 habitants, la région Ile de France est moins bien équipée que la moyenne nationale : sur l'ensemble de la France, le taux est de 1,8 lits pour 1000 habitants. Le déficit par rapport aux besoins est encore plus flagrant dans Paris (0,53 lits pour 1000 habitants) et particulièrement dans le secteur Paris-Est (0,24 lits pour 1000 habitants). Pour que Paris atteigne le taux national, il faudrait y créer 2600 lits de soins de suite et de réadaptation et 900 lits pour rejoindre le niveau moyen de la région.

⁹ SROS Ile-de-France 1999-2004, p.147.

Dans son projet d'établissement, dit « Projet 2000 », l'AP-HP s'engage donc à recadrer ses activités en menant des opérations de restructuration d'envergure.

Or, dans un rapport de 1993 relatif à l'organisation des Urgences en France, le Professeur Steg faisait le constat d'un éparpillement des sites d'accueil des Urgences sur le territoire français, doublé d'une disparité et d'une dilution de leurs moyens. Comme remède à cette situation préjudiciable aux patients et source de gaspillages, le rapport Steg recommandait que les sites d'accueil des Urgences soient regroupés en Services d'Accueil des Urgences (SAU), sur des sites moins nombreux dotés de tous les moyens pour offrir aux patients les meilleures garanties de sécurité et les structures d'aval nécessaires. La carte sanitaire prévoit un SAU pour 270.000 habitants en moyenne. Compte tenu des 2 millions d'habitants de Paris intra muros, sept SAU suffisent. En conséquence, le SROS d'Ile de France ne retient pas comme SAU le site de Rothschild : l'arrondissement dispose déjà d'un hôpital recevant les Urgences, l'hôpital Saint-Antoine.

Dès lors, les besoins spécifiques de la population du 12^e arrondissement ainsi que la fermeture des Urgences préconisée par le rapport Steg désignaient l'hôpital Rothschild comme le site idéal pour une reconversion.

1.1.1.2 Le choix de l'hôpital Rothschild

1.1.1.2.1 L'Est parisien : une population âgée en augmentation

L'hôpital Rothschild attire les populations des 12^e, 11^e et 20^e arrondissements de Paris, ainsi que des communes limitrophes de Vincennes, Montreuil, Fontenay-sous-Bois et Saint-Mandé. La quasi-totalité des patients accueillis à Rothschild (93,5%) viennent de Paris et de petite et moyenne couronnes : Rothschild est donc un hôpital de proximité, avec une zone d'attraction centrée sur l'Est parisien.

Or, le déficit de soins de suite et de réadaptation constaté par le SROS Ile de France était particulièrement marqué dans l'Est parisien.

Cette concentration des besoins en lits de moyen séjour s'explique par le fait que la population du 12^e arrondissement est plus âgée que celle des arrondissements voisins : le schéma directeur gérontologique adopté en 1997 par la Ville de Paris souligne que 23% de la population du 12^e a plus de 60 ans, contre 20% pour l'ensemble de la capitale. Lors du recensement de 1990, 6% des habitants du 12^e avaient plus de 80 ans, contre 5% pour Paris

intra muros ¹⁰. Mais à cause du manque de structures d'accueil, on estimait en 1996 que plus de 300 habitants âgés du 12^e arrondissement étaient hospitalisés en moyen séjour en lointaine banlieue.

1.1.1.2.2 *L'hôpital Rothschild : une petite structure insérée dans un réseau de soins*

La localisation des besoins en soins de suite et de réadaptation dans Paris rendait nécessaire une redistribution de l'offre dans l'Est parisien. Le responsable du dossier « besoins en soins de suite » à la Direction de la Prospective et de l'Information Médicale à l'AP-HP explique le choix de l'hôpital Rothschild pour accueillir cette reconversion : « *Le plus adapté est une structure hospitalo-universitaire entièrement dévolue à la rééducation-réadaptation et qui constituera un pôle important autour d'un thème fédérateur : le handicap. [...] Une structure unique est de loin préférable à l'éparpillement des petites unités dans différents hôpitaux, car elle permettra l'intégration de nouvelles compétences spécialisées et complémentaires en un seul lieu. [...] Les besoins en lits de rééducation dans Paris intra muros ne sont pas couverts, mais ces besoins sont encore plus cruciaux dans l'Est parisien, qui ne dispose d'aucune structure de moyen séjour alors qu'il y a dans ce secteur de gros hôpitaux de court séjour comme Tenon, Saint Antoine, Montreuil, etc... Il fallait donc procéder à un rééquilibrage des disciplines de court séjour et de moyen séjour : or, Rothschild, de par sa dimension géographique, sa dimension humaine et ses services de qualité spécialisés, dispose de nombreux atouts pour réussir à la fois un transfert de ses activités actuelles vers les hôpitaux voisins et un lieu d'accueil pour la rééducation fonctionnelle du secteur Est* »¹¹.

L'hôpital Rothschild, de petite taille, est donc apparu plus facile à faire évoluer qu'une grosse structure comme l'hôpital Saint-Antoine, aussi bien pour ce qui touchait à ses activités, à son architecture qu'à ses ressources humaines. Ses services d'aigu performants pouvaient être transférés vers d'autres sites proches, où ils seraient éventuellement regroupés avec des services similaires, satisfaisant ainsi un autre objectif de la politique menée par l'ARHIF : le développement des complémentarités hospitalières et la suppression des doublons.

¹⁰ LACOMBE K. *Paris : 11^e, 12^e et 20^e arrondissements : approche des besoins sanitaires et sociaux de la population de plus de 60 ans. Analyse de l'offre de soins*, Paris : Direction de la prospective et de l'information médicale, AP-HP, Avril 1996, 35 p.

¹¹ OBRECHT O., interviewé dans le journal interne de l'hôpital Rothschild *Expressions*, Avril 1995.

Rothschild est en effet une petite structure : doté en 1995 de 354 lits et 29 places de jour, l'hôpital disposera à l'issue de la reconversion de 220 lits et 30 places de jour, ainsi que d'un centre dentaire de 55 places et de structures de consultation et d'information ouvertes sur la ville.

Quant au personnel non médical (PNM) qui représentait 980 emplois en 1995, il ne s'élèvera plus qu'à 475 emplois à la fin de la reconversion (cf. annexe 4) . En 2000, Rothschild employait 1114 agents au total : 655 personnels soignants et médico-techniques, 281 médecins, 112 agents administratifs, 51 personnels techniques et ouvriers, 15 personnels socio-éducatifs.

Rothschild présentait en outre l'avantage d'être bien intégré dans le tissu urbain. L'offre de soins de l'Est parisien est riche avec l'implantation des hôpitaux Saint-Antoine, Tenon, Trousseau pour la pédiatrie, et d'établissements privés comme les Diaconesses ou la Fondation de Rothschild, maison de retraite médicalisée. La proximité géographique entre ces différents établissements rend concevables les transferts de services depuis Rothschild.

La position géographique de Rothschild dans le maillage sanitaire parisien semble, de plus, idéale pour que l'hôpital devienne le centre de réseaux de soins à destination des personnes âgées notamment. C'est ainsi que Rothschild est devenu l'opérateur de la plateforme gérontologique du 12^e arrondissement, avec l'ouverture en 2000 du Point Paris Emeraude 12 (PPE 12) qui affirme sa dimension d'hôpital au service de la personne âgée. Le PPE 12 permet en effet d'accueillir et d'informer la personne âgée en perte d'autonomie et de l'orienter vers les professionnels du secteur travaillant en réseau.

Une fois retenu le principe de la transformation de l'hôpital Rothschild en établissement de moyen séjour, restaient à définir les modalités pratiques de cette reconversion.

1.1.2 Le contenu du projet de reconversion en temps réel de l'hôpital Rothschild

1.1.2.1 Le projet médical du futur Rothschild

Les grands axes médicaux de la restructuration ont été définis dans un «projet médical pour un nouveau Rothschild», adopté en octobre 1996 par le Conseil d'Administration de l'AP-HP : il s'agit de transformer l'hôpital Rothschild en structure de médecine gériatrique, de soins de suite et de réadaptation destinée à accueillir les personnes âgées des 11^e, 12^e et 20^e arrondissements de Paris et les personnes handicapées. Pour aboutir à ce projet, adopté ensuite par l'ARH après quelques modifications substantielles, des travaux préparatoires ont été nécessaires.

1.1.2.1.1 Les études préparatoires : moyen séjour, maternité et centre de chirurgie ambulatoire

Le Directeur Général de l'AP-HP a d'abord chargé le Professeur Etienne d'établir un projet d'activités pour cet établissement en reconversion. A partir de l'analyse des besoins de santé de la population de l'Est parisien, le rapport Etienne proposait la constitution de deux pôles complémentaires, l'un de rééducation, l'autre dit « de prévention du vieillissement pathologique et de restauration de l'autonomie ». Mais les élus locaux ont exprimé des réserves à l'encontre de ce projet. Le Professeur Pellerin a donc été chargé, par la suite, en 1996, d'apporter aux élus des informations complémentaires.

A son tour, le rapport Pellerin affirme la vocation de proximité de l'hôpital Rothschild et confirme la double orientation du nouvel hôpital (gériatrie et rééducation).

En désaccord avec le projet de fermeture des Urgences découlant du rapport Steg, dont il prend cependant acte, il propose en outre la création d'un centre d'accueil, de diagnostic, de soins et d'orientation. Ce centre accueillerait les patients qui se présentaient aux Urgences pour obtenir un avis diagnostic sur une situation ne nécessitant tout au plus que des soins légers.

Le rapport Pellerin défend aussi le maintien de la maternité sur le site de Rothschild.

Il propose enfin l'ouverture d'un centre de chirurgie ambulatoire. Ce dernier projet était à l'époque particulièrement innovant puisque aucune structure de ce genre n'existait encore à l'AP-HP. Il semblait adapté à Rothschild, dans la mesure où il prenait appui sur le réseau de proximité de l'établissement avec les médecins libéraux.

1.1.2.1.2 Le projet validé par l'ARH : un établissement de soins de suite et de réadaptation

En décembre 1999, le dossier de reconversion de l'hôpital est soumis à l'avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) et à la décision de l'ARHIF. Celle-ci autorise la création de lits supplémentaires de rééducation, mais refuse l'ouverture des places de chirurgie ambulatoire : ce service n'apparaît pas justifié par rapport à l'orientation du futur Rothschild et il ne pourrait pas fonctionner de façon sûre sans l'appui d'un service de réanimation. (cf. annexe 5)

« Considérant que le projet présenté est conforme aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans son volet soins de suite et de réadaptation qui préconise, dans son annexe relative au département de Paris, la transformation de structures de court séjour situées dans des zones excédentaires afin de réduire le sous-équipement de Paris en soins de suite ou de réadaptation ».

« Considérant que la transformation de 26 lits de chirurgie en 8 places de chirurgie ambulatoire, dans une structure dédiée aux soins de suite, n'apparaît pas justifiée au regard d'une part de l'absence de lits de chirurgie et réanimation, d'autre part par la présence d'établissements de court séjour à proximité offrant un plateau technique performant »¹².

L'ARHIF approuve la création de :

- 20 lits de médecine gériatrique (court séjour, gériatrie aiguë),
- 65 lits de soins de suite gériatriques,
- 60 lits de réadaptation neuro-orthopédique,
- 25 lits de réadaptation neurologique et périnéale,
- 15 places de jour de gériatrie à visée diagnostique et thérapeutique,
- 13 places de jour de réadaptation neuro-orthopédique,
- 2 places de jour de réadaptation,
- un centre d'odontologie de 55 fauteuils,

Soit au total 170 lits de plus de 24 heures, 30 places de jour et 55 fauteuils d'odontologie.

Suite à cette décision défavorable à la création des places de chirurgie ambulatoire, des études techniques ont été engagées à la demande du Directeur Général de l'AP-HP pour examiner à quelles conditions les pôles de réadaptation et soins de suite pouvaient être renforcés.

¹² Décision n°99-404 de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France du 22 Décembre 1999.

C'est ainsi qu'est soumise à l'ARH et approuvée les 13 novembre 2001 et 19 février 2002, l'implantation de :

- 10 lits de soins palliatifs,
- 5 lits supplémentaires de soins de suite gériatriques,
- 35 lits supplémentaires de réadaptation neurologique et périnéale.

Au total, ce sont donc désormais 220 lits de plus de 24 heures (30 lits de médecine, 70 lits de soins de suite gériatriques, 120 lits de réadaptation neurologique), 30 places de jour (15 places de gériatrie et 15 de réadaptation), et 55 fauteuils d'odontologie qui sont autorisés. A ces lits et places s'ajoutent une policlinique, le Point Paris Emeraude 12 et l'Agence Cancer.

A l'heure actuelle, parmi ces lits et places autorisés, ne sont ouverts que 27 lits de gériatrie (18 de médecine et 9 de soins de suite gériatriques), 18 lits de rééducation neurologique et 20 lits de rééducation neuro-orthopédique, car l'espace nécessaire est occupé par les derniers services d'aigu appelés à être transférés. Une fois ces transferts effectués et les travaux de rénovation achevés, la totalité des lits et places autorisés pourra être ouverte.

Le futur Rothschild sera donc à terme dédié au moyen séjour et aux soins de suite et de réadaptation. Selon quels principes et quelle chronologie cette reconversion va-t-elle s'effectuer ?

1.1.2.2 Le déroulement prévu de la reconversion de l'hôpital Rothschild

1.1.2.2.1 Les principes de base : une reconversion en temps réel, sans fermeture des services

La reconversion de l'hôpital Rothschild se déroule « en temps réel », dans le but d'« *assurer la concordance des départs et des arrivées afin de maintenir les masses critiques en deçà desquelles la qualité des soins est un vain mot, de faciliter la vie des différents personnels, mais également d'ancrer presque naturellement dans la tradition de Rothschild les nouvelles activités de l'hôpital* »¹³.

Cette reconversion en temps réel repose sur la poursuite de l'activité tout au long du processus. Si la restructuration s'était déroulée en « temps différé », elle se serait

¹³ Projet médical pour un nouveau Rothschild, mai 1999, p.3.

décomposée en deux étapes : d'abord le transfert de tous les services vers d'autres hôpitaux, ensuite, dans un second temps, la mise en œuvre globale du nouveau projet médical par l'installation des nouvelles disciplines. Mais ce type de scénario présente des inconvénients majeurs : il oblige à affecter tous les agents de l'établissement ailleurs, ce qui constitue une contrainte sociale non négligeable, et il peut en outre donner à la population et au personnel la fâcheuse impression que l'hôpital « ferme et ne va jamais rouvrir ».

C'est pourquoi le principe d'une restructuration en temps réel a été adopté : cela consiste, à l'inverse, à faire partir les anciens services et implanter les nouvelles disciplines de façon quasiment concomitante, sans fermeture de l'hôpital. Cette solution, plus dynamique et plus facile à faire accepter, permet de réaffecter une grande partie des agents sur place et d'embrayer sur de nouvelles activités, sans pause.

Avant de retrouver sa structure définitive de 250 lits et places de jour, l'hôpital va connaître une période de travaux d'investissement lourds tout en poursuivant les nouvelles activités implantées progressivement depuis 1996. Les deux bâtiments d'hospitalisation principaux, « Picpus » et « Jardin », vont être totalement réhabilités, pour être adaptés aux normes de sécurité en vigueur et répondre aux attentes des patients en matière de qualité des soins, de confort et de respect de la dignité (chambres individuelles).

Ces travaux débuteront après le transfert de la plupart des services d'aigu et pendant leur durée, il ne sera plus ouvert de nouveaux lits parmi ceux autorisés par l'ARH. L'activité sera donc réduite, avant de remonter en puissance à l'issue des travaux avec l'ouverture de la totalité des lits. Ce scénario permettra d'organiser un système de « rocades » : chaque service déménagera d'un bâtiment vers un autre, le temps que les travaux sur le premier bâtiment soient réalisés. Ce système de « chaises tournantes » s'achèvera avec la fin des travaux : les services appelés à rester à Rothschild adopteront alors leur localisation définitive.

Doté avant la reconversion de 354 lits, l'hôpital Rothschild disposera ainsi de 160 lits en 2003, de 150 lits vers 2004, puis de 65 lits vers 2006, avant de revenir à l'horizon 2007 à 220 lits de plus de 24 heures et 30 places de jour. Il y aura donc moins d'emplois à pourvoir pendant cette période transitoire, et moins de travail pour les services « prestataires » des services de soins, tels que la radiologie ou les laboratoires. Une partie du personnel devra donc être affecté dans un autre établissement, au moins temporairement.

1.1.2.2 Transferts, fermetures, redimensionnements et ouvertures (cf. annexe 6)

Les différentes opérations qui mèneront à l'ouverture du nouveau Rothschild ont débuté depuis 1995-1996 et s'achèveront à l'horizon 2006-2008. Il s'agit à la fois de fermer, de transférer, d'ouvrir et de redimensionner des services.

Ainsi, les Urgences et la réanimation ont fermé en 1999.

Les transferts ont concerné le service de chirurgie vasculaire, parti à Tenon en 1996, celui de chirurgie viscérale qui a emménagé à Bichat en 1999 (seuls le chef de service et quelques agents ont pu suivre le service), la consultation et l'hôpital de jour d'allergologie qui ont été transférés à Tenon en 1999, avec suppression des lits de médecine interne. La chirurgie orthopédique a intégré l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) en 2000, le service des Maladies Infectieuses et Tropicales a rejoint Tenon en mars 2002 .

Une première unité de rééducation orthopédique a ouvert en 1996 (20 lits), ainsi que, en 1999, une première unité de médecine et de soins de suite gériatriques (18 lits de médecine et 9 lits de soins de suite), une consultation de médecine sans rendez-vous et un laboratoire d'explorations fonctionnelles et périnéales. En 2001, ce fut au tour de la première unité de rééducation neurologique de 18 lits d'être inaugurée.

De nombreux mouvements restent à venir : le transfert de l'hépatogastro-entérologie à Saint-Antoine en 2003 (42 lits de médecine et 3 places de jour ; 52,75 ETP de PNM) ; le déménagement du laboratoire de virologie à Tenon en 2003 ; le départ de la maternité pour l'hôpital Trousseau à l'horizon 2006 (127,50 ETP de PNM). Le calendrier du transfert de la chirurgie plastique et reconstructrice à Saint-Louis (36 lits et 70 ETP de PNM) reste à définir. En 2003-2004, de nouvelles places de jour en gériatrie et en rééducation doivent ouvrir. L'odontologie (55 fauteuils) doit être implantée en 2004. L'Institut de Formation des Masseurs Kinésithérapeutes (IFMK) de Lariboisière devrait arriver sur le site de Rothschild en 2008.

Le pôle de rééducation comportera à terme 120 lits de réadaptation et 15 places d'hôpital de jour, complétés par un plateau technique de rééducation et de balnéothérapie. Le pôle de gériatrie disposera de 20 lits de médecine, 70 lits de soins de suite et 15 places d'hôpital de jour à visée diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'une unité de soins palliatifs pour la prise en charge des patients en fin de vie.

L'ensemble de ces transferts et fermetures suppose un redimensionnement des services prestataires, qui concerne aussi bien les services médico-techniques (laboratoires et radiologie), que la stérilisation, les diététiciennes, les services administratifs (traitements externes et admissions, paie-gestion...). Mais on ne peut réduire mathématiquement les effectifs de ces services prestataires à chaque transfert, car un effet de seuil joue : en deçà d'une masse critique, ces services ne peuvent plus fonctionner correctement.

Afin de trouver une solution à ce problème de redimensionnement, il est par exemple prévu de regrouper les activités de biochimie et d'hématologie en un laboratoire commun provisoire, jusqu'au transfert du service de gynécologie-obstétrique à Trousseau. L'activité de bactériologie a d'ores et déjà été transférée à l'hôpital Trousseau en 2001, de même que celle de garde des nuits, week-ends et jours fériés.

Ainsi, le fait que la reconversion de l'hôpital Rothschild soit imposée par le SROS Ile-de-France et qu'elle doive se dérouler sans fermeture de services fait peser un premier ensemble de contraintes externes sur la gestion du personnel.

Mais ces contraintes externes ne sont pas les seules : en interne, il existe d'autres freins à la conduite humaine du changement, qui tiennent à la fois à l'attitude des agents face au changement et aux caractéristiques de la structure hospitalière, rigide et plurielle.

1.2 A L'INTERIEUR DE L'HOPITAL, DE MULTIPLES FREINS AU CHANGEMENT

1.2.1 Les agents face au changement : de la rumeur au deuil

Suite à l'annonce d'une restructuration, les agents doivent franchir différentes étapes. Ils doivent dépasser le stade de la rumeur et de la résistance au changement, puis celui du deuil, pour enfin parvenir à s'adapter, malgré des exigences parfois difficiles à satisfaire. Bien gérés, ces obstacles au changement peuvent être surmontés.

1.2.1.1 De la rumeur à la résistance au changement

1.2.1.1.1 La rumeur : nuisance ou signe de réactivité ?

La restructuration a d'abord fait son apparition dans l'esprit et le discours des agents par le biais de la rumeur. Avant l'annonce officielle de la reconversion par la Direction, des bruits circulaient sur une prochaine « fermeture de l'hôpital ». Par la suite, la rumeur a poursuivi son chemin, venant ponctuer les retards dans le calendrier des premiers transferts : les agents croyaient que ces transferts n'auraient jamais lieu et perdaient toute motivation.

En stimulant l'angoisse et l'agitation, la rumeur peut créer des situations explosives si le personnel ne reçoit pas de réponse à ses questions. Une bonne gestion de l'information et de la communication s'avère donc nécessaire pour éviter les conflits.

Bien maîtrisée, la rumeur ne constitue pas un frein insurmontable au changement. Au contraire, elle semble inévitable, voire nécessaire. La rumeur est en effet le témoin des inquiétudes du personnel quant au devenir de leur établissement. Signe de réactivité et d'implication, elle est « *une preuve de vitalité de l'entreprise, et cette agitation est parfois nécessaire pour qu'émerge un consensus autour d'une organisation ou d'une culture nouvelle* »¹⁴. Pour la Direction, il ne s'agit donc pas de couper court à la rumeur, ce qui risquerait de déclencher un repli du personnel et une perte de confiance. Il faut plutôt chercher à la canaliser en distillant une information précise et fiable en temps voulu.

1.2.1.1.2 La résistance au changement : mythe ou réalité ?

Comme le souligne Françoise KOURILSKY, « *le fait de décréter un changement déclenche généralement un peu plus d'immobilisme dans les organisations* » car le changement est alors vécu comme une « *agression* »¹⁵. Il s'ensuit en général une phase de résistance : « *un professionnel peut opposer, à tout changement dont il ne verrait pas la nécessité, une force d'inertie pratiquement incontournable* »¹⁶.

¹⁴ CHAVEL T. *La conduite humaine du changement*. Paris : Demos, 2000, p.17.

¹⁵ KOURILSKY F. La communication, levier du changement à l'hôpital. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n°19, 3^e trimestre 1996, p.17.

¹⁶ CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Cahiers de Gestion Hospitalière*, n°266, Mai 1987, p.286.

Le personnel hospitalier ne fait pas exception à cette règle : une étape de résistance au changement a en effet pu être observée au moment de l'annonce de la restructuration de l'hôpital Rothschild. Comment expliquer et surmonter ce phénomène ? la résistance au changement doit-elle être considérée comme une réalité à gérer avec attention ou comme un mythe ?

A l'annonce de la restructuration, les agents de Rothschild se sont d'abord montrés incrédules et attentistes car ce thème avait déjà été maintes fois évoqué par le passé et l'activité de l'établissement ne décroissait pas, au contraire. L'hôpital était apprécié des malades pour sa petite taille et le niveau de qualité des soins qui y étaient dispensés. L'établissement était en pleine expansion depuis l'implantation à la fin des années 1980 de services prestigieux, tels que la chirurgie vasculaire et le service des Maladies Infectieuses et Tropicales. Les Urgences venaient d'être rénovées, de même que la maternité. Entre 1989 et 1994, l'activité avait plus que doublé, classant Rothschild au 3^e rang des établissements de l'AP-HP. C'est dans ce contexte qu'intervient l'annonce de la restructuration, fin 1994, sans que rien ne la laisse présager.

Le Chef du personnel résume le sentiment des agents à l'époque : *« A la fin des années 1980, Rothschild était en plein essor avec l'arrivée de la chirurgie vasculaire, du MIT, la rénovation des urgences. Cinq ans après, on apprend qu'il va devenir un hôpital de gériatrie et de rééducation : il y a eu un sentiment de régression professionnelle ».*

Un CSI remarque, lui, que si *« les agents comprenaient les objectifs globaux en termes de politique de santé (diminuer le nombre de lits d'aigu, créer des services de rééducation et de gériatrie), ils n'étaient pas d'accord sur le choix de Rothschild comme site à restructurer, car les services fonctionnaient bien. L'annonce est intervenue alors même que l'hôpital était en plein essor, avec l'implantation récente de nouveaux services, la réalisation de travaux ».*

Dès 1994, la résistance au changement s'organise donc avec la création d'un « Comité de Défense de l'hôpital Rothschild », composé d'élus locaux, d'agents de l'hôpital et de syndicalistes. Soutenu par les médecins, ce comité dénonce le « *sabordage* » d'un hôpital de qualité et estime que le coût de la restructuration sera supérieur aux bénéfices attendus en retour.

Ces arguments sont relayés par les élus communistes auprès du Conseil de Paris : *« Il est à craindre que ces restructurations ne conduisent qu'à la destruction des moyens existants, efficaces et bien employés, comme en atteste le taux d'occupation des services,*

sans création de la contrepartie dans les hôpitaux restants et que, par là-même, il s'ensuive un recul important des capacités de soins pour les habitants de ce secteur »¹⁷.

Le but des opposants est d'obtenir la modification du projet de reconversion, afin qu'un autre hôpital soit créé pour accueillir les services de gériatrie et de rééducation. Ce mouvement s'appuie sur un démarchage auprès de la population du quartier (cf. tract syndical en annexe 7). Beaucoup de riverains croient alors que l'hôpital va fermer. Puis le mouvement s'arrête de lui-même. La « *résistance active* » laisse place à une « *participation active* » : « *Les syndicats ont négocié les modalités de la reconversion et non plus la reconversion elle-même* »¹⁸.

Aujourd'hui le nouveau projet médical de l'hôpital Rothschild est soutenu à la fois par le syndicat majoritaire, la CFDT, et par la communauté médicale, notamment par le Président du Comité Consultatif Médical.

Dans *L'acteur et le système*, CROZIER et FRIEDBERG analysent les causes de cette résistance au changement. L'organisation y est envisagée comme un système politique résultant du jeu des acteurs qui ont intérêt à défendre leurs acquis, leur zone d'influence. Ce sont ces jeux de pouvoir qui rendent certaines résistances inévitables et même légitimes.

Les deux auteurs formulent trois postulats : tout d'abord, les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a des objectifs propres. Par ailleurs, tout acteur conserve une possibilité de jeu autonome qu'il utilise plus ou moins. Enfin, les individus agissent selon une rationalité limitée, dans le but d'augmenter leur zone de pouvoir.

En effet, « *chaque acteur, du plus petit au plus grand, s'est forgé une «aire de liberté* » qui repose sur trois éléments essentiels :

- *les informations dont [il] dispose [...], qui ne lui servent que dans l'organisation qu'il connaît,*
- *les savoir-faire qu'il a appris et qui risquent de ne plus lui servir pareillement dans une organisation modifiée,*
- *les réseaux qu'il s'est forgés et qui lui permettent de savoir et d'agir le plus efficacement possible »¹⁹.*

¹⁷ Question du groupe communiste à M. le Maire de Paris, Conseil de Paris, le 1^{er} septembre 1995.

¹⁸ Entretien avec le Chef du Personnel de l'hôpital Rothschild

¹⁹ ALECIAN S. et FOUCHER D. *Guide du management dans le service public*, Paris : Editions d'organisation, 1994, p.104.

Pour l'individu, tout changement est donc « *dangereux, car il met en question immanquablement les conditions de son jeu, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action en modifiant ou en faisant disparaître les zones d'incertitude pertinentes qu'il contrôle* »²⁰.

La résistance au changement est donc une attitude rationnelle, fondée sur les risques de pertes encourus avec une modification de l'organisation.

C'est cette perception du danger qui permet de comprendre la résistance au changement. Certes, « *les membres d'une organisation ne sont pas attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose. Les habitudes ont pour eux beaucoup moins d'importance qu'on ne le croit; en revanche, ils ont une appréciation très raisonnable et presque instinctive des risques que peut présenter pour eux le changement. [...] C'est inconsciemment mais pourtant légitimement qu'ils vont faire obstacle à tout ce qui menacerait leur autonomie et vont chercher à orienter le changement de telle sorte qu'ils puissent maintenir, sinon renforcer, la zone d'incertitude qu'ils contrôlent* »²¹.

La résistance au changement n'intervient donc que lorsque les individus ne se sentent plus maîtres de la situation : « *tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement.[...] Celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner* »²².

Cela permet de comprendre pourquoi le changement est « *perçu de manière très variable : événement porteur pour certains, menace à éviter ou à combattre pour d'autres* »²³.

En s'inscrivant dans le cadre de ce raisonnement, on peut identifier deux types de résistances au changement à l'hôpital : l'une d'ordre psychologique, l'autre d'ordre culturel. La première est liée à la peur de l'inconnu et du changement, à la préférence pour la sécurité et la stabilité. L'individu craint de voir disparaître ses repères habituels et de ne pas arriver à s'adapter à des tâches nouvelles et des horaires différents. La résistance d'ordre culturel s'exprime, elle, à travers l'attachement aux habitudes et à un passé commun.

²⁰ CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977, p. 386.

²¹ *Ibid.*, p. 386.

²² BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Editions du Seuil, 1985, p. 206.

²³ GIROUX N. et GIORDANO Y. Les deux conceptions de la communication du changement. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, p.141.

La Conseillère en Ressources Humaines de Rothschild, confirme cette analyse : « *le principal frein à la reconversion était la peur du changement, liée à une insuffisante culture de la mobilité : cela provoquait une angoisse face au changement, un doute quant à sa capacité à transposer ses compétences dans un autre service, la peur de ne pas être à la hauteur* ».

Cette résistance au changement peut néanmoins être surmontée.

Tout d'abord, il faut signaler que certains auteurs considèrent que la résistance au changement est un faux problème. Pour Thierry CHAVEL, « *elle n'est qu'un mot : si une chose est inscrite au patrimoine de l'humanité, génétique ou culturel, c'est bien l'adaptabilité. Le changement organisationnel, quand il est expliqué, peut produire des réactions, susciter des discussions, voire des conflits et des négociations (les syndicats sont faits pour ça), des logiques d'acteurs peuvent s'affronter. Mais en aucun cas, un groupe ou un individu ne développe une stratégie de résistance au changement* »²⁴. Le « *mythe* » de la résistance au changement est un « *mensonge sociologique* ». Les individus n'ont aucune tendance naturelle à résister au changement.

Ce que les sociologues des organisations appellent « *résistance au changement* » serait en fait plutôt une réticence à la façon de présenter le changement : « *ce à quoi les gens résistent, n'est pas tant le changement que la façon dont il est (re)présenté, c'est-à-dire les imaginaires qu'il véhicule* »²⁵.

Si une résistance au changement se fait jour, c'est donc la plupart du temps à cause « *de communications inappropriées* »²⁶.

Ce point de vue ne semble pas inconciliable avec la théorie de CROZIER et FRIEDBERG : les individus « *résistent* » au changement car la façon dont il leur est présenté leur laisse penser qu'ils ont plus à y perdre qu'à y gagner.

Pour résoudre ce problème, rien ne sert de « *décréter* » le changement, sinon on encourt un risque de blocage : « *Il s'agit moins de « convaincre de changer » que de donner envie de changer* »²⁷. Les pouvoirs publics ont bien compris les mécanismes de la résistance au changement, puisque la circulaire DH/FH1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé souligne que

²⁴ CHAVEL T. *op. cit.*, p.37.

²⁵ *Ibid.*, p.37.

²⁶ KOURILSKY F. La communication, levier du changement à l'hôpital. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n°19, 3^e trimestre 1996, p.19.

²⁷ KOURILSKY F. Comment ne pas bloquer le changement ? *Gestions Hospitalières*, n°385, Avril 1999, p.266.

« l'adhésion au projet sera [...] subordonnée au bénéfice que les personnels pourront individuellement y trouver »²⁸.

Une communication positive sur le changement doit permettre aux agents de voir ce qu'il peut leur apporter. « *Le management du changement est avant tout une affaire de pédagogie. [...] Tout le problème est de créer le désir de changer et d'obtenir la coopération de l'autre* »²⁹.

C'est ce que la Direction de l'hôpital Rothschild a voulu faire dès le début de la reconversion, à travers son leitmotiv « transformer la contrainte en opportunité ». Mais a posteriori, le DRH de l'époque estime que cela était prématuré : il fallait d'abord laisser aux agents le temps de faire le deuil de l'ancien hôpital.

Durant l'étape de deuil, il est difficile de progresser dans le processus de restructuration, mais le personnel doit franchir cette épreuve pour pouvoir ensuite s'adapter au nouveau poste, en fonction de motivations parfois difficiles à satisfaire.

1.2.1.2 Du deuil à l'adaptation en fonction des motivations individuelles

1.2.1.2.1 Le « deuil », une série d'étapes à respecter

« Une restructuration, c'est le choc entre le rationnel et l'émotionnel »³⁰ : même les agents qui comprennent et qui adhèrent aux raisons du changement (ce qui n'est pas le cas de tous) sont affectés par la restructuration.

En effet, le personnel de Rothschild développe une relation affective envers « son » hôpital : « *C'est un petit hôpital attachant par sa dimension historique, familiale, par ses activités. Il y a un fort sentiment d'appartenance à Rothschild, renforcé par la politique sociale de la Direction en termes de communication et de festivités* »³¹. Certains agents emploient en effet des termes très affectifs, en décrivant Rothschild comme leur « *cocon* », leur « *petite maison* »³² et en reconnaissant avoir du mal à « *couper le cordon ombilical* ».

²⁸ Circulaire DH/FH1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé, Bulletin Officiel n°99/15.

²⁹ KOURILSKY F. La communication, levier du changement à l'hôpital. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n°19, 3^e trimestre 1996, p.19.

³⁰ GROUPE LAENNEC. *op. cit.*, p.263.

³¹ Entretien avec l'ancien DRH de Rothschild

³² entretien avec un IDE de rééducation neurologique.

Or, en obligeant la mobilité, la restructuration va entraîner pour les agents une rupture avec leurs habitudes, leurs repères et l'équipe à laquelle ils étaient attachés.

C'est pourquoi on peut concevoir que « *la première réaction face au changement est le sentiment de la perte (du contenu de travail, du projet de vie, etc.)* »³³.

Le changement occasionné par une restructuration nécessite donc un véritable travail de « deuil » de la part des agents, que tout responsable se doit de respecter et d'accompagner, faute de quoi les individus s'enferment dans la nostalgie d'un passé idéalisé qui les empêche de se projeter dans l'avenir.

La Conseillère en Ressources Humaines de l'hôpital Rothschild estime que les agents concernés par la restructuration traversent tous « *différentes phases de deuil : la non-acceptation, la révolte, un abattement proche de la dépression, puis la reconstruction* ».

E. KUBLER ROSS propose un découpage similaire, autour de sept grandes étapes : le déni, la colère, le marchandage, la peur, la tristesse, l'acceptation et la mise en œuvre d'une nouvelle énergie.

Le discours des agents de Rothschild illustre parfaitement ces différentes étapes :

- **la colère :**

« *A l'annonce de la restructuration, c'était la catastrophe. Je trouvais que c'était du gâchis* »³⁴.

- **la peur :**

« *La restructuration a démoli certains agents. Je connais une IDE brillante qui a perdu les pédales, elle ne savait plus comment faire son travail : c'est un traumatisme qui peut aller loin* »³⁵.

- **la tristesse :**

« *L'accueil de l'annonce de la restructuration a été dramatique en chirurgie viscérale. Certains ont pleuré. Il y a eu des déprimés* »³⁶.

³³ CHAVEL T. *op. cit.*, p. 222.

³⁴ Entretien avec le CSI de gériatrie, anciennement surveillante de bloc.

³⁵ Entretien avec un CI de rééducation, anciennement en chirurgie viscérale.

³⁶ Entretien avec le CSI de rééducation, anciennement en chirurgie viscérale.

« Introduire de l'incertitude après parfois vingt ans d'immobilisme a eu un impact sur la psychologie des agents. Certains ont souffert, quelques-uns ont même fait des dépressions »³⁷.

« On a transféré le service, mais l'âme est restée à Rothschild. Certains sont dans le regret du passé, ce qui constitue un handicap pour les nouveaux qui ont besoin de l'expertise des anciens, or ces derniers doivent d'abord arriver à enterrer le passé. C'est plus difficile que ce que je croyais, ça prendra plus de temps que prévu »³⁸.

- **l'acceptation :**

« Faire les cartons à l'occasion du déménagement a aidé les agents à se voir changer »³⁹.

- **l'adaptation et la mise en œuvre d'une nouvelle énergie :**

« L'annonce de la restructuration, c'était un chamboulement total, désagréable pour les agents, mais ça fait du bien de le vivre »⁴⁰.

« Le deuil s'est fait naturellement. J'ai été surprise des ressources que j'avais en moi pour m'adapter. En fait, je me suis rendu compte que je pouvais m'adapter partout. Je connais une soignante qui a suivi le service de chirurgie viscérale par goût pour la discipline : aujourd'hui, elle est en arrêt maladie pour dépression. C'est peut-être une sorte de deuil différé car dans un autre hôpital, avec de nouveaux collègues, le service n'est plus le même »⁴¹.

Cette anecdote souligne la nécessité de passer par cette série d'étapes de deuil, même lorsque l'on suit son service à l'occasion d'un transfert. Il faut accepter de quitter un service tel qu'il était avant, dans les anciens locaux et avec l'ancienne équipe. Vouloir nier la nécessité de ce deuil est un leurre car les émotions réprimées resurgiront plus tard, plus violemment et avec des conséquences pouvant s'avérer plus graves.

Tout manager doit connaître ces différentes étapes pour ne pas commettre d'erreur dans sa stratégie de communication. En effet, comme l'explique T. CHAVEL : « Succédant à une phase de séparation où l'on prend réellement conscience que « plus rien n'est comme avant », en étant centré sur ce que l'on perd, la phase la plus critique d'un processus de transition est la crise, au cours de laquelle on reste très centré sur l'instant présent, traversé

³⁷ Entretien avec l'ancien DRH de Rothschild, présent de 1995 à 1999.

³⁸ Entretien avec le CSI du MIT, transféré à l'hôpital Tenon.

³⁹ Entretien avec le CSI de rééducation, anciennement en chirurgie viscérale.

⁴⁰ Entretien avec le CSI de gériatrie, anciennement surveillante de bloc.

⁴¹ Entretien avec un CI de rééducation, anciennement en chirurgie viscérale.

par des moments de doute, des sentiments d'abandon et de remise en question très forts (de son métier, de sa carrière, de sa vie privée). On est encore incapable d'adhérer à une vision positive du changement, qui caractérisera la phase suivante de renaissance. Tout message managérial stimulant à ce stade de telles dimensions (anticipation, optimisation, prise de risque, innovation...) se solde par un échec, parce que l'on n'a pas encore fait le cheminement intime, comparable à un processus de deuil »⁴².

Il faut donc éviter de communiquer sur l'intérêt qu'il peut y avoir à changer tant que le processus de deuil n'est pas suffisamment avancé et que l'individu est en phase de crise.

Ce que confirment DONATO, BOULET et DE CRESCENZO dans leur étude sur l'impact de la reconversion de Rothschild sur les personnels. Les auteurs font référence à la psychanalyse pour affirmer que le deuil comporte « *deux phases différentes et successives. D'abord un refus nécessaire et violent, sorte de déni du réel [...]. Dans un deuxième temps, le refus, s'il a été vécu et exprimé, peut faire place à une acceptation (plus ou moins dépressive) de la réalité. Le remaniement va alors devenir possible parce qu'il a été, et seulement s'il a été, dans un premier temps, plus ou moins vigoureusement rejeté* »⁴³. Le passage par les phases de déni, de colère et de tristesse est donc nécessaire à la réussite future du changement. Or, dans le cas de Rothschild, on peut se demander si la direction n'a pas cherché « *involontairement sans doute, à entrer directement dans le deuxième moment de ce processus de deuil ?* »⁴⁴.

C'est en tout cas l'analyse du DRH qui a accompagné les débuts de la restructuration de Rothschild, de 1995 à 1999 : « *On a sous-estimé la nécessité d'un deuil des agents par rapport à l'ancien hôpital, aux anciennes activités. On a voulu trop vite "positiver" le changement. Il aurait fallu consentir une phase de deuil d'environ six mois* ».

Cependant, pour l'actuelle DRH, il faut aussi éviter de tomber dans l'excès inverse : « *La Direction, souligne-t-elle, ne doit pas minimiser la difficulté de changer, mais doit éviter l'écueil inverse : tomber dans l'excès d'affectivité* ».

La création d'un poste de psychologue du travail, comme cela a été fait à Rothschild, semble constituer une solution pertinente pour prendre en compte la souffrance du personnel pendant cette période de deuil. En outre, le fait qu'il s'agisse d'une personne

⁴² CHAVEL T. *op. cit.*, p. 16.

⁴³ DONATO J., BOULET C. et DE CRESCENZO J-C. *Reconversion de l'hôpital Rothschild : étude de l'impact de la reconversion sur les personnels*, Aix-en-Provence : Université de Provence, Avril 1998, pp.45-46.

⁴⁴ *Ibid.*, pp.45-46.

identifiée, bien distincte de la Direction, permet sans doute aux agents de se confier plus facilement.

Le processus de deuil semble donc constituer un « mal nécessaire » pour que le changement puisse être accepté et pour que l'agent s'investisse de façon positive dans ses nouvelles activités : il s'agit donc en quelque sorte d'accepter de « perdre du temps pour en gagner ensuite ».

Ainsi, trois ans après son affectation dans un nouveau service, une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne témoigne : « *Tout cela est désormais bien terminé, le deuil est fait depuis ma décision d'aller en gériatrie. Je suis passée à autre chose depuis longtemps. Ce serait catastrophique si j'étais restée bloquée sur le passé !* »

Six ans après son changement d'affectation, le CSI de rééducation constate : « *Aujourd'hui, on ne parle plus de la restructuration, c'est du passé. Un peu de nostalgie de temps en temps mais à peine. Le problème actuel, c'est les 35 heures !* »

Une fois que le processus de deuil est arrivé à son terme, un chapitre de l'histoire professionnelle est donc refermé et l'agent peut repartir sur de nouvelles bases.

Le témoignage du CSI de rééducation illustre bien l'ensemble des étapes du deuil et la dialectique existant entre déni et acceptation : « *Cette reconversion fut pour moi une réelle remise en question. Il m'a fallu dans un premier temps "faire le deuil" du service de chirurgie digestive et de mon ancienne équipe avec laquelle j'avais tissé des liens et, dans un second temps, prendre la responsabilité d'un tout nouveau service avec une équipe nouvelle. [...] Ce qui fut particulièrement difficile à vivre, c'est toute la période préliminaire à la fermeture du service de chirurgie générale et digestive, le travail d'accompagnement et de mobilisation des équipes, l'absence de dates précises concernant son départ définitif. Les dates déterminées et le départ concrétisé, les lamentations ont laissé place à la tristesse puis, il a fallu puiser en soi le courage de repartir sur de nouvelles bases. [...]* L'atout majeur [de la reconversion] est la découverte de nouvelles pathologies et de nouvelles techniques. Je résumerai ma reconversion comme "la transformation d'une contrainte en opportunité". Ma nouvelle fonction me permet de bouger, de quitter un univers connu donc sécurisant, et de prouver que je peux mettre en route de nouvelles choses avec de nouveaux collaborateurs. [Cette reconversion est] un "coup de jeune". »⁴⁵

⁴⁵ Témoignage du CSI du pôle de rééducation. *Expressions*, Hôpital Rothschild : Mars 2000, p.9.

1.2.1.2.2 La nécessité de gérer des profils et des motivations très divers

La rumeur, la résistance au changement et le deuil ne sont pas les seuls obstacles au changement. Vient s'y ajouter la diversité des profils et des motivations des agents, qui rend la gestion individuelle des dossiers nécessaire mais longue et complexe.

Certains profils de soignants en termes de diplômes, d'âge, et d'ancienneté sont plus difficiles à gérer que d'autres.

Tout d'abord, on constate que plus l'ancienneté des agents dans l'hôpital et dans leur service est grande, plus le changement semble difficile.

A l'hôpital Rothschild, le turn-over est restreint : beaucoup de personnes exercent depuis longtemps (parfois depuis plus de 20 ans) dans le même établissement, voire dans le même service. Certaines IDE ont été formées sur le site, puis ont ensuite pris un poste sur place, avant de devenir cadres dans le service où elles avaient exercé en tant qu'infirmières. Il existe même des « dynasties » de personnels dans lesquelles parents et enfants travaillent à Rothschild.

La stabilité de certains soignants s'explique par un phénomène de génération : « *Moi, je n'ai jamais quitté mon service, mais je fais partie d'une génération de soignants où la stabilité était une qualité, elle était garante de compétences très pointues. Maintenant, c'est la mobilité qui est valorisée, il faut être polyvalent* »⁴⁶. Il est vrai que sur l'ensemble de l'AP-HP, les jeunes diplômés sont aujourd'hui beaucoup plus ouverts au changement professionnel : « *Les périodes de stabilité à un même poste sont de plus en plus restreintes, pour les plus jeunes la durée ne dépasse pas cinq ans, la demande de mutation étant tout à fait volontaire* »⁴⁷.

L'ancienneté a en tout cas pour effet de compliquer le changement : « *La restructuration a été difficile pour ceux qui étaient là depuis longtemps, car à 40 ans ou plus, il n'est pas évident de se remettre en question* »⁴⁸.

Un CSI proche de la retraite témoigne aussi en ce sens : « *Ce n'était pas facile, je me serais bien passée de la restructuration, à trois ans de la retraite ! Je me suis contrainte*

⁴⁶ Entretien avec le CSI de rééducation.

⁴⁷ GAMBRELLE G. La mobilité professionnelle des infirmiers à l'AP-HP. *Objectifs Soins*, n°36, Octobre 1995, p.25.

⁴⁸ Entretien avec un CI de rééducation.

à transformer cette contrainte en opportunité ! J'étais programmée pour finir ma carrière dans la discipline où je l'avais commencée, mais je n'ai pas eu le choix ».

Ce turn-over restreint s'auto-entretient car une mobilité faible accroît le sentiment d'appartenance à un service et/ou à un établissement. Les cadres, ont plus le sentiment d'appartenir à un établissement qu'à un corps ; les IDE sont, eux, plus attachés à leur métier (et souvent à une discipline d'exercice) qu'à un établissement, ce qui explique qu'ils suivent souvent leur service à l'occasion d'un transfert ; quant aux AS, ils développent un appartenance à une équipe : leur mobilité dépend alors souvent de celle de leur équipe⁴⁹.

Le changement est beaucoup plus facile à mener avec les agents qui sont à Rothschild depuis peu de temps et/ou qui étaient informés du projet de transfert ou de fermeture du service au moment où ils l'ont intégré : « *La reconversion ne constitue ni une contrainte, ni une opportunité, car elle était prévue dès mon embauche* »⁵⁰.

Outre l'ancienneté, une seconde caractéristique du profil des soignants peut freiner le changement, : les éventuelles restrictions d'aptitude.

Un des principes de la reconversion, négocié avec les partenaires sociaux, a été de « conserver » sur le site de Rothschild, à de nouveaux postes, les personnes en grande difficulté du fait de restrictions d'aptitude ainsi que les agents proches de la retraite, peu désireux de changer d'établissement, et pour lesquels peu d'établissements sont demandeurs du fait de traitements élevés liés à la fin de carrière.

Les agents qui sont les plus fragiles ou qui ont des restrictions d'aptitudes très contraignantes n'ont que peu de chances de muter et ne peuvent être affectés que sur des catégories de postes limitées. Une IDE de consultation raconte qu'elle a « *des problèmes de santé* », qu'il lui « *faut un poste doux* » : « *J'ai toujours été aux consultations. Je dois y rester parce que sinon, il faudrait que je réapprenne le travail* ».

Le site doit donc intégrer ces personnes car « *gérant des titulaires, les hôpitaux publics n'ont pas [...] la possibilité de se séparer de ceux [...] que les aléas de l'existence ont rendu improductifs* »⁵¹. Cette intégration a souvent lieu en surnombre. L'augmentation proportionnelle de ces profils au sein des services rompt un certain équilibre. Selon la Directrice de Rothschild, « *ceux qui partent le plus facilement sont en général les plus jeunes*

⁴⁹ BIHAN D. *Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet*. Mémoire d'Infirmier Général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001, p.15.

⁵⁰ Entretien avec une technicienne d'études cliniques du MIT.

⁵¹ LAMY Y. *op. cit.*, p.16.

et les plus diplômés, et ceux qui ont le moins de restrictions d'aptitude. Il s'ensuit donc un vieillissement global du personnel de Rothschild et un maintien en surnombre d'un certain nombre d'agents en difficulté, peu qualifiés ou présentant des restrictions d'aptitude. »

Conséquence : une relative perte dans la qualité du travail, des problèmes de dépassement des crédits de personnel et de déséquilibre du tableau des emplois. Cette difficulté va aller croissant à l'hôpital Rothschild car une vingtaine d'agents présente aujourd'hui de telles restrictions d'aptitude, soit 2% des effectifs actuels de l'établissement. Mais avec la reconversion et le passage de 980 à 475 emplois, la proportion de ces agents s'élèvera mécaniquement en fin de reconversion à environ 4%.

Outre l'ancienneté et les restrictions d'aptitude, ce sont aussi les exigences et priorités des agents qui font obstacle au changement. Il est normal que les agents fassent valoir leurs revendications car la restructuration modifie leurs habitudes, leurs pratiques professionnelles : elle les oblige à actualiser leurs compétences et constitue un événement marquant dans leur vie professionnelle. Mais cela crée une difficulté pour ceux qui doivent gérer l'ensemble des souhaits d'affectation des agents, car au lieu de participer à la construction d'un projet professionnel, les agents adoptent souvent une attitude attentiste : *« Dans l'esprit des agents, l'établissement se devait de leur retrouver un poste. On a pu entendre des agents dire : "J'attends de voir ce que l'on va me proposer" »*⁵².

Les responsables des Ressources Humaines doivent ainsi concilier et satisfaire des priorités à la fois professionnelles (un travail dans le cadre de ses compétences), personnelles (géographie, horaires, crèche, parking...) et structurelles (organisation du travail).

Parfois le critère prioritaire est d'ordre géographique (temps de transport, proximité du site par rapport au domicile...) comme le reconnaît une AS : *« Je souhaite, plus que tout, rester sur Rothschild, ne serait-ce que pour des questions de transport »*⁵³. Selon la Directrice de Rothschild, *« les conditions d'accueil sur le nouveau site peuvent constituer un frein pour les agents (taille du site, parking, crèche...). Lors des transferts de la chirurgie viscérale à Bichat, au nord de Paris, et de la chirurgie orthopédique à l'HEGP, à l'ouest, relativement peu d'agents ont suivi, pour des raisons géographiques notamment »*.

D'autres fois, la motivation est liée au contenu du poste, à la discipline médicale d'exercice : en général, les agents suivent alors leur service quand il est transféré. *« Un des*

⁵² Entretien avec la représentante SNCH.

⁵³ in TRABACCHI G. et CHAUMIN D. Dossier Rothschild. *AP-HP Magazine*, n°84, Mai-Juin-Juillet 2001, p.16.

principaux leviers du changement réside dans l'intérêt porté par les agents à l'activité de leur service. Cet intérêt est variable selon la catégorie de personnel concernée. L'intérêt envers le changement est plus marqué chez les plus diplômés »⁵⁴.

C'est généralement un de ces deux critères (géographie ou discipline d'exercice) qui domine et qui dicte le sens du changement. Ainsi, par exemple, de nombreux agents ont intégré le service de gériatrie par souci de demeurer sur le site de Rothschild. Un ancien AS de médecine interne, désormais affecté en gériatrie, témoigne : « *La restructuration ne m'a pas inquiété : peu d'agents voulaient travailler en gériatrie. Moi-même, je n'étais pas spécialement motivé par la gériatrie : c'était plus pour rester à Rothschild* ».

Quand les agents cumulent ces différents facteurs (âge, ancienneté, restriction d'aptitude et critères géographique), le changement est souvent limité au minimum. « *La mobilité est surtout géographique, interne (par changement de service, et donc de discipline, ce qui n'est pas anodin) ou externe. Les changements de métier, la préparation de concours ont été plus rares. La restructuration a accru la mobilité des plus motivés et des plus qualifiés, qui ont saisi l'opportunité de partir avant qu'on ne les y oblige* »⁵⁵.

Ainsi, prendre en compte les situations individuelles dans la conduite d'une restructuration est une tâche complexe, qui requiert du temps d'écoute et de pédagogie auprès du personnel. C'est en cela que la diversité des profils et des exigences peut constituer un frein au changement. Mais cela ne bloque pas le processus de changement, car, comme en témoignent les soignants eux-mêmes, tout le monde parvient à s'adapter à son nouveau poste. Un effort est certes nécessaire pour changer de rythme et d'organisation et pour reconstruire un réseau relationnel. C'est ce qui s'est passé lors du transfert du MIT à l'hôpital Tenon : « *Les premières semaines d'adaptation ont été dures, les agents voulaient retourner à Rothschild, car c'est un petit hôpital qu'ils connaissent bien. Tenon symbolisait l'inconnu, il fallait s'adapter à une nouvelle organisation, une nouvelle architecture* »⁵⁶.

Mais l'adaptation finit toujours par se faire d'elle-même : « *Après l'arrivée dans le nouvel établissement, les agents regrettent en général leur choix, mais cela ne dure que deux ou trois mois maximum, le temps de retrouver des repères et un fonctionnement normal du service* »⁵⁷.

⁵⁴ Entretien avec la Directrice de l'hôpital Rothschild.

⁵⁵ Entretien avec la DRH.

⁵⁶ Entretien avec un CI du MIT.

⁵⁷ Entretien avec la CRH.

Ainsi, la réticence et les exigences des agents confrontés au changement constituent une contrainte forte pour l'équipe de Direction qui entend conduire une restructuration. Cette attitude rend nécessaire une gestion au plus près des individus.

Mais ces contraintes internes liées aux agents ne sont pas les seules : un certain nombre d'obstacles dus à la rigidité et à la diversité de la structure hospitalière pèsent aussi sur la conduite humaine du changement.

1.2.2 La structure hospitalière : rigidité et diversité

La structure hospitalière correspond au modèle de la « *bureaucratie professionnelle* »⁵⁸, où le changement est très long à mettre en œuvre.

1.2.2.1 Un changement lent à mettre en œuvre

1.2.2.1.1 L'hôpital, une « bureaucratie professionnelle »

L'analyse de l'hôpital en tant que « bureaucratie professionnelle », théorie empruntée à la sociologie des organisations, permet de comprendre pourquoi il est difficile d'y impulser un changement.

Dans son ouvrage de référence, *Structure et dynamique des organisations*, MINTZBERG se base sur le mode de coordination des activités comme critère d'analyse d'une organisation et détermine ainsi des « catégories naturelles » d'entreprises. Il dresse une typologie des organisations en fonction des éléments de structure (spécialisation des tâches, formation et éducation, regroupement, taille des unités...) et des éléments d'environnement (nature et taille, pouvoir, environnement...).

Selon MINTZBERG, chaque organisation possède cinq composantes de base :

- le sommet stratégique : le directeur général et les cadres dirigeants ;
- le centre opérationnel : les producteurs de biens et/ou de services de l'organisation ;
- la ligne hiérarchique : les cadres, relais entre le sommet stratégique et le centre opérationnel ;

- la technostructure : les analystes qui assurent la planification et le contrôle du travail ;
- le personnel fonctionnel ou support logistique qui fournit des services indirects à l'entreprise, la cuisine par exemple à l'hôpital.

Dans une bureaucratie professionnelle, c'est le centre opérationnel qui prime, dominé par des professionnels qualifiés ; le sommet stratégique est restreint, la technostructure réduite, les fonctions de support logistique sont importantes et la ligne hiérarchique particulière.

La structure laisse beaucoup de pouvoir au centre opérationnel composé de professionnels sans lesquels l'organisation ne serait pas viable et qui bénéficient donc d'une grande autonomie. L'hôpital entre dans ce cadre puisque son fonctionnement repose sur les médecins, qui en constituent le centre opérationnel. Le sommet hiérarchique est composé, à l'hôpital, du directeur de l'établissement et de l'équipe de direction qui ont un rôle d'arbitrage et d'interface avec l'extérieur, notamment avec la tutelle.

Dans le cas de l'hôpital, la technostructure « *est remarquable par sa légèreté* »⁵⁹ : elle revêt une dimension administrative (normalisation des services de support logistique) et soignante (normalisation des services de soins assurée par le Directeur des soins). La technostructure « *n'est quasiment pas nécessaire car la majeure partie de la normalisation est le fruit de la formation, qui se fait à l'extérieur de la bureaucratie professionnelle* »⁶⁰.

Par ailleurs, la logistique est importante à l'hôpital : conformément au schéma de la bureaucratie professionnelle, les prestataires des services de soins sont multiples (cuisine, magasins, lingerie, vaguemestre...). et permettent de réaliser de forts gains de productivité.

Enfin, la ligne hiérarchique est complexe puisqu'elle se caractérise par un pouvoir hiérarchique descendant de l'équipe de direction sur les personnels soignants, administratifs et techniques, mais aussi par une absence de lien hiérarchique entre le corps médical (centre opérationnel) et la Direction (sommet hiérarchique).

L'hôpital apparaît donc comme une bureaucratie professionnelle. Or, selon MINTZBERG, dans ce type d'organisation, le changement est « *long et douloureux* » car « *tout le monde doit être d'accord sur le changement, et pas seulement une poignée de responsables ou de représentants professionnels* »⁶¹.

⁵⁸ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation, 1982.

⁵⁹ CREMADEZ M. et GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : InterEditions, 1992.

⁶⁰ MINTZBERG H. *op. cit.* p.286.

⁶¹ *Ibid.*, p.325.

L'analyse du changement développée par G. BATESON, fondateur de l'École de Palo Alto, rejoint celle de MINTZBERG. BATESON distingue deux types de changement dans les systèmes humains : le changement qui intervient à l'intérieur d'un système (changement de type 1), qui permet le maintien de l'homéostasie ; et le changement qui modifie le système lui-même (changement de type 2) ou « évolution ». Une restructuration constitue un changement de type 2. Or, l'accès à ce type de changement suppose une transformation des règles qui régissent le système, ce qui prend du temps et nécessite l'accord de toutes les parties.

Etant donné le cloisonnement entre les différentes composantes de la bureaucratie professionnelle, doublé à l'hôpital d'un cloisonnement entre services, mener une politique globale, transversale, comme l'est par nature une restructuration, est en effet une entreprise difficile et de longue haleine. Il s'agit d'abord de faire accepter par tous le principe même de la restructuration. Cela a pris du temps à l'hôpital Rothschild : annoncé en 1994, le projet de reconversion n'a été finalisé et accepté sous forme de projet médical que plusieurs années plus tard. Il a d'abord fallu vaincre les réticences des médecins et des personnels.

1.2.2.1.2 *Le temps : allié ou ennemi du changement ?*

La gestion du temps est un enjeu majeur dans un processus de restructuration. « Allié » du changement dans la phase de préparation, en amont du changement, le temps peut devenir son « ennemi » lorsque les transferts de service prennent du retard.

En effet, il faut *« du temps [...] pour préparer et conduire, administrativement et techniquement, le redéploiement ; mais plus encore pour permettre aux personnes concernées d'en comprendre la nécessité, puis de s'y accoutumer et de s'y préparer, afin d'en saisir les opportunités pour leur propre développement professionnel. Convenablement géré, l'investissement temps consenti pendant la préparation s'avère ensuite productif de résultats et permet de réduire les délais de réalisation lors des étapes ultérieures »*⁶².

« *L'intégration du temps dans une stratégie de changement est [donc] une condition fondamentale de sa réussite* », car une préparation très en amont est nécessaire pour faire évoluer les mentalités. Le DRH présent de 1995 à 1999 explique qu'il « *s'agissait de préparer les choses avec progressivité afin d'habituer au changement des gens qui n'avaient pas bougé depuis parfois vingt ans* ». Il faut laisser au personnel le temps de faire le deuil de son ancien service ou de l'ancien Rothschild. « *Le travail du temps écoulé a permis de*

⁶² LAMY Y. *op. cit.*, p.29.

changer les données initiales psychologiquement, les esprits ont évolué et se sont apaisés »⁶³.

Il ne faut pas précipiter les choses mais plutôt procéder par étapes et éviter que tous les services soient concernés en même temps par la restructuration. Une première phase, dite préventive, permettra de sensibiliser les individus au changement et de les aider à l'accepter et à s'y préparer. Une seconde phase, dite préparatoire, permettra, elle, l'étude des données techniques, organisationnelles, architecturales, humaines propres au contexte de l'établissement concerné par la restructuration.

A l'hôpital Rothschild, chaque transfert de service est préparé très en amont, sous forme de comité de pilotage, un an et demi à deux ans avant le mouvement effectif. L'équipe de la DRH souligne que cette méthode permet de ne rien omettre et de tenir un langage transparent aux agents qui ont le temps de mener de véritables projets professionnels mûrement réfléchis en dehors de la précipitation et de l'angoisse.

Pour chaque opération, la DRH élabore un rétro-planning à partir d'une date de transfert prévue : la procédure d'accompagnement social est déclenchée un an avant le transfert ou la fermeture du service concerné.

Par exemple, afin de préparer le transfert de l'hépatogastro-entérologie (prévu initialement en mars 2002, mais retardé par la faillite d'une des entreprises de travaux aménageant le site d'accueil) une première réunion d'information à destination des personnels a été organisée un an avant la date prévue de transfert, afin de laisser le temps aux agents d'élaborer leurs PPP puis de rencontrer la DRH et la Direction des Soins. Ces dernières devaient ensuite négocier les mutations et les formations avant le transfert effectif du service. (cf. annexe 8).

Le temps constitue ainsi un atout précieux pour préparer un changement réussi.

Mais si les agents ne voient rien changer, ils vont douter de la réalité des changements annoncés et se démobiliser. *«Il convient donc, très vite, de prendre des mesures ayant vocation à constituer des "actes symboles" et destinées à crédibiliser la volonté réelle de mettre en œuvre les transformations annoncées »⁶⁴.* A l'hôpital Rothschild, le transfert de la chirurgie viscérale est un exemple d'*« acte symbole »* car il est intervenu très rapidement, dès 1996 pour une restructuration décidée l'année précédente, témoignant ainsi de la volonté de l'AP-HP de se transformer rapidement.

⁶³ *Ibid.*, p.19.

⁶⁴ ALECIAN S. et FOUCHER D. *op. cit.*, p.107.

Cependant, les opérations de transferts et de fermetures suivantes ont systématiquement pris du retard par rapport aux échéances initialement prévues. Le temps est alors devenu l'ennemi du changement.

L'étalement dans le temps du processus de reconversion « *qui pouvait représenter un atout en faveur d'une évolution progressive et maîtrisée, s'est retourné en handicap supplémentaire à cause des nombreuses modifications du calendrier de départ des différents services* »⁶⁵. Les transferts de service ont souvent été repoussés du fait de la difficulté de maîtriser la durée des travaux d'aménagement sur le site de Rothschild et dans les hôpitaux d'accueil. Cette situation pose de multiples problèmes : perte de crédibilité de la Direction, démotivation des agents et départs anticipés. Quelles solutions peut-on y apporter ?

Les témoignages de l'ensemble des acteurs de la reconversion de l'hôpital Rothschild convergent : les différés dans le calendrier des transferts ont constitué un handicap majeur qui a eu pour conséquence d'entamer le capital de confiance de la Direction. Une représentante syndicale explique ainsi que les différés ont transformé le départ de certains services en « *mythe* ». « *Le personnel n'y croit plus* ». Le Chef du personnel souligne lui aussi que « *les différés ont été difficiles à gérer. Il y avait un problème de circuit de l'information. La CFDT avait son propre réseau d'information et annonçait les différés avant la Direction qui n'était pas encore au courant... La Direction avait du mal à se positionner, elle attendait d'avoir des informations fiables avant de les diffuser. Cela a nui à notre crédibilité, plus personne ne croyait à rien* ».

La question des différés met en jeu un des fondements de l'autorité de l'équipe de Direction : le rôle de guide de l'organisation. « *Le dirigeant doit définir et dresser les contours d'un changement qu'il n'est pas en mesure de connaître totalement et qu'il ne peut pas totalement maîtriser. Le changement confronte à l'inconnu et apparaît alors antinomique avec le rôle du leader qui est de définir et de guider l'organisation vers des objectifs préalablement évalués et choisis* »⁶⁶. C'est pourquoi l'enjeu de la gestion du temps est capital et requiert attention et efforts dans le cadre de la conduite du changement.

Le personnel interrogé signale un problème connexe à celui des différés : celui de la qualité des soins et de l'environnement de travail dans un service « perpétuellement sur le

⁶⁵ DONATO J., BOULET C. et DE CRESCENZO J-C. *op. cit.*, p. 45.

⁶⁶ PERRET V. La gestion ambivalente du changement. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, p.92.

départ ». Les soignants ont l'impression d'assurer la gestion du quotidien, déconnectée de tout projet de soins. Il s'ensuit une perte de motivation générale.

Un cadre supérieur témoigne de la difficulté de retenir les agents quand la date du transfert approche car « *il n'y a plus de projet de service, on est englué dans la gestion au quotidien, il n'y a plus de problématique prospective* ». Un IDE de rééducation neurologique note le même phénomène : « *C'est déstabilisant de voir le calendrier changer. Quand on s'investit dans un service, c'est difficile de passer le cap quand le départ approche, il y avait un sentiment de flottement palpable, une perte en qualité des soins et de l'environnement* ».

Autre difficulté liée aux différés, comment gérer le départ anticipé des agents qui ne souhaitent pas suivre le service à l'occasion du transfert et qui le quittent dès qu'ils en ont l'opportunité, laissant leur poste vacant pour une durée plus ou moins longue ?

En effet, selon la DRH de Rothschild, « *les retards dans les transferts entraînent un problème de visibilité : on ne sait pas quand libérer les agents qui désirent muter* ».

« *Beaucoup surveillent [...] les publications de postes et cherchent à anticiper leur départ par rapport à celui de leur unité, craignant [...] de n'être prévenu que six mois avant la date du redéploiement et de ne pas obtenir une mutation intéressante en si peu de temps* »⁶⁷. Cette attitude, compréhensible, n'en gêne pas moins le maintien d'un niveau optimal de prise en charge des patients. Ce d'autant plus que le problème, limité à l'origine aux agents qui ne souhaitent pas suivre le transfert, finit souvent par s'étendre à ceux qui avaient l'intention de suivre leur service, mais que les retards successifs du déménagement découragent.

Ce problème s'est posé dans le cadre du transfert du MIT qui a été retardé de quatre ans : annoncé en 1994, prévu pour 1998, il n'a été réalisé qu'en 2002. Cela a entraîné le départ de plusieurs agents qui ne voulaient plus attendre le transfert.

Examinons les événements entre 2001 et 2002 : prévu pour août 2001, le transfert a du être repoussé à novembre 2001 suite à la défection de certaines entreprises de travaux. Cette nouvelle échéance a de nouveau du être décalée au mois de janvier puis de mars 2002, compte tenu des travaux restant à réaliser après la livraison du bâtiment. C'est ainsi que fin octobre 2001, on comptait 9 postes d'IDE vacants dans le service, car plusieurs IDE ne désirant pas ou plus suivre le service devaient être mutés vers d'autres sites de l'AP-HP au 1^{er} novembre 2001. Il n'a pas été possible de différer la totalité de ces mutations, pour ne pas mettre en difficulté les hôpitaux qui recrutaient ces agents.

⁶⁷ REVELIN C. *Gestion des ressources humaines et restructuration : un projet et une méthode aux Hospices Civils de Lyon*. Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1998, p.43.

Si les soins pâtissent de la restructuration, la légitimité de celle-ci peut être remise en cause. Or, pour remplacer les titulaires partis, il est nécessaire de recourir à des contractuels ou à des suppléants, ce qui, par la force des choses, perturbe le fonctionnement du service. Mais le recrutement de titulaires est difficile dans un service dont le transfert est annoncé.

Les agents recrutés après l'annonce du transfert d'un service sont invités à passer un « contrat moral » avec le chef de service, en s'engageant à suivre le service lors de son transfert. Mais les différends ont parfois raison de ce « contrat moral », et, comprenant les motivations des agents qui partent de façon anticipée, la DRH ne juge pas opportun de tenter de les en dissuader : il s'agit de personnes préoccupées par leur avenir, qui ne sont plus motivées pour travailler dans un service qui va s'en aller. De plus, dans ce type de cas, les individus entreprennent une démarche personnelle et active, ce qui est précisément ce que la DRH tente de valoriser et d'encourager, afin d'éviter une trop grande prise en charge des situations individuelles, paternaliste, qui pourrait susciter détachement et démotivation.

Le fait de remplacer les titulaires souhaitant partir avant le transfert du service par des contractuels (CDD) pose un second problème. En effet, à chaque nouveau retard du transfert, ces CDD sont prolongés. Or, au bout d'un an, l'établissement est obligé de stagiairiser ces CDD. Si, une fois titulaires, ils refusent ensuite de suivre le service, l'hôpital est obligé de leur fournir un autre poste, ce qui augmente le nombre de réaffectations rendues nécessaires par la restructuration.

Mais il existe des solutions à l'ensemble de ces difficultés liées aux différends. Tout d'abord, « *la mise en place d'un dialogue social permanent* »⁶⁸ répond au problème de la perte de crédibilité. La Directrice de Rothschild confirme que « *la gestion des différends suppose une information constante en interne auprès du service concerné et une information des hôpitaux en attente de mutations depuis le service en question* ».

Pour éviter la perte de motivation et l'impression de « gestion à vue » dans un service en partance, des initiatives intéressantes peuvent être mises en place autour du projet de soins. En quelques mois, avant le transfert, la Direction des soins de Rothschild a entrepris de former les agents à des méthodes telles que la transmission ciblée ou la transfusion et les gestes d'urgence. Ces formations sur des thèmes ponctuels ont permis aux soignants de continuer à se sentir partie prenante à Rothschild : selon leurs propres termes, ils « ne se

⁶⁸ GROUPE LAENNEC. *op. cit.*, p.262.

sont pas sentis abandonnés »⁶⁹. Cela les a souvent valorisé dans leurs nouveaux services, où ils sont parfois devenus référents « transmission ciblée » ou « gestes d'urgence ». Une certaine culture du soin propre à Rothschild a ainsi été exportée à l'occasion des transferts. Cet effort de recentrage autour du soin semble une bonne méthode pour éviter que les agents ne se sentent démobilisés ou incapables de progresser, d'apprendre. *« Donner du sens dans le climat d'incertitude et de tourmente créé par les restructurations, c'est avant tout savoir revenir à la réalité quotidienne que sont la personne soignée et le soin »*⁷⁰.

A ces contraintes dues à la rigidité de la structure hospitalière, « bureaucratie hospitalière » où tout changement est long à mettre en œuvre, s'ajoute une difficulté supplémentaire pour qui veut conduire le changement : la diversité de la structure hospitalière, qui fait que chaque opération de transfert ou de fermeture est singulière et doit être traitée de façon particulière.

1.2.2.2 Un changement pluriel

*« Ce n'est pas la même chose de partir tout de suite, dans six mois ou dans deux ans. Ce n'est pas la même chose de partir pour l'HEGP, Bichat, Saint-Antoine ou la Salpêtrière. [...] Ce n'est pas la même chose enfin de devoir partir ou de pouvoir rester. C'est tout cela qui fait qu'il n'y a pas une contrainte générique et abstraite, mais bien plusieurs cas de figure particuliers avec des combinaisons complexes de ces différents paramètres »*⁷¹. C'est en cela qu'une reconversion hospitalière est difficile à gérer, car il n'existe pas de « règle » universelle, applicable en toute situation : le changement est multiforme, et ce y compris au sein d'un seul et même hôpital.

En fonction des données relatives au calendrier, à la configuration de l'opération (si tous les agents peuvent suivre le service ou seulement quelques-uns comme ce fut le cas pour la chirurgie viscérale), au site d'accueil, aux postes disponibles à Rothschild après le départ du service (les derniers à partir ont moins de chances d'être réaffectés à Rothschild car les postes restant à l'issue de la reconversion, moins nombreux que par le passé, sont déjà en grande partie pourvus), l'accompagnement des agents procédera d'un « dosage »

⁶⁹ Entretien avec le CSI de rééducation.

⁷⁰ COQUAZ C. *Les fusions hospitalières. Contribution de l'infirmière générale au changement* Mémoire d'Infirmier Général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 200, p.68.

⁷¹ DONATO J., BOULET C. et DE CRESCENZO J-C. *op. cit.*, p. 40.

différent. Ajoutés aux profils des agents, ces éléments compliquent encore la conduite du changement.

On peut dire qu'« *il n'y a [...] pas une mobilité mais des mobilités qui mettent en jeu des changements de nature et d'intensité variables et qui sont vécues différemment* »⁷².

La mobilité, mouvement volontaire, sur l'initiative de l'agent se caractérise par un changement d'affectation fondé sur la séparation du grade et de l'emploi. Ce terme « mobilité » regroupe à la fois la mobilité professionnelle ou horizontale (changement de métier, mise en œuvre de compétences nouvelles), la mobilité d'environnement (ou mutation, à l'issue de laquelle l'agent exerce le même type d'activités mais dans un autre lieu de travail ou une autre équipe) et la mobilité catégorielle ou verticale dans le cadre d'une promotion⁷³.

La mobilité regroupe donc quatre types de changements : de statut hiérarchique, de la nature du travail, d'appartenance organisationnelle, de lieu de travail.

La mobilité peut être verticale ou horizontale selon ses conséquences au niveau hiérarchique. La mobilité verticale consiste en une promotion, un changement de grade, tandis que la mobilité horizontale est neutre en termes de statut hiérarchique.

La mobilité peut aussi être thématique ou fonctionnelle lorsqu'elle implique un changement dans la nature du travail effectué. La mobilité thématique entraîne une simple évolution des thèmes de travail, alors que la mobilité fonctionnelle génère un changement profond d'activité, qui exige de nouvelles compétences.

La mobilité est parfois interne ou externe : tout changement de service à l'intérieur de l'administration d'origine est une mobilité interne. La mobilité externe consiste en un transfert vers une autre administration.

Enfin, les mobilités géographique et spatiale correspondent à un changement de lieu de travail. La mobilité géographique impose un changement de résidence tandis que la mobilité spatiale ne l'impose pas, le transfert étant réalisé dans une même zone géographique.

Ces diverses formes de changement ne sont pas exclusives les unes des autres mais cumulables. Le changement est donc pluriel, il peut prendre différents visages en fonction du contexte de la restructuration, des désirs des agents et des possibilités de réaffectation sur place ou dans un autre établissement.

⁷² GAMBRELLE G. *op. cit.*, p.25.

⁷³ BIHAN D. *op. cit.*, p.8.

Pour mettre en évidence ce caractère pluriel du changement, nous nous centrerons sur les différences symboliques et concrètes entre un transfert, à l'occasion duquel les agents peuvent suivre leur service, et une fermeture, qui les oblige à changer de poste.

1.2.2.2.1 *Les enjeux d'une fermeture de service*

Les fermetures de services constituent sans doute les opérations les plus complexes dans la mesure où elles ont pour conséquences à la fois des modifications de l'environnement de travail et une rupture des équipes. Elles provoquent généralement de nombreuses demandes de réaffectation à l'intérieur de l'hôpital.

A Rothschild, les Urgences et la réanimation ont fermé en 1999. Beaucoup d'agents, parmi les AS notamment, ont choisi de rester dans le même hôpital. L'ancien CSI des Urgences, aujourd'hui CSI du MIT, transféré à Tenon, estime qu'« *aux urgences, 80% des AS ont voulu rester à Rothschild à la fermeture* ». Le second choix le plus fréquent était de postuler dans un service d'Urgences dans un autre établissement de l'AP-HP, car le personnel reconnaît un fort attachement aux caractéristiques de la discipline "Urgences".

La fermeture de ces deux services a temporairement réveillé le mouvement de résistance au changement. Elle a été vécue comme le symbole de la fermeture d'un hôpital d'aigu. La disparition complète d'un service est psychologiquement plus dure à vivre qu'un transfert, le sentiment de deuil est encore plus fort. Un "atout" a cependant permis que cette double opération de fermeture se passe sans conflit : Rothschild disposait de postes à pourvoir, notamment en polyclinique et en consultation de médecine sans rendez-vous, disciplines de "substitution" aux Urgences.

D'autres cas, intermédiaires entre transfert et fermeture, ont été très délicats à gérer : le transfert de la chirurgie viscérale, qui n'a en fait concerné que quelques rares agents, et le transfert partiel du service de médecine interne-allergologie.

Alors qu'il était présenté comme un transfert intégral, le déménagement de la chirurgie viscérale a en fait consisté à « greffer » un chef de service et quatre IDE et deux AS sur un service déjà existant à Bichat. De ce fait, un certain nombre de personnes qui souhaitaient poursuivre leur activité au sein de ce service ont vu leur demande de mutation pour Bichat rejetée. C'est ce qui est arrivé à un IDE, en poste à Rothschild depuis 1980 en chirurgie viscérale. Quand il a appris que le service allait partir à Bichat, en 1996, il a exprimé son souhait de suivre son chef de service. Il faisait partie des quatre IDE choisis

par le chef de service. Mais il a finalement été refusé sur le motif qu'il avait suivi une formation de stomathérapie et qu'il y avait déjà un stomathérapeute à Bichat. Or, il avait toujours affirmé vouloir prendre un poste en tant que simple IDE et non comme stomathérapeute.

Comme aux Urgences, beaucoup d'agents de chirurgie viscérale ont choisi de rester sur le site de Rothschild. D'après la Conseillère en Ressources Humaines, cette volonté de rester sur place était liée « à un profil de carrière : certains ont fait toute leur carrière en chirurgie viscérale ».

L'ouverture du service de rééducation neurologique, dans les locaux de la chirurgie orthopédique, devait permettre la réaffectation en interne des agents de chirurgie viscérale. Mais le transfert de la chirurgie orthopédique ayant pris du retard, les locaux de rééducation n'ont pas pu être ouverts au moment du transfert de la viscérale. Les agents ont donc du prendre un poste dans l'intervalle. Or, suite aux retards du transfert de la chirurgie orthopédique, il fallait remplacer de nombreux départs anticipés : c'est pourquoi beaucoup d'agents de chirurgie viscérale ont été affectés temporairement en chirurgie orthopédique. Au final, la rééducation neurologique a donc accueilli beaucoup d'agents de la chirurgie orthopédique, dont certains provenaient en fait de chirurgie viscérale. Certains agents ont donc connu deux réaffectations en peu de temps.

Enfin, au moment du départ du service de médecine interne - allergologie, seules la consultation et l'hospitalisation de jour d'allergologie ont été transférées à l'hôpital Tenon, tandis que les lits de médecine interne étaient fermés. La majorité des agents de médecine interne a également souhaité demeurer en poste à Rothschild car, comme la DRH de l'hôpital, « le service de gériatrie ouvrait en même temps, avec des pathologies souvent proches, ce qui a limité l'effet changement. Les agents de médecine interne avaient une ancienneté importante et étaient très attachés à l'établissement ».

Le CSI du service de gériatrie envisage ce mouvement du personnel de médecine interne de façon plus négative : « La gériatrie a accueilli tous les gens qui n'avaient pas voulu partir à Tenon. Les meilleurs avaient eu assez de courage pour partir. Ceux qui sont restés étaient en fin de carrière, attachés à Rothschild, ils n'avaient pas envie de changer leurs habitudes. »

1.2.2.2 Les enjeux d'un transfert de service

Les transferts de services semblent plus faciles à gérer que les fermetures, car les agents peuvent suivre leur service et ainsi continuer d'exercer dans la même discipline, avec une partie au moins de leur ancienne équipe. Il leur faut "seulement" s'adapter aux nouveaux locaux et à la nouvelle organisation.

Le sentiment d'appartenance à une équipe et à un service est d'ailleurs un des moteurs de la décision de suivre son service : « *La cohésion d'équipe et les reports de calendrier jouent sur le degré de mobilité des agents* »⁷⁴. C'est aussi ce que montre le témoignage de cette IDE du MIT : « *J'aime mon travail au sein de ce service et je n'ai aucune envie de le perdre, même si ce souhait implique de changer de site et d'organisation* »⁷⁵.

C'est ainsi que sur les 42 agents du service de chirurgie vasculaire, transféré en 1996 à l'hôpital Tenon, la majorité (60% soit 26 personnes) a suivi le service, 30% (9) ont pris un poste à Rothschild, 10% (6) ont obtenu une affectation dans un autre hôpital de l'AP-HP et un agent a pu être muté en Bretagne.

Les agents du MIT semblaient devoir reproduire le même schéma que ceux de chirurgie viscérale, car ils étaient très motivés par la discipline, par les pathologies soignées et se sentaient très liés à leur chef de service. « *Les agents du MIT étant beaucoup plus attachés au service qu'à l'hôpital, le fait de déménager [ne posait pas] problème. Les agents du MIT n'étaient pas "accrochés" aux murs !* »⁷⁶.

A l'annonce du départ du MIT, 71,8% des agents souhaitaient suivre le service à Tenon ; 18,2% avaient exprimé une demande de mutation différente ; le reste (10%) souhaitant rester sur le site de Rothschild.

Mais à cause des multiples reports du transfert à Tenon, seule la moitié environ des agents a réellement suivi le service : « *Les agents [du MIT] ne croyaient plus au déménagement, ils avaient perdu leur implication, leur impulsion. C'est pourquoi beaucoup sont finalement partis pour un autre établissement, alors qu'ils avaient d'abord eu l'intention de suivre le service* »⁷⁷.

⁷⁴ Entretien avec la DRH de l'hôpital Rothschild.

⁷⁵ in TRABACCHI G. et CHAUMIN D. Dossier Rothschild. *AP-HP Magazine*, n°84, Mai-Juin-Juillet 2001, p.16.

⁷⁶ Entretien avec le CSI du MIT, transféré à Tenon.

⁷⁷ Entretien avec un cadre infirmier du MIT qui a suivi le service lors de son transfert à l'hôpital Tenon

Pour finir, on peut constater que le même phénomène semble s'être produit au sein du service de chirurgie orthopédique. Dans un premier temps, un grand nombre d'agents souhaitaient suivre le service, avec une motivation supplémentaire liée à la modernité de l'HEGP. Une IDE de chirurgie orthopédique énonçait plusieurs motivations pour suivre son service à l'HEGP : « *D'une part, je n'envisage pas de changer de discipline, d'autre part je me sens bien dans l'équipe. Aller dans un service et dans un hôpital en construction, où l'on a un peu la possibilité d'organiser les choses comme on l'entend, cela peut être enrichissant tant professionnellement que personnellement. [...] Ce choix me permet de regrouper tous les éléments qui me conviennent. C'est vraiment une occasion sur laquelle il faut sauter* »⁷⁸.

Un autre IDE, revenu à l'hôpital Rothschild après avoir passé un an à l'HEGP, explique son désir de « relever le défi » de la modernité : « *L'HEGP m'apparaissait comme un nouvel outil de pointe, c'était un challenge, un défi. Je voulais braver la peur par rapport au changement* »⁷⁹.

Malgré cette motivation, nombreux sont ceux qui ont finalement changé de projet au dernier moment, là encore à cause des retards pris dans le transfert.

Ainsi, la conduite humaine du changement à l'hôpital se heurte à de multiples obstacles externes et internes, liés à la fois à la tutelle, aux agents et à la rigidité de la structure hospitalière elle-même.

Mais certains dispositifs permettent néanmoins d'accompagner le changement, afin de « transformer la contrainte » de la restructuration « en opportunité » pour les professionnels de Rothschild. Parmi ces dispositifs d'action, certains ont déjà fait leurs preuves, d'autres sont à explorer.

⁷⁸ Interview dans le journal interne de l'hôpital Rothschild *Expressions* d'Avril 1998, p.3.

⁷⁹ Entretien avec un IDE aujourd'hui affecté en gériatrie, de retour à Rothschild après un an à l'HEGP où il avait suivi le transfert de la chirurgie orthopédique.

2 - PLUSIEURS DISPOSITIFS PERMETTENT CEPENDANT D'ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT

2.1 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PERSONNELS EN OEUVRE A ROTHSCHILD

L'accompagnement social des personnels en œuvre à l'hôpital Rothschild, fondé sur une éthique de la transformation, se décline sous forme d'actions à la fois individuelles et collectives.

2.1.1 Le principe : une éthique de la transformation

Le dispositif d'accompagnement des personnels concernés par la reconversion de l'hôpital Rothschild s'appuie sur un document, la *Charte sociale pour un nouveau Rothschild* (cf. annexe 9). Négociée avec les partenaires sociaux au niveau local, puis validée par le siège de l'AP-HP au second semestre 1997, cette Charte a été réactualisée en avril 1999.

Elle se veut fondée sur une «*éthique de la transformation* » qui garantit que la «*contrainte* » soit transformée en «*opportunité* » chaque fois que possible. Elle affirme que le changement doit se faire «*avec les agents et non contre eux* », en adoptant une démarche de «*gestion personnalisée des situations* ».

Cette éthique de la transformation est concrétisée par des engagements institutionnels et par un accompagnement individuel de la reconversion.

2.1.1.1 Des engagements institutionnels

La Direction Générale de l'AP-HP et la Direction de l'hôpital Rothschild s'engagent, à travers la *Charte sociale*, à offrir des garanties locales aux agents concernés par la reconversion et à accorder la primauté aux choix individuels.

2.1.1.1.1 Des garanties locales

La Charte sociale pose comme premier principe que les «*règles du jeu* » concernant l'accompagnement social du personnel concerné par la reconversion de Rothschild soient «*négociées localement, validées et soutenues par la Direction Générale* ».

Cet engagement implique plusieurs conséquences.

Tout d'abord, cela autorise les agents de Rothschild à exprimer leurs revendications, avec la garantie qu'elles soient prises en compte par la Direction Générale de l'AP-HP.

L'actualisation de la *Charte sociale* en avril 1999 est une illustration de cette négociation entre l'AP-HP et les partenaires sociaux. Elle a en effet abouti à l'adjonction des thèmes suivants validés par le Directeur Général :

- L'aide pour la garde d'enfants : tout agent qui bénéficiait d'une place de crèche à Rothschild en obtient une autre en cas de transfert, soit dans l'hôpital d'accueil, soit dans une autre crèche de l'AP-HP ou encore dans une crèche conventionnée.
- La prise en compte du critère restructuration dans l'attribution de logements par l'AP-HP, pour favoriser un rapprochement domicile – travail, dans les cas où le trajet journalier effectué par un agent réaffecté serait égal ou supérieur à 2 heures 30.
- Une priorité de maintien sur un emploi à l'hôpital Rothschild pour une durée de douze mois au maximum des agents qui partiront à la retraite dans ce délai, grâce à l'attribution de mensualités spécifiques par la Direction des Finances de l'AP-HP.
- L'examen particulier des agents faisant l'objet d'une limitation d'aptitude en coordination avec la Direction du Personnel et des Relations Sociales de l'AP-HP.

Cette actualisation de la *Charte sociale* montre que l'engagement d'élaborer localement les « règles du jeu » de la reconversion n'est pas lettre morte.

Cet engagement énoncé dans la *Charte sociale* est aussi à l'origine de la règle de priorité sur les postes du futur Rothschild : les agents actuellement en poste sur l'hôpital et qui devront partir du fait des travaux sont prioritaires pour occuper, s'ils le souhaitent, les postes du nouveau Rothschild.

Tout agent qui souhaite rester à Rothschild peut le faire, sous réserve qu'il puisse être affecté sur un poste vacant dans des conditions compatibles avec le fonctionnement de l'institution. Dans une note du 26 janvier 1999, la Direction de Rothschild estime qu'environ 50% des agents qui souhaitent rester à terme dans le nouveau Rothschild vont devoir partir pendant la période des travaux, durant laquelle l'activité sera réduite. Au plus fort des travaux, seuls 65 lits environ resteront ouverts.

Poser le principe d'une priorité de recrutement dans le nouveau Rothschild « *n'est pas une contrainte importante pour l'avenir. En revanche, cette possibilité constitue un élément sécurisant au moment du départ. A échéance de deux ans [la durée estimée des travaux], on peut penser qu'une partie seulement des agents souhaitera concrétiser son*

retour, s'étant probablement bien intégrée dans l'hôpital d'accueil, vraisemblablement à proximité de leur domicile »⁸⁰.

Cette priorité des agents de Rothschild sur les postes créés par la reconversion a déjà joué au moment de l'ouverture des services de rééducation et de gériatrie. En effet, une grande partie des agents dont le service était transféré ou fermé en 1999 et 2000 (urgences, chirurgie viscérale, médecine interne, chirurgie orthopédique) a été affectée prioritairement dans ces deux nouveaux services. Selon le Chef du personnel de Rothschild, on peut en fait « *distinguer deux périodes dans la reconversion : une première étape durant laquelle les agents ont privilégié la mobilité interne à Rothschild, avec beaucoup de réaffectations en rééducation, gériatrie, polyclinique. Aujourd'hui, cela n'est plus possible car il n'y a plus d'ouverture de lits. C'est donc désormais la mobilité géographique vers l'extérieur qui domine* ».

Pour autant, cette mobilité vers « l'extérieur » reste essentiellement une mobilité à l'intérieur de l'AP-HP, favorisée par la seconde garantie locale prévue dans la *Charte sociale*.

Ce texte assure en effet « *la garantie de l'emploi à l'AP-HP et son corollaire, la priorité donnée aux agents dont la mobilité est liée aux opérations de restructuration, sur les postes vacants au sein de l'institution* » qu'il s'agisse de stagiaires, de titulaires ou de CDI. Ainsi, en 1999, sur 258 réaffectations d'agents de Rothschild, 98 ont eu lieu dans un autre établissement.

Cette garantie d'emploi à l'AP-HP implique de proposer en priorité aux équipes des services transférés depuis Rothschild vers un autre site de l'AP-HP les emplois destinés à assurer le fonctionnement de ces services sur le site d'accueil : c'est le principe du transfert d'équipe.

Elle repose sur un principe de solidarité entre établissements de l'AP-HP. Un comité de suivi local représente de manière formelle cette solidarité. Ce comité représente à la fois la Direction de Rothschild, les établissements les plus souvent cités dans les souhaits de mobilité des agents, les hôpitaux directement concernés par les transferts de services de Rothschild, ainsi que les instances locales de Rothschild. Il a pour mission de favoriser la mobilité des personnels entre les sites de l'AP-HP en informant périodiquement les hôpitaux concernés par la restructuration de l'hôpital Rothschild.

Cette solidarité entre hôpitaux de l'AP-HP passe aussi par la transparence de la DRH de Rothschild auprès de ses collègues des autres hôpitaux sur les dossiers individuels des

⁸⁰ Note de la Direction de l'hôpital Rothschild, datée du 26 janvier 1999.

agents de Rothschild, y compris pour les dossiers les plus délicats (problèmes disciplinaires, d'inadaptation...). il s'agit en effet d'instaurer une relation de travail sur le long terme, basée sur la confiance.

Les acteurs de la reconversion s'accordent à reconnaître que l'entente entre Rothschild et les sites d'accueil a contribué à la réussite des transferts effectués. L'ancien DRH explique cette bonne entente par le fait que les sites d'accueil avaient intérêt à ce que « *tout se passe bien, afin d'intégrer les nouvelles équipes dans les meilleures conditions* ».

Selon le chef du personnel de Rothschild, « *le fait d'appartenir à l'AP-HP a facilité le travail d'accompagnement social de la reconversion, car cela a permis de disposer d'un important bassin pour "digérer" les emplois* ».

Certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que « *l'AP-HP reste le seul endroit où on peut faire des restructurations. [...] L'unicité du statut auquel les 80.000 agents sont attachés y est sans doute pour quelque chose* »⁸¹. Ce que confirme le Directeur Général de l'AP-HP lui-même : « *La force de l'AP est [...] son unité juridique. La fait de passer d'un établissement à un autre ne suppose pas de changer d'employeur* »⁸².

La taille de l'AP-HP lui permet en outre « *de ne pas programmer sur une durée trop longue les départs envisagés et de décider de modifications importantes des projets tout en étant certaine que des solutions pourront être trouvées* »⁸³. C'est là tout le paradoxe d'une grande structure : sa taille alourdit son fonctionnement, mais lui permet en contrepartie parfois de dégager les moyens de répondre à ses problèmes en interne.

2.1.1.1.2 La primauté de l'individu

Le dispositif d'accompagnement social de la reconversion en vigueur à l'hôpital Rothschild s'appuie sur un second principe : la priorité donnée aux souhaits des agents.

Tout d'abord, l'établissement s'engage à faire une proposition de poste « *qui tienne compte des souhaits des agents* ». La méthode de travail de la DRH garantit le respect des choix individuels. En effet, après avoir informé collectivement l'équipe soignante concernée des modalités du transfert ou de la fermeture de son service, la DRH invite les agents à remplir un dossier, appelé Parcours et Projet Professionnel (PPP), où ils expriment leurs

⁸¹ POINDRON Y. Dossier AP-HP : faut-il rajeunir la vieille dame ? *Espace social européen*, n°455, Mars 1999, p.16.

⁸² DURRLEMAN A. in POINDRON Y., *op. cit.*, p.18.

⁸³ REVELIN C. *op. cit.*, p.40.

souhaits d'affectation. La Directrice adjointe aux ressources humaines, le Chef du personnel et/ou la CRH rencontrent ensuite les agents en entretiens individuels, afin d'envisager avec eux quelles dispositions prendre pour satisfaire au mieux leurs choix. Les agents peuvent entre-temps se faire conseiller s'ils ne parviennent pas à choisir entre les différentes solutions proposées : suivre le service transféré, bénéficier d'une mutation dans un autre site de l'AP-HP, obtenir une priorité d'affectation dans le nouveau Rothschild, ou encore partir à la retraite, demander un détachement...

Afin de satisfaire au mieux les désirs de ceux qui souhaitent en priorité rester à Rothschild, la DRH a dû mener une politique de « postes vacants » : les postes devenus vacants dans les services destinés à rester sur Rothschild ont été occupés par des CDD en attendant que ces postes puissent être pourvus par les titulaires au moment du transfert ou de la fermeture de leur service. Comme l'explique Yves LAMY, il s'agissait de « limiter l'ampleur quantitative d'une opération de redéploiement, en faisant usage des cas de mobilité naturelle : mutations, départs à la retraite ou en disponibilité... Tout ce qui peut ainsi contribuer à diminuer le nombre d'agents à redéployer facilitera la réalisation des redéploiements »⁸⁴. Le seul inconvénient de cette méthode est que les cadres et les chefs de service ne choisissent pas forcément les membres de leur équipe.

Lorsque les agents souhaitent au contraire quitter Rothschild à l'occasion du départ de leur service, la DRH entreprend une prospection auprès des hôpitaux choisis par les agents pour faire connaître les candidatures et définir les modalités de mutation.

Il arrive parfois que le premier choix de l'agent ne puisse être satisfait. C'est notamment le cas depuis 2001 pour les agents qui souhaiteraient rester sur Rothschild car il n'y a plus de poste à pourvoir. On prévient alors l'agent le plus tôt possible et on tente de satisfaire au mieux son second choix, ou l'on essaie de préserver certains éléments de son premier choix, par exemple les horaires ou la spécialité médicale.

La diversité des parcours des agents suite à la reconversion montre la primauté donnée aux choix individuels. Ainsi, en 1999, 258 agents concernés par la reconversion en raison de la fermeture ou du transfert de leur service ont reçu une nouvelle affectation. 71 ont été accueillis par les nouveaux services créés à Rothschild : 12 à la consultation de médecine sans rendez-vous, 27 en rééducation neurologique et explorations périnéales et 32 en gériatrie. 98 ont reçu une affectation hors Rothschild : 92 dans un établissement de l'AP-HP, 6 hors AP-HP. 26 agents se sont engagés dans des actions de formation de longue durée et/ou ont passé des concours. D'autres ont fait valoir leur droit à la retraite ou ont pris une disponibilité pour réaliser des projets personnels.

⁸⁴ LAMY Y. *op. cit.*, p.49.

L'instrument principal d'expression des souhaits individuels dans le cadre de la reconversion est le dossier « PPP » (cf. modèle en annexe 10). Ce « CV amélioré » s'inspire du modèle retenu pour la restructuration de Boucicaut, Broussais et Laennec. Ce document, rempli par l'agent, reprend les éléments relatifs à sa situation personnelle et professionnelle, sa formation initiale, son parcours professionnel, sa formation continue. Il lui permet de décrire son projet professionnel et ses souhaits d'affectation, hiérarchisés entre trois choix. S'il le désire, une fiche optionnelle lui permet rappeler sa participation à des travaux ou projets et de décrire ses activités extra-professionnelles.

Les PPP sont remplis environ un an avant le transfert ou la fermeture prévu(e). Si l'opération prend du retard, les agents sont reçus par la DRH pour vérifier si leurs projets ont évolué.

Ce document permet à l'agent de valoriser ses compétences en faisant le point sur ses acquis, de se projeter dans l'avenir en précisant les fonctions qu'il souhaite exercer, d'énoncer ses souhaits d'affectation : suivre le service en cas de transfert, se voir proposer un poste dans le nouveau Rothschild, ou entreprendre d'autres démarches (formation, détachement...).

On demande aux agents de se positionner dans l'absolu, sur des postes ou des établissements où ils souhaiteraient exercer. Puis la DRH entreprend des négociations avec les directions des établissements demandés par les agents.

Le PPP constitue donc un outil de référence commun entre les agents, la Direction locale et les établissements d'accueil. « Passeport » matérialisant la priorité d'emploi à l'AP-HP, ce document permet aux DRH des hôpitaux d'accueil de visualiser immédiatement que la candidature provient d'un hôpital en reconversion et donc, que l'agent est prioritaire sur les postes vacants.

Le personnel semble satisfait de ce dispositif. Une IDE de chirurgie orthopédique estime que « *le Parcours et Projet Professionnel est un bonne idée car cela a permis, au travers de questions, de réfléchir, de cadrer nos objectifs professionnels et personnels, de chercher nos motivations et de les préciser plutôt que de faire une simple lettre avec un CV* »⁸⁵. Un cadre infirmier juge, lui aussi, que « *le PPP a permis aux agents de faire un retour sur leur passé : c'était positif* ».

Le principe de primauté de l'individu est aussi sensible dans la Charte sociale à travers la « *reconnaissance d'une possibilité de seconde affectation* ». La Charte prévoit qu'après une année, « *un bilan de la nouvelle affectation peut être fait à la demande de*

⁸⁵ Interview dans le journal interne de l'hôpital Rothschild *Expressions* d'Avril 1998, p.3.

l'agent. Le bilan peut révéler une erreur manifeste d'orientation. Dans ce cas, le projet est réexaminé et une nouvelle affectation est proposée ». Ce « droit à l'erreur » permet, selon Yves LAMY, « d'écarter le sentiment d'arbitraire qu'une décision "sans appel" pourrait générer »⁸⁶. Un ancien IDE de chirurgie orthopédique, actuellement affecté en gériatrie à Rothschild, explique qu'il a pu faire jouer ce principe aisément : « J'ai quitté l'HEGP car le trajet était pesant et je trouvais que le fonctionnement de l'hôpital n'était pas satisfaisant. La charte sociale a facilité mon retour à Rothschild, la direction a accepté que je revienne sans difficulté ».

Mais ce cas est isolé, car d'une manière générale, les agents qui ont quitté Rothschild suite à la reconversion n'ont pas exprimé le souhait de revenir. C'est ce qu'escomptait l'ancien DRH de Rothschild : « Les agents n'ont pas ou peu fait jouer le "droit à l'erreur" affiché dans la Charte sociale. On pouvait sans risque afficher un tel principe, car l'on savait qu'une fois implantés dans un autre établissement, les agents n'allaient pas revenir à Rothschild ». Cette garantie était destinée à rassurer le personnel, mais les dirigeants de Rothschild estimaient que l'adaptation au nouveau service aidant, les agents n'y auraient pas recours.

Le Chef du personnel, plus réservé au départ, confirme cette analyse : « Sur 400 réaffectations, seuls quelques rares agents ont fait jouer le "droit à l'erreur" inscrit dans la Charte sociale. J'étais contre la mention de cette disposition dans la charte, car je craignais un "effet d'appel" ».

L'éthique de la transformation sur laquelle est fondée la Charte sociale de l'hôpital Rothschild ne se concrétise pas seulement par des engagements institutionnels, mais aussi par un accompagnement individuel du personnel du personnel concerné par la restructuration.

2.1.1.2 Un accompagnement individuel

Cet accompagnement revêt deux aspects : il est à la fois psychologique et financier.

2.1.1.2.1 Un accompagnement psychologique

La Direction de l'hôpital Rothschild a choisi de recruter une « Conseillère en Ressources Humaines » (CRH), psychologue du travail, pour aider les agents concernés par la reconversion.

⁸⁶ LAMY Y. *op. cit.*, p.44.

La CRH remplit plusieurs missions auprès des agents.

Tout d'abord, elle assure une permanence d'information sur la reconversion et les possibilités de mobilité.

En outre, elle aide les agents à élaborer leur projet professionnel. Elle les conseille sur la démarche à suivre lorsqu'ils postulent sur un emploi et leur apporte son éclairage de manière à les orienter au mieux. Elle peut aussi les assister très concrètement dans la rédaction d'un CV ou d'une lettre de motivation, par exemple.

Pour compléter cet accompagnement de la CRH, une formation d'aide à l'élaboration du projet professionnel est proposée par l'IFSI pour les agents de catégorie C. En outre, les agents reçoivent aussi l'appui de la DRH, du Chef du personnel et du Directeur des Soins, qu'ils peuvent librement rencontrer en entretien individuel.

La CRH a, au cours de ses missions, affaire à différents profils psychologiques : la victime, le participatif (acteur motivé et constructif, prêt à entreprendre des actions de formation, voire une reconversion professionnelle), l'indifférent (personne attentiste qui s'appuie sur les avantages du statut, en particulier la sécurité de l'emploi), l'hostile (qui pratique la critique systématique, rejette l'information ou la déforme et refuse toute participation au changement). Ces quatre profils induisent trois types de comportement : l'indifférent et la victime se mettent en retrait en multipliant les absences et les pauses prolongées ; le participatif s'engage ; l'hostile recherche le conflit.

Or, pour réussir le changement, les dirigeants d'une entreprise ou d'une institution doivent rechercher l'adhésion du plus grand nombre. Les efforts ne doivent donc pas porter vers les convaincus (déjà acquis au changement) ni vers les opposants (qui continueront à refuser le changement) : il faut plutôt faire évoluer ceux qui se sentent victimes ou indifférents. Selon Thierry CHAVEL, il faut « *assurer un suivi plus étroit des acteurs peu mobilisés, qui ne voient pas ce qu'ils ont à gagner dans le projet : ce sont eux qui seront ensuite les plus illustratifs de la logique nouvelle* »⁸⁷. C'est le rôle du psychologue du travail, qui, en tant que conseiller est situé en dehors de la hiérarchie de la DRH, et qui semble donc le plus libre de « *considérer les personnes avec leurs craintes, leurs difficultés, leurs aspirations, leurs atouts* »⁸⁸.

Ce soutien par une personne appartenant à l'hôpital semble absolument nécessaire pour que les agents se sentent reconnus par l'institution et acceptent alors le changement. Car, comme le souligne Françoise KOURILSKY : « *Paradoxalement, c'est au moment où l'on s'accepte et où l'on se sent accepté que l'on est préparé à changer, c'est-à-dire à utiliser*

⁸⁷ CHAVEL T., *op. cit.*, p. 38.

⁸⁸ LAMY Y. *op. cit.*, p.27.

ses ressources et ses compétences pour évoluer. Tout système humain, de l'individu aux institutions les plus vastes, a fondamentalement besoin d'être reconnu et valorisé pour évoluer. Seul le respect permet l'évolution : avoir une image constructive de soi, s'accepter et se sentir accepté sont les éléments de base du développement humain. Une conduite du changement ne peut se fonder sur la dévalorisation, la disqualification et le mépris »⁸⁹.

2.1.1.2.2 Un accompagnement financier : le FASMO

Au-delà du soutien psychologique, l'accompagnement individuel des agents concernés par une restructuration peut prendre la forme d'une aide financière grâce au Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des établissements de santé (FASMO).

Créé pour 5 ans par la loi de financement de la Sécurité Sociale n°97-1164 du 19 décembre 1997, ce dispositif apporte un soutien financier aux établissements concernés par une opération de restructuration ou de reconversion.

Le FASMO a été conçu de manière à « *apporter une aide financière aux agents pour leur offrir un véritable choix entre des solutions alternatives : exercer une mobilité géographique, accepter une conversion professionnelle ou quitter la fonction publique hospitalière pour réaliser un projet personnel* »⁹⁰.

L'hôpital Rothschild a sollicité un agrément auprès de l'ARH pour un soutien financier prévisionnel au titre du FASMO estimé entre 9 et 11 MF pour la période 1999-2003.

Cette aide financière est déclinée selon quatre axes : aide à la mobilité géographique ; aide au départ volontaire ; aide à la formation et projet de reconversion professionnelle (remboursement des dépenses relatives aux programmes de conversion suivis par les fonctionnaires dont l'emploi aura été supprimé) ; aide à la mise en place de cellules d'accompagnement social destinées à faciliter la mobilité du personnel.

Tout d'abord, la circulaire DH/FH1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé conditionne le versement de fonds à l'élaboration par les chefs d'établissement d'un plan d'accompagnement social soumis aux instances consultatives. Ce plan devra en général prévoir la création d'une cellule d'accompagnement social et comporter un volet formation.

⁸⁹ KOURILSKY F. La communication, levier du changement à l'hôpital. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n°19, 3^e trimestre 1996, p.17.

⁹⁰ Circulaire DH/FH1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé, Bulletin Officiel n°99/15.

« La priorité devra être accordée aux formations et aux qualifications permettant de faire coïncider les souhaits des agents avec les besoins prévisionnels des services »⁹¹.

En ce qui concerne l'aide à la mobilité géographique, le FASMO prend en charge l'indemnité exceptionnelle de mobilité, créée par le décret du 31 mai 1997. Cette indemnité constitue un moyen d'inciter les hôpitaux à recruter en priorité des agents concernés par une restructuration, car elle permet de financer la différence entre la rémunération annuelle de l'agent recruté (proportionnelle à son ancienneté) et celle qui aurait été versée à un agent recruté au premier échelon du premier grade du même corps. Il s'agit d'une prime à l'embauche versée aux établissements qui acceptent d'accueillir des agents dont l'emploi a été supprimé. Cette indemnité différentielle est versée pendant un an et demi à l'établissement d'accueil.

La circulaire DH/FH1 n°99-182 précise la logique qui sous-tend ce dispositif : *« Les fonctionnaires recrutés dans le cadre des restructurations du tissu hospitalier par un autre établissement demeurent classés dans le grade et l'échelon qu'ils avaient dans leur établissement d'origine. De ce fait, la dépense financière résultant de la rémunération perçue par ces agents dont l'ancienneté peut être grande est plus importante que celle qui aurait résulté du recrutement d'un fonctionnaire exerçant un emploi équivalent mais nommé en règle générale au premier échelon du premier grade. Certes, le recrutement d'un fonctionnaire doté d'une expérience peut atténuer dans une certaine mesure le coût global puisque cette expérience se traduit en toute logique par une productivité accrue. Mais il convenait d'encourager le recrutement de ces agents »⁹².* Cette indemnité permet donc au final aux établissements recruteurs de bénéficier pour un temps limité de la compétence de quelqu'un d'expérimenté pour le salaire d'un débutant.

Le FASMO peut aussi financer une aide à la reconversion professionnelle. *« L'opération de réorganisation peut entraîner un changement d'activités au niveau de la structure – établissement ou service – impliquée. Dans cette perspective, les qualifications de certains personnels en activité ne seront plus nécessairement adaptées. Ceux-ci pourront exprimer le choix d'effectuer une mobilité interne ou géographique dans les mêmes fonctions ou de saisir l'opportunité pour accomplir une conversion professionnelle liée éventuellement à une possibilité de formation »⁹³.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² *Ibid.*

⁹³ *Ibid.*

Enfin, le FASMO prend en charge le versement d'une indemnité de départ volontaire aux agents qui voudraient quitter la fonction publique hospitalière, dans le cadre d'une opération de reconversion. Cette hypothèse correspond à une démission au libre choix de l'agent. Le versement de cette indemnité, régi par le décret n°98-1220 du 29 décembre 1998, ne concerne que les titulaires, les stagiaires et les CDI. Les CDD sont exclus de ce dispositif.

Depuis 1996, la Direction de l'hôpital Rothschild met en œuvre les principes de conduite du changement inscrits dans la *Charte sociale*, à travers un accompagnement à la fois collectif et individuel des agents touchés par la reconversion.

2.1.2 La mise en œuvre : un accompagnement collectif et individuel

Cet accompagnement repose sur l'information et la communication ainsi que sur les formations.

2.1.2.1 Informer et communiquer sur le changement

L'information et la communication sont deux puissants vecteurs de changement utilisés par la Direction, elle-même relayée par les cadres infirmiers.

2.1.2.1.1 Une communication initiée par la Direction...

Dans un contexte de restructuration, les dirigeants d'une entreprise ou d'une institution doivent communiquer clairement et de façon positive sur le sens et les modalités du changement. « *Il faut être en mesure de présenter au personnel concerné par des transformations de structure une vision claire et positive de l'organisation vers laquelle on tend, lui permettre d'entrevoir clairement les améliorations attendues* »⁹⁴. L'équipe de direction doit « *parler peu et agir vite* », « *se montrer soudée* » et « *produire du sens sur le devenir de l'organisation* »⁹⁵.

⁹⁴ GROUPE LAENNEC. *op. cit.*, p.262.

⁹⁵ CHAVEL T. *op. cit.*, pp.22-24.

Les modalités de communication choisies par la Direction d'un hôpital peuvent être très différentes. Nicole GIROUX et Yvonne GIORDANO distinguent deux conceptions de la communication du changement⁹⁶.

Dans la conception « *instrumentale* », la communication sert au changement. Déclaratoire, elle prend la forme d'un « *monologue* ». Cette approche repose sur une vision fonctionnaliste de la communication de l'organisation, qui remplit un rôle pédagogique et rhétorique. Il s'agit d'annoncer le changement, son contexte, ses raisons et ses étapes ; de légitimer le changement ; et enfin de mobiliser les membres de l'organisation.

« *C'est dans le contexte de changements dirigés que cette forme monologique se fait la plus présente. Le changement est dit dirigé lorsqu'il est initié du sommet de l'entreprise par les stratèges qui ont la légitimité et le contrôle des ressources nécessaires pour le provoquer* »⁹⁷.

« *Le monologue apparaît plus approprié dans certaines circonstances : quand le temps presse, quand des informations similaires doivent être transmises à plusieurs personnes à la fois, quand la collectivité organisationnelle doit parler d'une seule voix, quand le leadership doit assumer son rôle de figure de proue* ».

La communication « monologique » peut emprunter deux formes : le « *décret* » et la « *cascade* ». Le décret consiste pour la Direction à diffuser l'annonce officielle de la restructuration via différents médias. Elle donne à l'annonce valeur d'événement symbolique.

La cascade est un schéma de communication descendante, basé sur la proximité, dans lequel la direction annonce le changement aux cadres, qui diffusent et expliquent cette nouvelle à leurs subalternes.

Le décret empêchant toute rétroaction, le changement est souvent perçu comme une menace, comme quelque chose d'imposé. Il peut avoir des effets pervers tels que retrait, anxiété, résistance et démobilitation du personnel.

De même, la cascade présente un inconvénient majeur : le message ainsi transmis est souvent déformé par le relais des cadres. Il ne présente plus d'uniformité.

Il semble donc nécessaire d'améliorer la communication en faisant place au récepteur.

C'est l'objet de la deuxième conception de la communication, dite « *constitutive* » : dans cette approche, le changement se construit à travers la communication, le dialogue, l'interaction. Il s'agit de communiquer pour changer. « *Ici, tous les acteurs contribuent à la co-construction de l'organisation à travers leurs interactions quotidiennes. Tous sont parties prenantes du changement, lequel n'est pas seulement dirigé (i.e. le fruit de la volonté des*

⁹⁶ GIROUX N. et GIORDANO Y. *op. cit.*, pp.139-150.

⁹⁷ *Ibid.*, p.140.

directions générales) mais aussi émergent (i.e. un produit pas nécessairement contrôlable de l'action collective) »⁹⁸.

La communication est alors davantage une négociation permanente qu'une simple transmission.

Le dialogue semble approprié « *quand on a le temps, quand on a besoin de colliger des savoirs diversifiés et de recueillir des points de vue différents, quand la participation volontaire de certains groupes est nécessaire à la réussite du projet de changement* »⁹⁹.

Lors du séminaire organisé en novembre 1998 pour dresser un premier bilan de la restructuration de Rothschild, les membres du personnel de l'hôpital ont souligné un « *problème d'échange et surtout d'écoute des agents par la Direction* ». L'analyse de la situation a montré qu'il existait « *une politique de l'information plus que de communication, car l'information [était] descendante* », elle émanait systématiquement de la Directrice.

Or, la cause principale de détérioration du lien des employés à leur entreprise est le manque de dialogue et de respect mutuel qui empêche les salariés d'avoir une vision claire de leur avenir au sein de l'entreprise¹⁰⁰. Un dialogue sincère et constructif est nécessaire pour remédier à cette situation.

Suite à ce premier bilan, la Direction a décidé de faire intervenir une tierce personne dans les relations avec les agents : le Conseiller en Ressources Humaines. Alors que la technique de communication de la « cascade » avait été employée pour l'annonce de la restructuration et les premiers transferts, la Direction a ensuite promu le dialogue notamment à l'occasion de la construction du projet architectural : les agents de l'établissement y ont été associés à travers des groupes de travail.

Afin de diffuser les informations relatives à la restructuration, la Direction dispose de quatre canaux de communication : le canal hiérarchique avec le relais des cadres, le canal représentatif, via les instances et les partenaires sociaux, le canal médiatique à travers la presse, et/ou le canal participatif, qui permet une communication transversale. Une communication réussie emprunte ces quatre canaux et implique qu'émetteur et récepteur à la fois aient envie de communiquer.

⁹⁸ GIROUX N. et GIORDANO Y. Les deux conceptions de la communication du changement. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, p.143.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 147.

¹⁰⁰ Que pensent les DRH du dialogue social ? *Revue Personnel ANDCP*, Mars 1998, n°387, p.41.

Par ailleurs, la Direction pratique différents types de communication en fonction de ses buts. ALECIAN et FOUCHER¹⁰¹ distinguent quatre types de communication en fonction des buts poursuivis par l'émetteur. « *Avant même le lancement des actions de changement, la communication devra expliquer le pourquoi de celles-ci, y préparer les esprits, convaincre de leur nécessité, contrer l'individualisme* » : la communication sera alors « *informative* ». Dans un second temps, confrontée à la résistance des acteurs, la communication devra être « *explicative* ». En réponse aux doutes des agents sur les chances de réussite du changement, la communication sera « *sécurisante* », en s'attachant à souligner le chemin parcouru et la conformité avec les prévisions. Enfin, quand les premiers succès seront constatés, la communication « *laudative* » mettra en valeur les réussites collectives. En effet, souvent, les agents ne connaissent pas le bénéfice des efforts consentis. Il est nécessaire de renforcer la communication sur les résultats pour inciter les agents à poursuivre la démarche.

Reprenons ces quatre types de communication pour analyser les méthodes employées à Rothschild.

La communication a tout d'abord effectivement poursuivi des buts informatifs et explicatifs. « *La réussite de la mobilisation collective autour d'un projet de changement suppose une phase d'explication des raisons de l'entreprise de modernisation, une connaissance des caractéristiques du système de santé, ainsi qu'un diagnostic partagé de la situation de l'hôpital, des enjeux de son évolution, des défis qu'il doit relever, enfin, une appréciation de l'importance des efforts à réaliser* »¹⁰². Dès lors, si le personnel n'est pas mis en situation de comprendre les tenants et les aboutissants d'une restructuration, en termes de besoins de santé de la population notamment, il comprendra mal les raisons qui militent pour le changement.

C'est pourquoi une information générale sur la reconversion a d'abord été délivrée, en insistant sur le fait que « *personne ne serait laissé au bord de la route* »¹⁰³, pour calmer les craintes et les rumeurs. L'ancien DRH explique qu'il fallait dans un premier temps « *positiver le changement, montrer que même si la restructuration n'avait pas été choisie, voulue, elle pouvait être l'occasion de concrétiser un projet* ».

A chaque nouvelle étape de la reconversion, la communication, tout en continuant à être informative, se double d'une dimension sécurisante.

¹⁰¹ ALECIAN S. et FOUCHER D. *op. cit.*, p.108.

¹⁰² ARBUZ G. et DEBROSSE D. *op. cit.*, p.125.

¹⁰³ Discours de vœux de la Directrice de Rothschild, Journal interne de l'hôpital *Expressions*, Février 1995, p.1.

Cette « sécurisation » nécessite, selon la DRH de l'hôpital Rothschild, un aller-retour entre l'information collective et des entretiens individuels : *« Le rôle de la DRH dans la conduite sociale du changement est d'initier le mouvement dans un jeu d'aller-retour entre le collectif et l'individuel : il faut faire une présentation collective de la démarche pour informer, rassurer, donner du sens à la reconversion, et conduire des entretiens individuels pour examiner les PPP, hiérarchiser les souhaits et donner la mesure de ce qui est possible ou pas. Le but est d'aider les agents à se projeter dans l'avenir même s'ils affirment "ne pas avoir choisi la restructuration" ».*

Une information actualisée sur la reconversion est ainsi diffusée collectivement au cours de « carrefours de service », réunions entre l'équipe d'un service et l'équipe de Direction sur le lieu du travail. Dans la même optique, la DRH organise des rencontres régulières avec l'encadrement chaque fois que des informations nouvelles émergent. L'encadrement répercute ensuite ces informations auprès des agents.

Diverses modalités de communication collective permettent d'informer les agents sur le court, le moyen et le long terme. Des conférences de découverte des activités du nouveau Rothschild ont été ainsi organisées pour familiariser le personnel avec les nouveaux modes de prise en charge des patients. De même, une plaquette « Rothschild aujourd'hui » et « Rothschild demain » leur a présenté une vision prospective de leur établissement.

La dimension personnalisée de l'accompagnement passe par des entretiens individuels entre les agents et les représentants de la DRH pour déterminer le projet professionnel de chacun. A cette occasion, il faut, estime la CRH, *« montrer aux agents qu'ils peuvent trouver le maximum de satisfaction dans ce changement : par exemple, cela peut être l'occasion d'un rapprochement de domicile, de découvrir une nouvelle discipline, d'augmenter ses chances pour la réussite d'un concours... Il faut valoriser le changement ».*

Enfin, la Direction a aussi recours à la communication laudative, pour encourager les agents à poursuivre leurs efforts après qu'une étape ait été franchie avec succès. A l'hôpital Rothschild, la Direction a ainsi communiqué sur la réussite du premier transfert, celui de la chirurgie vasculaire. Ce précédent positif a contribué à créer un climat de confiance, à calmer les craintes du personnel confronté à la nécessité de changer.

Dans son entreprise de communication autour de la restructuration, la Direction fait face à un écueil majeur : le manque de lisibilité et de certitudes. *« Les opérations de changement s'avèrent [...] prises entre deux exigences : à la fois, être suffisamment explicites pour que les différents groupes d'acteurs puissent y adhérer, et en même temps être suffisamment ouvertes pour ne pas contraindre a priori le changement. Figé d'emblée l'objectif, c'est prendre le risque de créer une irréversibilité trop importante [...] et conduire*

par la suite à des écarts injustifiables avec le déroulement réel. Rester imprécis, c'est au contraire introduire le danger de la suspicion et des désillusions à l'origine de résistances au changement »¹⁰⁴.

« Une présentation réaliste implique de reconnaître que le changement est un projet plein d'incertitudes, susceptible de se transformer en cours de route. Or les dirigeants peuvent craindre les effets de tels messages sur leur crédibilité »¹⁰⁵. Dès lors, la Direction serait fondée à estimer qu'il est préférable de communiquer le moins possible, pour ne pas être prise en défaut en cas de modification du projet de restructuration. C'est là une facilité dont il faut se garder car, comme le rappellent les membres de l'École de Palo Alto, on ne peut pas ne pas communiquer : tout (activité ou inactivité, parole ou silence) a valeur de message. D'où la nécessité d'avoir une stratégie communicationnelle.

L'équipe dirigeante doit tenir ses engagements et être cohérente faute de quoi elle risque de perdre la confiance des agents, avec lesquels elle est liée par une sorte de « contrat moral » implicite. Or, « le contenu du message -quel qu'il soit- risque d'être contredit par de nouveaux changements. C'est donc plutôt la façon de faire passer un message que son contenu qui est décisive »¹⁰⁶. C'est l'attitude de la Direction qui compte, au moins autant que le message délivré : « Les mots clefs sont partage d'information et actions locales concrètes. La réussite du changement ne dépend pas de la quantité d'informations managériales diffusées, mais surtout de la manière dont elles sont relayées par les managers eux-mêmes »¹⁰⁷.

La Direction n'est pas seule à communiquer sur les modalités de la restructuration. Elle est relayée par les cadres infirmiers.

2.1.2.1.2 ...et relayée par les cadres

Les cadres constituent un élément moteur dans l'accompagnement du changement, mais ils le vivent eux-mêmes directement et doivent donc être eux aussi « accompagnés ».

¹⁰⁴ *La conduite du changement : quels enseignements tirer d'opérations de restructuration hospitalière ?*, 1^{er} Colloque International des Economistes Français de la Santé : l'état de la réforme. 2000. MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS A-P, p.26.

¹⁰⁵ GIROUX N. et GIORDANO Y. *op. cit.*, p.143.

¹⁰⁶ CHAVEL T. *op. cit.*, p.14.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.16.

Situés à l'interface entre les logiques administrative et soignante, les cadres ont un rôle pluriel dans l'accompagnement du changement.

Ils servent tout d'abord de relais d'information ascendante et descendante : ils font descendre l'information auprès des agents et remonter à la Direction le vécu, les interrogations et les difficultés du personnel.

En outre, connaissant bien les membres de leur équipe, ils sont à même de les conseiller et de les aider à formaliser leurs projets professionnels : « *J'ai principalement aidé les AS à formuler leur projet professionnel et à remplir leur PPP. J'étais bien placé pour les accompagner car je les connaissais bien* », confirme le CSI du MIT, transféré à l'hôpital Tenon.

Les cadres remplissent donc tout à la fois une mission d'information, de sécurisation et d'accompagnement dans la réflexion et la construction de projets de mobilité.

C'est ce que résume ainsi le groupe Laennec : « *Le rôle des cadres de proximité est [...] essentiel. Ce sont eux, au contact quotidien des personnes concernées, qui entendent leurs doutes, leurs craintes, qui peuvent recueillir souhaits, aspirations et faire découvrir les possibles. Ils sont, de ce fait, les seuls capables de gérer, dans la durée, le caractère unique de chaque agent pour faire des restructurations une opportunité pour chacun. Ils ont un rôle charnière à jouer. Ils doivent non seulement écouter, rassurer, comprendre, proposer, mais aussi transmettre à l'échelon supérieur* »¹⁰⁸.

En tant que conseiller des agents, les cadres infirmiers tentent de valoriser la mobilité, insuffisamment encouragée par le statut de la fonction publique hors les contextes de restructuration. Les cadres doivent ainsi s'extraire d'une vision dans laquelle la mobilité est jugée contraire aux intérêts du service, qui seraient de disposer d'une équipe stable possédant des compétences spécialisées. Ils doivent montrer aux agents que la mobilité n'a pas seulement un contenu géographique, mais aussi professionnel, qu'elle permet un enrichissement des compétences.

Un cadre infirmier anciennement affecté en médecine interne a ainsi encouragé les agents du service à changer de discipline : « *Je les ai poussés à partir quand ils y étaient prêts. Je leur conseillais de partir, de changer, parce que la gériatrie, c'est particulier : il faut aimer* ».

La direction s'appuie aussi sur les cadres dans une démarche ambitieuse : susciter une véritable démarche de projet de la part des agents. Il faut distinguer entre le projet qui procède du besoin, dans le cadre d'une mobilité vécue comme imposée, du projet qui

¹⁰⁸ GROUPE LAENNEC. *op. cit.*, p.265.

procède du désir, qui peut se définir comme « *intention de réalisation d'une œuvre, d'un travail, d'une action, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur* »¹⁰⁹. Le « challenge » du cadre et des membres de la DRH est de « transformer la contrainte en opportunité » en amenant les agents à construire des projets qui procèdent du désir et non du besoin de changer. « *L'objectif est de parvenir à la formulation d'un projet professionnel réaliste dans lequel le salarié s'implique, afin qu'il devienne l'acteur de sa propre conversion* »¹¹⁰.

Les cadres peuvent ainsi amener les agents à envisager une mutation dans leur région d'origine, un tournant dans leur carrière grâce à une action de reconversion professionnelle, la préparation d'un concours qu'ils n'envisageaient pas de passer ou dont ils repoussaient l'échéance, ou encore la découverte d'un secteur d'activité dont ils méconnaissaient la richesse (gériatrie et rééducation à Rothschild).

Le rôle majeur que jouent les cadres infirmiers dans l'accompagnement des agents de leur équipe ne doit pas faire oublier qu'ils sont aussi eux-mêmes concernés directement par la restructuration. « *Les cadres accompagnent le changement, mais ils sont eux-mêmes fragiles* »¹¹¹. Travaillant depuis de nombreuses années dans le même service, certains ont rencontré les mêmes difficultés que les agents qu'ils encadraient pour « faire leur deuil » de l'ancien Rothschild.

La direction doit soutenir les cadres car leur rôle est déterminant dans l'accompagnement du changement. Il est notamment nécessaire de former les cadres à la conduite du changement, à la gestion de crise et au rôle de relais de transmission ascendante et descendante de l'information. Il est aussi nécessaire de les informer le mieux possible pour qu'ils puissent couper court aux rumeurs en sachant comment rassurer les agents. La CRH note en effet qu'à Rothschild, « *les cadres ont parfois souffert, tiraillés entre les messages de la Direction et le vécu du personnel, ne sachant que répondre aux agents* ».

Le soutien des cadres par la Direction doit être franc et clairement affiché car « *un relais de management est d'autant plus fort et crédible qu'il dispose d'un soutien réel de sa hiérarchie et de la fonction ressources humaines pour faire appliquer les règles de l'entreprise* »¹¹².

¹⁰⁹ BOUTINET J-P. *Anthropologie du projet* 6^e édition. Paris : PUF, 2001, p.17.

¹¹⁰ LAMY Y. *op. cit.*, p.23.

¹¹¹ Entretien avec la DRH de l'hôpital Rothschild.

¹¹² CHAVEL T. *op. cit.*, p.27.

L'équipe dirigeante doit par ailleurs se poser la question de l'opportunité de renouveler les cadres pour assurer la conduite d'une restructuration. Le problème réside dans le fait que *« c'est le manager en place qui se retrouve souvent chargé de piloter la transition que va vivre son équipe. Celui qui a fait ses preuves dans la continuité d'un service n'est pas forcément à l'aise dans une phase de remise en cause »*¹¹³.

En effet, dans le cadre d'une restructuration, l'encadrement doit d'abord être capable de concevoir de nouveaux modes de fonctionnement et de nouvelles organisations. Or, la contribution des cadres à cette démarche est plus ou moins efficace selon leur propre acceptation des objectifs de la reconversion et leur capacité à manager des équipes en situation de changement. *« L'adaptation des cadres à la nouvelle gestion peut nécessiter un apprentissage plus ou moins important selon les individus. Il faut effectivement réfléchir sur son service, faire travailler une équipe sur un projet, diffuser l'information, mais également s'impliquer dans une démarche générale d'établissement. Or, il est parfois difficile de s'extraire du quotidien du service pour appréhender le fonctionnement de l'établissement et les projets qui l'animent »*¹¹⁴.

En outre, on conçoit qu'il puisse être difficile pour les cadres présents depuis longtemps de remettre en cause une organisation et des pratiques qu'ils avaient eux-mêmes instaurées, et de faire leur deuil de l'ancienne organisation tout en continuant à faire fonctionner le service. Si les cadres sont eux-mêmes en difficulté, cela peut nuire au rôle d'écoute et de conseil qu'ils doivent assurer auprès du personnel.

Mais, d'un autre côté, en ne renouvelant pas l'encadrement en place, la Direction favorise une certaine permanence et évite ainsi de trop déstabiliser les équipes. Elle s'assure en outre la possibilité de s'appuyer sur des personnes qui connaissent bien l'établissement. Il semble en effet difficile de confier la reconversion à des cadres qui ne connaîtraient pas du tout le contexte de l'hôpital.

A Rothschild, la Direction a choisi de laisser en poste les anciens cadres pour ne pas perturber encore plus les agents, déjà déstabilisés par l'annonce de la restructuration. Mais lorsqu'une occasion de remplacer un cadre se présentait, grâce à une demande de mutation ou un départ en retraite, la Direction prenait garde de choisir soigneusement le profil du remplaçant. C'est ainsi que les cadres du MIT, par exemple, ont été choisis pour leurs capacités à rassurer et à guider les agents en prévision du transfert à l'hôpital Tenon.

¹¹³ *Ibid.*, p.47.

¹¹⁴ GUERRAZ S. *Concilier nouvelle gestion de ressources humaines et réformes de structure. L'exemple du Centre Hospitalier de Chambéry*. Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1996, p.25.

Le dispositif d'accompagnement social des agents mis en œuvre dans le cadre de la reconversion de Rothschild repose donc en grande partie sur l'information et la communication impulsées par la Direction et relayées par les cadres infirmiers. Il s'appuie par ailleurs sur un important plan de formation.

2.1.2.2 Former pour aider à changer

Les formations constituent en effet un moteur du changement et peuvent prendre plusieurs formes : Formations d'Adaptation à l'Emploi (FAE) ou reconversions professionnelles.

2.1.2.2.1 Les formations d'adaptation à l'emploi

Afin d'orienter les agents vers les qualifications qui seront requises pour mettre en œuvre le futur projet d'établissement, le responsable de formation de l'hôpital Rothschild a été chargé d'organiser deux FAE, la première en gériatrie, la seconde en rééducation.

L'ouverture à Rothschild en septembre 1999 de 29 lits de gériatrie et en janvier 2001 de 24 lits d'hospitalisation de rééducation neurologique a permis à certains agents concernés par les transferts de services de se repositionner sur ces nouvelles activités. Ces agents proviennent pour la plupart de services de chirurgie et découvrent donc souvent une prise en charge totalement différente du patient. Le CSI du service de gériatrie témoigne de cette nécessaire évolution : *« Au départ, il y a eu une phase d'adaptation car la majorité du personnel issue de l'ancien service de médecine interne avait un peu de mal à faire la différence entre médecine interne et gériatrie. Il a fallu que peu à peu s'opère un véritable changement des mentalités »*.

Etant donné la spécificité des soins de rééducation et de gériatrie aiguë, il est apparu nécessaire de former les agents qui allaient prendre un poste dans ces deux services.

Ces FAE répondent à plusieurs objectifs :

- mener une gestion prévisionnelle des compétences en permettant l'adéquation entre les besoins du nouveau Rothschild et les compétences du personnel ;
- créer une culture commune entre des agents venant de secteurs d'activité variés ;
- créer une cohésion d'équipe dès l'ouverture d'un nouveau service et favoriser le travail pluridisciplinaire.

Il s'agit de permettre aux agents, par une formation théorique et pratique longue, d'enrichir leurs savoirs professionnels, de disposer d'une meilleure connaissance de la

population prise en charge et de mieux comprendre le rôle et les interactions des différents professionnels de santé intervenant au chevet du malade.

Ces formations sont l'occasion de réunir, avant l'ouverture du service, tous les membres de l'équipe appelés à travailler ensemble. Ainsi, lors de la FAE en rééducation neurologique, tous les agents du futur service de rééducation neurologique étaient présents, soit 38 personnes réparties selon les grades suivants : cadre supérieur infirmier, cadre infirmier, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, kinésithérapeute, assistante sociale, secrétaire, IDE, AS.

La formation permet donc à la fois de créer la cohésion d'une équipe pluridisciplinaire et d'acquérir les éléments théoriques nécessaires à la pratique des soins.

Les FAE alternent théorie et pratique. La FAE de gériatrie a par exemple débuté par deux semaines de théorie autour des soins aux personnes âgées et s'est poursuivie par trois semaines de stage dans divers établissements possédant des services de gériatrie.

Les objectifs de la FAE sont précisés dans un cahier des charges détaillé. Par exemple, la FAE de rééducation avait comme buts de permettre le repérage des particularités et des écueils de la prise en charge d'une personne handicapée ; d'apprendre à réaliser des soins qui « respectent » le patient ; de réfléchir à son positionnement par rapport au handicap ; d'acquérir une connaissance des pathologies prises en charge dans le service ; et, enfin, de favoriser le travail en pluridisciplinarité.

Cet apprentissage a été vécu de manière très positive par l'ensemble des agents : lors des évaluations des FAE, 99% des personnes formées se déclaraient « *très satisfaites* ». La formation apparaît comme une façon d'apporter un éclairage positif sur le changement comme source de renouvellement, de découvertes. C'est la leçon qu'en a tiré un AS de rééducation : « *C'était positif de changer, de se remettre en question. J'avais l'impression d'avoir fait le tour de la chirurgie orthopédique, je voulais changer de toute façon. Je m'étais bien installé dans mes pantoufles mais il me manquait une remise en question, un nouvel apprentissage* ».

Une IDE de gériatrie, auparavant affectée en médecine interne, opposée à la FAE *a priori*, est désormais au contraire convaincue de sa pertinence : « *La Formation d'Adaptation à l'Emploi, obligatoire pour intégrer le service de gériatrie, m'est apparue comme une forte contrainte au départ, mais finalement elle s'est avérée utile et très bien menée* ».

Les raisons de ce « plébiscite » sont diverses : certains ont été rassurés d'être formés avant d'intégrer un nouveau service, d'autres évoquent un sentiment de reconnaissance de la part de l'établissement. « *Les FAE en gériatrie et en rééducation ont permis de remotiver les agents qui restaient à Rothschild, ils ont senti l'effort consenti pour réaliser une formation*

de qualité. Cette formation a constitué un moment unique de rencontres, d'échanges, un moyen de "passer à autre chose" »¹¹⁵.

Un IDE de rééducation estime, lui, que la FAE était utile pour opérer la transition entre deux types de prise en charge du patient : « *C'était intelligent d'organiser une formation d'adaptation à l'emploi car beaucoup d'agents venaient de chirurgie orthopédique, où l'on a l'habitude de "faire à la place du malade" pour entrer dans une discipline où il faut réapprendre au malade à "faire lui-même" »* .

Toutefois, ce type de formation ne se prétend pas exhaustif. Les FAE doivent ensuite être complétées par des sessions de formation continue autour de thèmes plus spécifiques, à définir en fonction des besoins du service et des agents

Les FAE constituent donc un important levier du changement. Par ailleurs, d'autres agents ont eu l'opportunité, grâce à la restructuration de Rothschild, de suivre des formations plus spécifiques, afin de se reconvertir professionnellement.

2.1.2.2.2 Les démarches de reconversion professionnelle

Certains agents ont profité de ce que Rothschild se restructurait pour réorienter leur carrière, faisant du leitmotiv des débuts de la reconversion - « transformer la contrainte en opportunité »- une réalité. Ces exemples de reconversion professionnelle permettent au Groupe LAENNEC d'affirmer que « *la restructuration est une chance, une opportunité offerte à chacun de se révéler, lorsqu'il doit se poser la question de ce qu'il devient* »¹¹⁶.

On peut distinguer deux types de reconversion professionnelle : celles qui aboutissent à un changement de métier au sein de la filière hospitalière, et celles, plus rares, qui consistent en un véritable changement d'horizon professionnel (par exemple, une IDE du MIT est actuellement en formation pour devenir lectrice-correctrice dans une maison d'édition). Ces démarches sont facilitées par l'existence du FASMO qui permet de les financer.

Recruté en 1997 en chirurgie viscérale, un IDE n'a pas souhaité suivre le service à Bichat en 1999. Il a alors rejoint le service de chirurgie orthopédique, car il avait depuis quelques années le projet de suivre la formation de masseur-kinésithérapeute, et la chirurgie

¹¹⁵ Entretien avec la DRH de l'hôpital Rothschild.

¹¹⁶ GROUPE LAENNEC. *op. cit.*, p.263.

orthopédique constituait pour lui un premier pas vers la kinésithérapie. Il a par la suite pu intégrer le cycle de préparation au concours de l'école de masseurs-kinésithérapeutes. Il s'enthousiasme : « *La restructuration a accéléré mon projet de reconversion, elle m'a permis de faire accepter le principe de la promotion professionnelle plus facilement par le Siège [la Direction Générale de l'AP-HP, responsable des formations]. La restructuration a constitué une opportunité de poursuivre mon projet professionnel. Si ce projet n'avait pas abouti, j'aurais certainement été frustré d'être "baladé" de service en service* ».

Dans le même ordre d'idées, deux AS ont pu réaliser leur souhait de devenir socio-esthéticiennes, et un cadre IBODE a trouvé un réel épanouissement dans sa nouvelle fonction de cadre supérieur de gériatrie : « *J'ai fait un diplôme universitaire de gériatrie pour m'ancrer dans la discipline. J'ai été emballée ! Le travail de surveillante générale en gériatrie est plus intéressant qu'au bloc car je suis auprès des patients, je suis la "maîtresse de maison"* ».

L'expérience de l'hôpital Rothschild est riche d'enseignements en matière de conduite humaine du changement. L'hôpital a mis en place un dispositif d'accompagnement social solide, basé sur une éthique de la transformation et décliné en actions de communication et de formation collectives et individuelles.

Sur le long terme, des pistes restent à explorer pour un changement social encore mieux maîtrisé, notamment grâce au recours à des outils de prévision et de suivi en amont et en aval de la reconversion, ainsi que par le développement de la participation des agents pour une meilleure adhésion au changement.

2.2 DES PERSPECTIVES POUR UN CHANGEMENT SOCIAL MIEUX MAITRISE

2.2.1 Une réflexion en amont et en aval de la reconversion

2.2.1.1 Prévoir le changement : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Tout d'abord, les méthodes de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) peuvent être appliquées avec profit dans un établissement en restructuration.

2.2.1.1.1 Buts et méthodes de la GPEC

La GPEC permet d'anticiper le passage d'un effectif et d'un niveau de compétence donnés à ceux qui seront requis dans le futur pour mettre en œuvre le projet d'établissement de l'hôpital. Il s'agit de mettre en adéquation les besoins et les ressources en matière de compétences et d'effectifs.

En conséquence, la GPEC s'appuie pour partie sur la recherche des flux de personnel prévisibles. C'est pourquoi elle utilise des instruments de prévision de type tableaux de bord sociaux, tels que la pyramide des âges du personnel, qui permet de prévoir les départs en retraite ; les calendriers d'entrées et de sorties des cycles de formation ; ou encore les dates prévisionnelles de retour de Congés Longue Durée (CLD).

Elle s'attache par ailleurs à faire le point sur l'état des compétences et des ressources disponibles et à déterminer les profils qui seront requis dans la nouvelle organisation. Suite à cela, un plan pluriannuel de formation continue permettra d'adapter les qualifications aux besoins de l'établissement

Les outils et méthodes de la GPEC semblent donc particulièrement utiles dans un établissement en restructuration, notamment pour déterminer le temps nécessaire à la réaffectation de l'ensemble du personnel concerné, comme le souligne la circulaire DH/FH1 relative au FASMO : « *Ces travaux d'anticipation permettront de définir la durée optimum du chantier de réorganisation eu égard aux caractéristiques des personnels concernés (démographie, taux de rotation des effectifs, évolution des qualifications...) ainsi que la nature des mesures à mettre en œuvre de façon pertinente* »¹¹⁷.

Il semble en outre judicieux de compléter le développement de la GPEC par des encouragements à la mobilité.

2.2.1.1.2 Encourager la mobilité

Les statuts de la fonction publique hospitalière favorisent peu la mobilité. Or ceci serait utile, y compris et peut être surtout en dehors des périodes de restructuration, afin d'habituer les agents au changement.

¹¹⁷Circulaire DH/FH1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé, Bulletin Officiel n°99/15.

Un cadre infirmier du MIT qui a suivi le transfert du service à l'hôpital Tenon explique en quoi la mobilité est, selon lui, bénéfique : « *Il n'est jamais très bon de passer trente ou quarante ans d'une vie professionnelle au même endroit. La mobilité fait partie des opportunités offertes au personnel de l'AP-HP, et il faut savoir en profiter. C'est l'occasion d'apprendre de nouvelles choses, d'expérimenter d'autres modes de fonctionnement et de rester toujours vigilant, plutôt que de s'enfermer peu à peu dans une routine qui n'est pas forcément profitable* »¹¹⁸.

Ce qui freine les agents, plus que le changement lui-même, c'est la perte de confiance dans leur capacité à s'adapter et la peur d'affronter l'inconnu. Les redéploiements réussis peuvent constituer des exemples positifs et contribuer à modifier la perception négative du changement des autres agents. Une politique valorisant la mobilité permettrait également de modifier progressivement les représentations, de favoriser la connaissance des différents services de l'hôpital, et donc de faciliter les «changements imposés » à l'occasion d'une restructuration.

Concrètement, ces encouragements à la mobilité peuvent prendre plusieurs formes : on peut par exemple envisager de faire signer aux agents, lors de leur recrutement, un « contrat de mobilité » dans lequel ils s'engageraient à ne pas rester sur un même poste plus d'un certain temps. Selon Yves LAMY, le recrutement doit ainsi devenir un moment d'« *évaluation du potentiel et de l'adaptabilité des agents* » et le recruteur doit introduire « *dans l'esprit des recrutés des perspectives d'évolution pouvant conduire à des changements de filières ou de carrières* »¹¹⁹.

Il est également envisageable de valoriser l'effort de mobilité, aussi bien horaire qu'entre services ou entre établissements, lors des évaluations annuelles, dans les appréciations, ou encore en termes de carrière, par des bonifications d'échelon ou des primes. Il s'agit de gratifier « *ceux qui acceptent le changement par le biais de promotions, de formations, d'améliorations dans les conditions de travail* »¹²⁰.

La réflexion sur les outils de management utiles dans le contexte d'une restructuration ne doit pas être limitée à l'amont du processus de changement : il faut aussi envisager l'opportunité d'une évaluation de l'accompagnement et d'un suivi des agents.

¹¹⁸ in TRABACCHI G. et CHAUMIN D. Dossier Rothschild. *AP-HP Magazine*, n°84, Mai-Juin-Juillet 2001, p.16.

¹¹⁹ LAMY Y., *op. cit.*, p.60.

¹²⁰ *Ibid.*, p.60.

2.2.1.2 Evaluer l'accompagnement social et suivre les agents

2.2.1.2.1 Evaluer la qualité de l'accompagnement

Selon Yves LAMY, « *le plus souvent, l'évaluation [de l'accompagnement du changement] se limite au contrôle de satisfaction des agents concernés et de l'encadrement suite à une opération. L'absence de problème valant dans ces cas réussite, il suffit qu'aucune difficulté n'ait été signalée ou qu'elle ait été réglée [...] pour que l'opération de redéploiement soit favorablement jugée* »¹²¹.

L'évaluation du dispositif d'accompagnement n'existe effectivement pas aujourd'hui à Rothschild au-delà de ce qu'expose Yves LAMY. L'absence de conflit social constitue le principal témoin de la réussite d'un transfert ou d'une fermeture de service.

Des évaluations ponctuelles ont été faites par le passé. Un bilan a été dressé après le premier transfert, celui de la chirurgie viscérale. Une seule critique a été émise par les agents concernés : le fait de ne pas avoir un interlocuteur spécifique pour répondre aux interrogations et aux hésitations des agents. Suite à cela, le poste de Conseiller en Ressources Humaines a été créé.

En 1998, dans le cadre du contrat d'amélioration des conditions de travail, la direction de l'hôpital et le CHSCT ont souhaité la réalisation d'une étude sur l'impact de la reconversion sur les conditions de travail des agents. A la suite de celle-ci, l'ensemble des partenaires s'est accordé sur la nécessité d'un suivi : deux journées de séminaire ont alors rassemblé, en novembre 1998, organisations syndicales locales, personnels et membres de la Direction. Elles ont permis de formaliser des propositions pour améliorer le dispositif d'accompagnement social en place à Rothschild. En particulier, les personnes présentes à ce séminaire ont demandé un engagement fort de l'AP-HP dans l'accompagnement des agents de Rothschild, ainsi que la constitution d'un comité de suivi local des redéploiements.

Une évaluation plus régulière et plus poussée pourrait être réalisée, grâce à des réunions internes aux services concernés pour dresser des bilans d'étape.

En outre, afin de tirer des enseignements du vécu des agents, la Direction pourrait adresser aux cadres et aux agents redéployés des questionnaires d'évaluation. Ces documents permettraient à la fois de connaître les problèmes éventuellement rencontrés par les agents, de juger du niveau d'atteinte des objectifs de l'opération et du degré d'adaptation des agents à leurs nouveaux postes.

¹²¹ LAMY Y. *op. cit.*, p.52.

De plus, suite aux FAE pour les agents réaffectés en interne, il est nécessaire d'évaluer à intervalles réguliers les besoins de formation complémentaires.

Il s'agit globalement d'effectuer des bilans d'étape pour mesurer l'avancement de la reconversion, évaluer son déroulement et éventuellement en ajuster l'organisation en prenant en considération les informations recueillies.

2.2.1.2.2 Suivre les agents mutés ?

Dans le même ordre d'idées, on peut s'interroger sur la nécessité de suivre les agents réaffectés, pour s'assurer de leur bonne intégration. Un tel suivi peut s'avérer déstabilisant pour l'agent et perturber son adaptation au nouveau service, en lui rappelant qu'il dispose du principe du « droit à une seconde affectation », inscrit dans la *Charte sociale pour un nouveau Rothschild*.

Cependant, « *en cas d'échec, la mobilité peut rompre le projet professionnel de l'individu. L'absence d'intégration dans l'organisation lui enlève toute possibilité de repères, il n'a plus les moyens d'évaluer ses compétences et capacités. Le plus souvent, il en résulte un comportement de fuite ou de retrait* »¹²².

Selon Yves LAMY¹²³, il est donc nécessaire d'assurer un suivi personnel des agents concernés, en organisant des entretiens individuels, de préférence avec le conseiller consulté par l'agent en amont de l'opération (psychologue du travail ou cadre). L'encadrement a un rôle clé dans ce suivi : il doit être attentif à l'adaptation de l'agent et le conseiller. En cas de problème, il pourra en référer à la DRH.

La GPEC et l'évaluation de l'accompagnement peuvent être utiles pour mieux maîtriser le changement. Mais au-delà de ces outils « techniques », le promoteur du changement doit surtout chercher à développer la participation des agents et à promouvoir une nouvelle « culture d'établissement » afin d'obtenir une meilleure adhésion au changement.

¹²² GAMBRELLE G. *op. cit.*, p.26.

¹²³ LAMY Y. *op. cit.*, p. 52.

2.2.2 Une participation accrue des agents

2.2.2.1 Développer le management participatif

2.2.2.1.1 Participer pour mieux adhérer à la reconversion

En général, les membres d'une organisation s'impliquent plus dans ce qu'ils ont contribué à créer. C'est pourquoi, dans le cadre d'une restructuration, il peut être utile de développer un management participatif, ouvert aux propositions des agents.

L'échec de la réorganisation de l'administration fiscale en 1999 est à cet égard riche d'enseignements¹²⁴. Le Ministre des Finances souhaitait créer un interlocuteur fiscal unique en regroupant la Direction Générale des Impôts (chargée du calcul de l'assiette de l'impôt) et la Comptabilité Publique (qui assure la perception). Ce projet a rencontré l'opposition des syndicats et des élus locaux. Après plusieurs mouvements de grève, le Ministre des Finances a été contraint de démissionner et le Premier Ministre a abandonné la réforme. Cet échec révèle la nécessité de consulter et d'associer les agents à tout changement de fond de l'organisation.

La Direction d'un hôpital en reconversion a donc tout intérêt à associer son personnel à la réflexion sur le nouvel établissement. De cette façon, les agents s'approprient plus facilement le projet et ont le sentiment d'avoir participé à la rénovation de leur « outil de travail » ce qui suscite fierté, motivation et sentiment d'appartenance à l'institution.

Ce processus est par nature plus lent qu'un changement imposé de manière unilatérale et descendante, mais il offre à terme des garanties de stabilité et de motivation du personnel.

2.2.2.1.2 Réfléchir ensemble à l'avenir de l'hôpital

C'est pourquoi « toutes les démarches participatives favorisant les échanges et la réflexion sur le diagnostic de la situation, l'organisation présente et à venir, les orientations à retenir pour les divers secteurs de l'hôpital, l'avenir de ses métiers, gagnent à être développées. L'adhésion au projet d'établissement ou la conviction partagée que l'avenir de

¹²⁴ LAIK C. Bercy: autopsie d'un échec. *L'Express*, 30 Mars 2000, pp.115-116.

l'hôpital passe par telle ou telle modification, constituent des ciments très forts dans les opérations de redéploiement »¹²⁵.

Il existe divers moyens d'associer les personnels à la réflexion sur l'avenir de leur établissement : comités de pilotage, tables rondes par thèmes, participation directe des personnels et/ou des syndicats auprès de la Direction.

C'est ce principe qui a par exemple présidé à la création du comité de pilotage local en septembre 1997. Il s'agissait de finaliser le projet médical et le projet d'établissement du futur Rothschild. Environ 40% du personnel déclarait en 1997 vouloir continuer à exercer à Rothschild dans le futur. La composition du comité de pilotage a tenu compte de cette donnée en associant des personnes représentatives de l'« ancien » et du futur hôpital. Ce groupe associait ainsi partenaires sociaux, représentants des instances locales et du siège de l'AP-HP, agents des services appelés à demeurer sur le site après 2002 et représentants des hôpitaux du CHU et de la ville.

Des groupes de travail par thèmes ont également été créés pour réfléchir, entre autres, à la programmation architecturale des travaux d'aménagement du futur Rothschild. Le « management participatif » est aussi à la base du travail des groupes « qualité » en vue de l'accréditation.

Ces méthodes de travail doivent être utilisées chaque fois que possible.

Favoriser la participation du personnel à l'élaboration du projet d'établissement d'un hôpital en restructuration constitue un moyen de garantir la réussite du changement grâce à l'adhésion des agents. La construction d'une nouvelle culture d'établissement va dans le même sens.

2.2.2.2 Bâtir une nouvelle « culture d'établissement »

2.2.2.2.1 Développer un sentiment d'appartenance au nouveau Rothschild...

Si le rôle de la culture n'est pas la première chose à laquelle on prête attention dans la conduite d'une restructuration, il n'en est pas moins capital.

Dans un hôpital, chaque unité de soins a une culture de groupe propre, ce qui rend difficile une démarche cohérente dans un établissement réorganisé. C'est pourquoi il semble pertinent de chercher à développer une culture globale d'établissement.

¹²⁵ LAMY Y. *op. cit.*, p.44.

Systeme de valeurs commun, la culture tend en effet à créer un sentiment d'identité au sein d'un groupe par référence à une histoire commune fondée sur des croyances et des traditions : elle constitue ainsi un lien entre les membres d'une organisation. « *Née à l'occasion des défis que l'organisation a dû rencontrer au cours de son existence, elle est le ciment qui relie ses membres les uns aux autres* »¹²⁶.

ALECIAN et FOUCHER identifient trois composantes de la culture d'organisation : les manifestations apparentes de la vie collective (aménagement de l'espace, tenues, comportements, vocabulaire, gestion des personnes...) ; les valeurs et le référentiel qui guident les comportements ; la vision du monde de l'organisation (conception de l'homme, de la société...).

Selon ces deux auteurs, la « culture d'organisation » remplit deux fonctions. Elle est tout d'abord un « *facteur de cohésion interne, puisqu'elle permet aux membres de vivre ensemble, et, en ce sens, elle constitue une force de conservation, un obstacle au changement* ». La représentante du syndicat SNCH constate que : « *La culture propre à Rothschild a constitué un frein à la restructuration : le personnel est accroché viscéralement à l'hôpital de façon historique. Cet attachement est lié à la petite taille de l'établissement, car tout le monde se connaît, possède des repères. Beaucoup sont là depuis longtemps, en terre connue* ».

Mais la culture d'organisation fournit aussi, selon ALECIAN et FOUCHER, « *une façon de s'adapter aux défis de l'extérieur en offrant des méthodes positives de résolution des problèmes et des croyances qui permettent de faire face à l'anxiété* »¹²⁷.

Il faut donc prendre en compte l'ancienne culture d'établissement et s'appuyer sur elle pour la faire évoluer, et non la rejeter sans précaution ni tenter de plaquer une nouvelle culture de l'extérieur. C'est la gestion au quotidien qui doit créer cette nouvelle culture.

Remodelée, la culture d'organisation constituera un socle générateur de stabilité et de cohésion au sein du personnel

2.2.2.2 ...En valorisant ses nouvelles missions

A Rothschild, il s'agit donc dès maintenant d'orienter les esprits vers les missions du futur hôpital, en développant une culture d'établissement de soins de suite et de réadaptation. Il est en effet « *nécessaire de valoriser les secteurs au sein desquels des*

¹²⁶ ALECIAN S. et FOUCHER D. *op. cit.*, p.102.

¹²⁷ *Ibid.*, p.101.

besoins paraissent s'accroître dans l'avenir. L'image de certains secteurs mérite d'être réhabilitée dès aujourd'hui de telle sorte qu'elle ne soit pas repoussante demain lorsqu'il s'agira d'y réaffecter des moyens »¹²⁸.

La stratégie retenue par la Direction de l'AP-HP pour Rothschild consiste à ouvrir progressivement les nouveaux services pour ancrer les nouvelles activités dans la tradition de l'hôpital.

La formation joue également un rôle très important pour créer une culture commune. Les FAE en gériatrie et en rééducation ont ainsi fondé la cohésion des équipes en leur permettant de partager des savoirs et des valeurs.

Par ailleurs, la Direction des soins de Rothschild développe l'idée de stages de découverte au sein des nouveaux services pour que les agents puissent mesurer leur attrait pour la gériatrie ou la rééducation. Ces stages permettent d'échanger des méthodes de travail et de faire circuler des savoir-faire. Ils participent donc au développement d'une nouvelle « culture maison ».

Il existe encore bien d'autres moyens de créer une nouvelle culture d'établissement : par exemple, la diffusion d'articles dans le journal interne, ou encore l'organisation de journées d'information pour valoriser les futures activités de l'établissement et montrer en quoi elles répondent à un véritable besoin de santé publique.

Le rôle des événements « symboliques » (inauguration de service, discours de vœux...) dans la construction de la culture d'organisation ne doit pas non plus être négligé.

Enfin, il faut signaler que le renouvellement des personnels semble indispensable, car *« la présence dans l'institution de personnels anciens, porteurs de la mémoire des événements (maintien) et de personnels nouveaux tournés vers l'avenir (changement) est un facteur qui peut favoriser l'émergence d'un nouvel équilibre, car le changement est le passage d'un état stable à un autre état stable »¹²⁹.*

¹²⁸ LAMY Y., *op. cit.*, p.45.

¹²⁹ COQUAZ C. *op. cit.*, p.62.

CONCLUSION

La reconversion de l'hôpital Rothschild constitue une restructuration d'un type bien particulier. « Facilitée » par l'appartenance de l'établissement à l'AP-HP, qui offre de vastes possibilités de réaffectation du personnel en interne, cette opération est « compliquée » par son déroulement « en temps réel », sans fermeture des services, qui impose de reproduire la démarche d'accompagnement social pour chaque transfert ou fermeture, en jonglant avec les calendriers et le respect des masses critiques en deçà desquelles les services ne pourraient plus fonctionner.

L'analyse de la reconversion de l'hôpital Rothschild illustre l'idée selon laquelle « *chaque opération de redéploiement se déroule selon sa spécificité et celle de l'établissement dans lequel elle prend corps* »¹³⁰.

Il est donc impossible de définir une méthodologie de conduite sociale du changement qui pourrait s'appliquer en tout lieu et en tout temps. Il faut se garder, comme le souligne le Groupe LAENNEC, de « *la tentation de réduire en un "kit restructuration" toute une démarche d'accompagnement du changement* »¹³¹. L'exemple de la restructuration de l'hôpital Rothschild montre qu'il est même impossible de transposer totalement les techniques d'accompagnement du personnel d'un service à l'autre au sein du même établissement, tant le contexte de chaque transfert ou fermeture est singulier.

La démarche d'accompagnement ne peut donc être élaborée qu'après un diagnostic des spécificités de l'établissement, de son environnement, de ses contraintes et de ses ressources. « *Penser le changement à l'hôpital suppose que l'on ne parte pas de la réalité singulière formelle de l'institution hospitalière mais bien plutôt des formes inattendues et contingentes des hôpitaux alors saisis comme des organisations* »¹³².

Il existe cependant des « techniques » exploitables dans divers contextes de restructuration, en matière de communication sur le changement, de formation et plus généralement d'accompagnement collectif et individuel des agents concernés.

¹³⁰ LAMY Y. *op. cit.*, p.11.

¹³¹ GROUPE LAENNEC. *op. cit.*, p.261.

¹³² HERREROS G. Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, n°361, Décembre 1996, p.757.

Il paraît en outre souhaitable de développer les outils prospectifs propres à la GPEC, en particulier dans les grandes structures comme l'AP-HP où l'on se repose parfois sur la taille de l'institution pour absorber naturellement les mobilités.

Pour finir, il faut garder présent à l'esprit l'« avertissement » de l'ancien DRH de l'hôpital Rothschild : « *La dimension sociale a un peu servi de "variable d'ajustement" dans la restructuration. On a par exemple décalé sans cesse les dates, sans se rendre compte de ce que cela pouvait impliquer pour les agents. Au final, la dimension sociale n'a pas été un frein à la restructuration, à l'inverse par exemple de la dimension architecturale ou médicale* ». Il ne faut en aucun cas négliger les ressources humaines dans le cadre d'une restructuration, ni stigmatiser les agents pour leur supposée « résistance au changement ». La peur du changement est une réaction humaine normale, qui peut être surmontée avec du temps, de la pédagogie et de l'écoute.

Bibliographie

OUVRAGES

- ALECIAN S. et FOUCHER D. *Guide du management dans le service public*. Paris : Editions d'organisation, 1994. 430 p. Chapitre 2, 4^e partie, La conduite du changement, pp.99-115.
- ARBUZ G. et DEBROSSE D. *Réussir le changement de l'hôpital*. Paris : InterEditions, 1996. 249 p.
- BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Editions du Seuil, 1985. Points. 382 p.
- BOUTINET J-P. *Anthropologie du projet*. 6^e édition. Paris : PUF, 2001. 350p.
- CHAVEL T. *La conduite humaine du changement*. Paris : Demos, 2000. 222 p.
- CREMADEZ M. et GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. 2^e édition. Paris : InterEditions, 1997. Chapitre 14, Le changement organisationnel, apprendre à maîtriser une institution ouverte à son environnement, pp.313-338.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977. Points. 500 p.
- DERENNE O. *L'accompagnement social des restructurations hospitalières. Paroles d'agents*. Rennes : Dolfi Conseil et Formation, 2000. 73 p.
- DUPONT M. *L'AP-HP*. Paris : PUF, 1999. Que-sais-je ? n°3505. 127 p.
- LAMY Y. *Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux*. Rennes : Editions ENSP, 1995. 70 p.
- MENDRAS H., FORSE M. *Le changement social*. Paris : Armand Colin, 1983. 284 p.
- MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. 11^e tirage 1996. Paris : Editions d'organisation, 1982. 434 p.

TEXTES LEGISLATIFS

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

- Circulaire DH/FH1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé, Bulletin Officiel n°99/15.
- Décret n°98-1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire au profit des fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonctions dans un établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

ARTICLES

- Attention « Hôpital en déménagement » ! <http://www.hospimedia.fr> 3 juillet 2002.
- Les restructurations hospitalières sur la période 1994-1997. *Cahiers hospitaliers*, n°139, Octobre 1998, pp.23-26.
- Que pensent les DRH du dialogue social ? *Revue Personnel ANDCP*, Mars 1998, n°387, pp.41-46.
- Restructuration hospitalière. *Cahiers hospitaliers*, n°132, Février 1998, pp.17-18.
- ARBUZ G. et DEBROSSE D. Changement de l'hôpital, initier une dynamique. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n°19, 3^e trimestre 1996, pp.5-15.
- CAGNOLI S. Changements et problèmes humains à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, supplément au n°351, Décembre 1995, pp.843-845.
- CHATAURET A., RENAULT C. et YAHIEL M. Réforme hospitalière : comment maîtriser les changements. *Gestions hospitalières*, n°371, Décembre 1997, pp.808-811.
- COUGARD M-C. Rôle des DRH dans la conduite du changement. *Personnel*, n°395, Décembre 1998, pp.56-60.
- CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Cahiers de Gestion Hospitalière*, n°266, Mai 1987, pp. 285-306.
- DE CONINCK F. Les bonnes raisons de résister au changement. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, pp. 162-168.
- GAMBRELLE G. La mobilité professionnelle des infirmiers à l'AP-HP. *Objectifs Soins*, n°36, Octobre 1995, pp.24-28.
- GIROUX N. et GIORDANO Y. Les deux conceptions de la communication du changement. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, pp.139-150.
- GROUPE LAENNEC. Accompagner les restructurations : carnets de route. *Gestions hospitalières*, n°385, Avril 1999, pp.261-265.
- HERREROS G. Changement, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, n°361, Décembre 1996, pp. 752-757.

- KOURILSKY F. La communication, levier du changement à l'hôpital. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, n°19, 3^e trimestre 1996, pp.16-20.
- KOURILSKY F. Comment ne pas bloquer le changement ? *Gestions Hospitalières*, n°385, Avril 1999, pp.266-267.
- LAIK C. Bercy : autopsie d'un échec. *L'Express*, 30 Mars 2000, pp.115-116.
- NESTAR S. Le cas particulier des restructurations. *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, n°15, Novembre 1998, pp.29-33.
- PERRET V. La gestion ambivalente du changement. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, pp.88-97.
- PLUCHART J-J. Les discours du changement organisationnel. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, pp.152-160.
- POINDRON Y. Dossier AP-HP : faut-il rajeunir la vieille dame ? *Espace social européen*, n°455, Mars 1999, pp.15-19.
- POINDRON Y. Restructuration hospitalière en Ile de France : l'urgence. *Espace social européen*, n°4389, Septembre 1997, pp.14-18.
- TRABACCHI G. et CHAUMIN D. Dossier Rothschild. *AP-HP Magazine*, n°84, Mai-Juin-Juillet 2001, pp.14-23.
- VANDANGEON-DERUMEZ I. La dynamique des processus de changement. *Revue Française de Gestion*, n° spécial, n°120 « Les organisations face au changement », Septembre-Octobre 1998, pp.120-138.

CONGRES

- *La conduite du changement : quels enseignements tirer d'opérations de restructuration hospitalière ?*, 1^{er} Colloque International des Economistes Français de la Santé : l'état de la réforme. 2000. MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS A-P. 32 p.
- *Gestion des Ressources Humaines dans le cadre des restructurations : les évolutions nécessaires*. CA de la FHF du 14 février 2002. 2002. Paris. 20 p.

MEMOIRES

- BIHAN D. *Restructuration et mobilité : de la contrainte à l'opportunité de devenir acteur de son projet*. Mémoire d'Infirmier Général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001.
- BREHIER M. *Conception et organisation d'une unité de chirurgie ambulatoire isolée au sein d'un hôpital de soins de suite. Exemple du projet de reconversion de l'hôpital*

Rothschild. Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1998.

- COQUAZ C. *Les fusions hospitalières. Contribution de l'infirmière générale au changement.* Mémoire d'Infirmier Général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001.
- GANS G. *La conduite du changement managérial à l'hôpital : analyse de la création d'une cellule prospective au Centre Hospitalier de Meulan-les-Mureaux.* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1997.
- GUERRAZ S. *Concilier nouvelle gestion de ressources humaines et réformes de structure. L'exemple du Centre Hospitalier de Chambéry.* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1996.
- LACOUR B. *La conduite du changement en milieu hospitalier : enseignements tirés de l'expérimentation mise en place au Centre Hospitalier de Lourdes.* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1997.
- LIMOUZY F. *L'importance de la gestion des ressources humaines dans l'accompagnement d'une fusion. Illustration au Centre Hospitalier Intercommunal Bassin de Thau.* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000. 108 p.
- PADELLEC M-R. *Conduire des restructurations internes, un management stratégique au service de la cohérence et de la pertinence des actions.* Mémoire d'Infirmier Général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001. 70 p.
- REVELIN C. *Gestion des ressources humaines et restructuration : un projet et une méthode aux Hospices Civils de Lyon.* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1998. 63 p.
- SABAH P. *La dimension humaine des restructurations hospitalières.* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2000.
- THENADEY M. *La conduite du changement en milieu hospitalier : l'expérience du Centre Hospitalier Général de Hyères.* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1990.
- THIRIAT M-F. *Restructuration hospitalière : quels enjeux pour les hommes et les équipes.* Mémoire d'Infirmier Général : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1997.

DOCUMENTS INTERNES HOPITAL ROTHSCHILD, AP-HP et ARHIF

- Projet d'établissement hôpital Rothschild 2001-2004.
- Rapports d'activité hôpital Rothschild 1999 et 2000.
- Rapport Pellerin.
- Charte sociale.
- Parcours et projets professionnels des différents services transférés.

- Projet stratégique 2000 AP-HP.
- Exemplaires 1994-2002 du journal interne de l'hôpital Rothschild, *Expressions*.
- Décision n°99-404 de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France du 22 Décembre 1999.
- LACOMBE K. *Paris : 11^e, 12^e et 20^e arrondissements : approche des besoins sanitaires et sociaux de la population de plus de 60 ans. Analyse de l'offre de soins*, Paris : Direction de la prospective et de l'information médicale, AP-HP, Avril 1996, 35 p.
- SROS Ile-de-France 1999-2004, 186 p.
- DONATO J., BOULET C. et DE CRESCENZO J-C. *Reconversion de l'hôpital Rothschild : étude de l'impact de la reconversion sur les personnels*, Aix-en-Provence : Université de Provence, Avril 1998, 50 p.

Liste des annexes

ANNEXE 1 :

Grilles d'entretien adaptées aux soignants, aux cadres infirmiers et aux membres de la Direction.

ANNEXE 2 :

Liste et ancienneté dans l'établissement des personnes interrogées en entretiens.

ANNEXE 3 :

La reconversion de l'hôpital Rothschild vue par les agents : synthèse thématique des entretiens.

ANNEXE 4 : **non publiée**

L'hôpital Rothschild en 1995, l'hôpital Rothschild à l'issue de sa reconversion.

ANNEXE 5 : **non publiée**

Décisions de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France n°99-404 du 22 Décembre 1999, n°01-320 du 13 Novembre 2001 et n°02-63 du 19 Février 2002.

ANNEXE 6 : **non publiée**

Rothschild 1995-2009 : les étapes d'une reconversion en temps réel.

ANNEXE 7 : **non publiée**

Tract syndical militant contre la restructuration.

ANNEXE 8 : **non publiée**

Les étapes de l'opération de transfert du service de gastro-entérologie prévue en 2002.

ANNEXE 9 : **non publiée**

Charte sociale pour un nouveau Rothschild.

ANNEXE 10 : **non publiée**

Exemplaire vierge de Parcours et Projet Professionnel (PPP).

ANNEXE 1

GRILLES D'ENTRETIEN ADAPTEES AUX SOIGNANTS, AUX CADRES
INFIRMIERS ET AUX MEMBRES DE LA DIRECTION

GRILLE D'ENTRETIEN : SOIGNANTS

Signalétique :- poste :

- âge :

Dans le cadre de la restructuration de l'hôpital Rothschild, vous avez vécu un changement de poste.

1- Quel type de changement avez-vous vécu suite à la restructuration (mobilité fonctionnelle/géographique) ?

2- Quelle était votre ancienneté dans le service, avant la restructuration ? Quelle est/était votre ancienneté dans l'hôpital ? Combien de postes y avez-vous occupé ? Avez-vous déjà occupé un poste dans un autre établissement ?

3- Comment et à quels moments avez-vous été informé de la restructuration ?

4- Quels sont, selon vous, les objectifs de la restructuration de l'hôpital Rothschild ?

5- Quel était votre projet professionnel au moment de la restructuration de votre ancien service ?

Quelles étaient vos motivations et vos priorités ?

6- La restructuration a-t-elle modifié vos projets ?

A-t-elle été l'occasion de réaliser un projet ancien ?

7- Vos souhaits, tels qu'exprimés dans le PPP ont-ils été respectés ?

8- Comment avez-vous vécu votre changement d'affectation ?

9- Y-a-t-il eu des différends dans le calendrier prévisionnel de la restructuration ? Si oui, comment les avez-vous vécus ?

10- Avez-vous bénéficié d'une aide, d'un accompagnement, à l'occasion de la restructuration ? De qui émanait-elle? Cette aide était-elle conforme à vos attentes et à vos besoins ?

11- Avez-vous suivi une formation particulière à l'occasion de la restructuration ? Cette formation était-elle conforme à vos attentes ?

12- Quel était votre sentiment à l'égard de la restructuration au moment où elle vous a été annoncée ? Votre approche est-elle différente a posteriori, après la restructuration ?

13- Aujourd'hui, quel bilan dresseriez-vous des changements qu'a occasionné la restructuration dans votre vie professionnelle et personnelle? Diriez-vous que la restructuration s'est transformée en opportunité professionnelle ?

GRILLE D'ENTRETIEN : CADRES INFIRMIERS

Vous avez participé à la gestion de la restructuration d'un service de l'hôpital Rothschild.

1- Combien de temps avez-vous été responsable de votre précédent service d'affectation, avant la restructuration? Quelle est/était votre ancienneté dans l'hôpital ?

2- Quels types de changement la restructuration a-t-elle généré pour les agents (mobilité fonctionnelle/géographique) ?

Y-a-t-il eu une orientation générale commune des agents (suivre le service, postuler dans un autre service/établissement ?)

3- Comment l'annonce de la restructuration a-t-elle été accueillie par les agents ? Ont-ils changé de position au fil du temps ?

4- Quel rôle avez-vous joué dans l'accompagnement du personnel concerné par les restructurations?

Quels ont été vos « outils » ?

Quels ont été vos partenaires ?

5- Comment se sont déroulés les redéploiements de personnel ? Y-a-t-il eu des difficultés particulières ? De quel ordre ? Comment se sont-elles résolues ?

6- Quels ont été les freins et les leviers d'action au cours de ces restructurations ?

7- Y-a-t-il eu des différends dans le calendrier prévisionnel des départs de service ? Comment les avez-vous gérés ?

8- Avez-vous eu le sentiment que les agents comprenaient les motifs de la restructuration ?

9- Quel bilan dresseriez-vous aujourd'hui de ces restructurations, pour vous-même et pour les agents que vous encadrez ? Votre position à cet égard a-t-elle évolué entre le début et la fin des restructurations ?

10- Peut-on dire que la restructuration s'est transformée en une opportunité professionnelle pour les agents ?

<p style="text-align: center;">GRILLE D'ENTRETIEN : DIRECTRICE, DRH, DS, CHEF DU PERSONNEL, CRH, REPRESENTANTS DU PERSONNEL</p>
--

Vous avez participé à la gestion du personnel dans le cadre de la restructuration de plusieurs services de l'hôpital Rothschild.

1- Quels types de changement la restructuration a-t-elle généré pour les agents (mobilité fonctionnelle/géographique) ?

Y-a-t-il eu une orientation générale commune des agents (suivre le service, postuler dans un autre service/établissement ?)

2- Quel était le degré de mobilité des agents avant la restructuration ?

3- Sur quelles bases le dispositif de gestion sociale des restructurations est-il fondé ?

4- Quel a été votre rôle dans la gestion du personnel concerné par ces restructurations ?
Quels étaient vos partenaires ?

5-Quels ont été les leviers et les freins dans la conduite de ces restructurations ?

6- Y-a-t-il eu des différés dans le calendrier prévisionnel de la restructuration ? Comment les avez-vous gérés ?

7- L'obligation de mobilité des agents à l'occasion de ces restructurations a-t-elle été l'occasion pour eux d'élaborer des projets professionnels ?

8- Comment se sont déroulés les redéploiements de personnel ? Y-a-t-il eu des difficultés particulières ?

9- Quels échos avez-vous reçu suite à ces restructurations, de la part des agents et des cadres ?

10- Peut-on dire qu'au cours de ces opérations de restructuration, on a su « transformer la contrainte en opportunité » professionnelle pour les agents ?

ANNEXE 2

**LISTE ET ANCIENNETE DANS L'ETABLISSEMENT DES PERSONNES
INTERROGEES EN ENTRETIENS**

Liste des personnes interrogées

Affectation actuelle	Affectation précédente	Ancienneté dans l'hôpital Rothschild
Directrice de l'hôpital Rothschild		3 ans
Directeur des Soins		2 ans
	Directeur des Ressources Humaines	De 1995 à 1999
Directrice des Ressources Humaines		3 ans
Chef du Personnel		9 ans
	Responsable de formation	De 1992 à 1999
	Conseillère en Ressources Humaines (psychologue du travail + responsable de formation)	De 1999 à 2002
Représentant CFDT		20 ans
Représentante CGT		32 ans
Représentante SNCH		6 ans
CSI rééducation	CSI chirurgie viscérale	26 ans
CI rééducation	CI chirurgie orthopédique	24 ans
CI rééducation	CI chirurgie viscérale	31 ans
IDE rééducation	IDE chirurgie orthopédique	28 ans
IDE rééducation	IDE chirurgie viscérale puis IDE chirurgie orthopédique	6 ans
AS rééducation	AS chirurgie orthopédique	7 ans
AS rééducation	AS chirurgie viscérale	36 ans
Masseur-kinésithérapeute rééducation	Masseur-kinésithérapeute chirurgie orthopédique	6 ans
CSI gériatrie	Cadre IBODE bloc chirurgie	24 ans

	viscérale	
CI gériatrie	CI médecine interne	17 ans
Secrétaire hospitalière gériatrie	AS médecine interne	15 ans
IDE gériatrie	IDE médecine interne	10 ans
IDE gériatrie	IDE chirurgie orthopédique	20 ans
AS gériatrie	AS médecine interne	17 ans
AS gériatrie	AS médecine interne	21 ans
AS gériatrie	AS médecine interne	12 ans
CSI MIT Tenon	CSI MIT Rothschild	12 ans
CI MIT Tenon	CI MIT Rothschild	1 an
Masseur-kinésithérapeute MIT Tenon	Masseur-kinésithérapeute MIT Rothschild	9 ans
Technicienne d'études cliniques MIT Tenon	Technicienne d'études cliniques MIT Rothschild	2 ans
AS MIT Tenon	AS MIT Rothschild	4 ans
IDE hépato-gastro-entérologie	IDE chirurgie viscérale	22 ans
IDE gynécologie-obstétrique	IDE MIT Rothschild	2 ans
IDE Consultation de médecine sans rendez-vous	IDE chirurgie viscérale	25 ans

ANNEXE 3

LA RECONVERSION DE L'HOPITAL ROTHSCHILD VUE PAR LES
AGENTS : SYNTHÈSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS

LA RECONVERSION VUE PAR LES AGENTS DE L'HOPITAL ROTHSCHILD

La mobilité issue de la restructuration

- « La mobilité est surtout géographique, interne (par changement de service, et donc de discipline, ce qui n'est pas anodin) ou externe. Les changements de métier, la préparation de concours ont été plus rares. La restructuration a accru la mobilité des plus motivés et des plus qualifiés, qui ont saisi l'opportunité de partir avant qu'on ne les y oblige. La cohésion d'équipe et les reports de calendrier jouent sur le degré de mobilité des agents. » (la DRH de Rothschild)
- « On peut distinguer deux périodes dans la reconversion : une première étape durant laquelle les agents ont privilégié la mobilité interne à Rothschild, avec beaucoup de réaffectations en rééducation, gériatrie, policlinique. Seuls les jeunes diplômés IDE se trouvaient des postes ailleurs. On a donc gardé les "anciens". Aujourd'hui, cela n'est plus possible car il n'y a plus d'ouverture de lits. C'est donc désormais la mobilité géographique vers l'extérieur qui domine. » (le Chef du personnel de Rothschild)
- « La restructuration a majoritairement généré des mobilités vers d'autres hôpitaux de l'AP-HP : certains agents ont suivi leur service à l'occasion de son transfert, quelques-uns ont rejoint un autre hôpital de l'AP-HP en tenant compte de critères de proximité géographique notamment. A la marge, on a pu voir des demandes de reconversion professionnelle ; des mobilités vers la province ou les DOM-TOM; des mises en disponibilité ou des détachements. » (la Conseillère en Ressources Humaines)

Le degré de mobilité avant la restructuration

- « Certains agents de Rothschild sont là depuis plusieurs dizaines d'années. Il y a même parfois des phénomènes de dynasties, de familles qui travaillent à Rothschild ». (le Directeur des soins)
- « Les agents de Rothschild sont peu mobiles car c'est un petit hôpital attachant par sa dimension historique, familiale, par ses activités. Il y a un fort sentiment d'appartenance à Rothschild, renforcé par la politique sociale de la Direction en termes de communication et de festivités. » (l'ancien DRH)

- « Le degré de mobilité des agents avant la restructuration était faible, sauf pour les agents du MIT, plus jeunes, et arrivant dans le service de façon plus régulière. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « Moi, je n'ai jamais quitté mon service, mais je fais partie d'une génération de soignants où la stabilité était une qualité, elle était garante de compétences très pointues. Maintenant, c'est la mobilité qui est valorisée, il faut être polyvalent ». (CSI rééducation)

Le contexte

- « Il y avait trois dimensions structurantes :
 - 1- La restructuration concomitante de Boucicaut, Broussais et Laennec qui concernait plusieurs milliers d'agents. C'était une opération lourde, visible, qui a donné lieu à l'élaboration d'une charte sociale. Il existait donc un précédent de négociation entre direction et personnel en vue d'édicter des principes d'accompagnement du changement.
 - 2- Rothschild était à l'époque un hôpital d'aigu convival qui fonctionnait remarquablement bien, ses services avaient bonne réputation et étaient peu coûteux. L'hôpital a été subitement contraint de basculer vers un autre type d'activité alors même qu'il ne rencontrait pas de problème de fonctionnement.
 - 3- Les syndicats étaient très présents à Rothschild, enracinés depuis la Libération, ce qui rendait la politique sociale très importante. » (l'ancien DRH)
- « A la fin des années 1980, Rothschild était en plein essor avec l'arrivée de la chirurgie vasculaire, du MIT, la rénovation des urgences. Cinq ans après, on apprend que Rothschild va devenir un hôpital de gériatrie et de rééducation : il y a eu un sentiment de régression professionnelle. » (le Chef du personnel de Rothschild)

L'annonce de la restructuration

- « L'accueil de l'annonce de la restructuration a été dramatique en chirurgie viscérale. Certains ont pleuré. Il y a eu des dépresses. C'était difficile aussi pour les cadres. L'équipe était stable, constituée depuis vingt ans. Le dernier trimestre 1998, après l'annonce, a été très difficile. » (CSI rééducation)

- « On s'y est fait, on a suivi, on a adhéré. » (CI rééducation)
- « J'ai été informé de la date du transfert de la chirurgie orthopédique un an ou deux avant le départ, par la Direction et le cadre supérieur. Ça a laissé le temps de voir venir la restructuration. » (AS de rééducation)
- « A l'annonce de la restructuration, c'était la catastrophe. Je trouvais que c'était du gâchis ». (CSI de gériatrie)
- « L'annonce de la restructuration, c'était un chamboulement total, désagréable pour les agents, mais ça fait du bien de le vivre ». (CSI de gériatrie)
- « L'annonce de la restructuration n'a pas vraiment été mal accueillie car les agents savaient qu'ils allaient être replacés à Rothschild. Ceux qui voulaient rester à Rothschild le pouvaient car il y avait de la place. Personne n'a couru après un emploi. » (CI de gériatrie)

Le sens de la restructuration

- « Je ne comprends pas car Rothschild était classé 5^e hôpital de l'AP-HP en termes de qualité des soins et de rentabilité, il n'était donc pas légitime de le fermer » (un IDE d'hépatogastro-entérologie, anciennement en chirurgie viscérale)
- « Les services ont été transférés et non fermés, ce qui veut dire qu'ils fonctionnaient bien, qu'ils étaient rentables. Il manquait un pôle de gériatrie dans l'Est parisien ». (une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne)
- « Les agents comprenaient les objectifs globaux en termes de politique de santé : diminuer le nombre de lits d'aigu, créer des services de rééducation et de gériatrie. Mais ils n'étaient pas d'accord sur le choix de Rothschild comme site à restructurer, car les services fonctionnaient bien. L'annonce est intervenue alors même que l'hôpital était en plein essor, avec l'implantation récente de nouveaux services, la réalisation de travaux. » (CSI rééducation)
- « La restructuration a pour but de regrouper des plateaux techniques par souci d'économie et de rentabilisation et de diminuer le nombre de lits d'aigu pour équilibrer

avec les lits de moyen séjour. Mais Rothschild était un petit hôpital qui tournait bien, bien noté, c'était un peu déchirant de le voir disparaître, même si on comprenait la nécessité de concentrer les moyens et de contrôler les dépenses. Mais on fera tout autre chose qui sera peut-être aussi attrayant ». (IDE de rééducation neurologique)

- « La restructuration ne se limite pas à Rothschild : c'est une restructuration de l'AP-HP en général. Le but est de regrouper les doublons. Mais à Rothschild, on accepte mal de voir partir des services qui marchaient très bien » (IDE de gériatrie)
- « La restructuration vise à orienter l'hôpital vers la gériatrie. C'est dommage car Rothschild était un bon petit hôpital qui fonctionnait bien. Mais quand une chose est décidée là-haut, c'est décidé. On a eu le sentiment qu'on ne nous disait pas vraiment pourquoi on disloquait le service. » (AS de rééducation neurologique)
- « Il fallait créer des hôpitaux de gériatrie, car il y en a peu à Paris alors qu'il y a beaucoup de demande ». (Secrétaire hospitalière en gériatrie)
- « Il y a beaucoup de personnes âgées dans le 12^e arrondissement, c'est pour cela qu'on a choisi Rothschild pour faire du moyen séjour. » (AS de gériatrie)
- « L'hôpital Rothschild se transforme en établissement de long et moyen séjour pour personnes âgées. Les services d'aigu devaient déménager. Le départ du MIT s'inscrit dans cette logique ». (IDE, anciennement au MIT, désormais en gynécologie-obstétrique)
- « Les agents n'ont pas compris le sens de la restructuration car ceux qui souhaitent désormais réintégrer Rothschild le désirent car c'est une petite structure conviviale, et non par attrait pour les nouvelles disciplines ». (un IDE d'hépatogastro-entérologie, anciennement en chirurgie viscérale)
- « Les gens ont eu du mal à comprendre le sens de la restructuration, on parlait de fermeture de l'hôpital ». (AS de rééducation)
- « Je ne me suis jamais demandé le sens de cette restructuration, je suis arrivée après l'annonce du départ par le chef de service, et je n'ai jamais cherché à avoir d'explication. » (une technicienne d'études cliniques du MIT, transféré à Tenon)

- « Il y a eu des comportements individualistes, du "chacun pour soi". Les agents se fichaient des raisons de la restructuration, ils considéraient leur bien-être propre. » (CSI de gériatrie)
- « Selon moi, la justification de la restructuration par les besoins en soins de suite et de réadaptation et en gériatrie a été créée a posteriori. Au départ, ce sont des raisons économiques qui sont à l'origine de la restructuration, ainsi que des luttes intestines entre médecins. » (un représentant CFDT)
- « La reconversion de Rothschild constitue un projet positif car cela permettra de créer un centre de rééducation dans Paris, ce qui était nécessaire au vu des évolutions démographiques. » (un masseur-kinésithérapeute du MIT, transféré à Tenon)

Les motivations et priorités des agents

- « Ma priorité était de rester à Rothschild car il s'agit d'un petit hôpital auquel je suis attachée, j'y ai fait mes études, etc. Je voulais travailler en gériatrie car cela me semblait proche de la médecine interne où on recevait déjà beaucoup de personnes âgées. La discipline me plaît. » (une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne)
- « Les agents ont du mal à quitter Rothschild car c'est "leur" hôpital, c'est un "gros village" à l'environnement agréable, facile d'accès, disposant de parkings et d'une crèche. » (le Chef du personnel de Rothschild)
- « Je ne souhaitais pas rester à Rothschild car tous les services d'aigu sont transférés et l'hôpital va se spécialiser dans la gériatrie, et je ne souhaite pas me spécialiser, je préfère travailler dans un hôpital pluridisciplinaire comme Tenon. » (un AS du MIT, transféré à Tenon)
- « Il aurait été préférable que les agents restent par envie de faire de la gériatrie, or ils sont restés pour rester. Ce problème se dilue avec le temps, grâce aux départs en retraite et aux arrivées de nouveaux agents. » (le Chef du personnel de Rothschild)
- « Les gens qui sont restés ne sont pas motivés par la gériatrie. C'est difficile de faire passer la logique de la gériatrie, cela s'est fait petit à petit. Les meilleurs éléments du

service viennent en fait de l'extérieur car ils sont vraiment motivés par la discipline ». (CSI de gériatrie)

- « Les agents qui ont quitté le service sont partis pour des raisons géographiques (Tenon était trop loin, il n'y avait pas de parking...), personnelles (pour suivre leur conjoint) ou encore pour faire autre chose après avoir passé une dizaine d'années dans le même service. » (une CI du MIT, transféré à Tenon)
- « J'ai d'abord voulu rester à Rothschild car j'habitais à proximité, et j'étais intéressé par le projet d'hôpital de jour de rééducation. Mais comme ce projet est toujours dans les cartons, on m'a proposé un poste en neurologie à Rothschild. J'ai préféré suivre le MIT à Tenon. » (un masseur-kinésithérapeute du MIT, transféré à Tenon)
- « Les gens sont restés pour un attachement à Rothschild réel sans doute, mais aussi par commodité géographique. » (CI rééducation)
- « Je souhaitais rester à Rothschild pour des raisons de contraintes géographiques et familiales. De plus, Rothschild est un hôpital à taille humaine, agréable, sympathique. » (IDE de rééducation neurologique)
- « Mon premier choix était de rester à Rothschild, car mon service [la chirurgie orthopédique] partait à l'HEGP et l'HEGP c'était trop loin, et ce n'est pas agréable de travailler dans un grand hôpital. » (masseur-kinésithérapeute en rééducation orthopédique)
- « J'ai d'abord voulu opérer un rapprochement de domicile en cherchant un poste à Mondor ou Chenevier, mais il n'y avait pas de poste intéressant, alors j'ai choisi de rester à Rothschild. » (AS de gériatrie)
- « Mon premier choix était de suivre la chirurgie orthopédique car je travaillais dans ce service depuis 17 ans et ça me plaisait, il y avait du mouvement, du renouveau : je voulais poursuivre. L'HEGP m'apparaissait comme un nouvel outil de pointe, c'était un challenge, un défi, je voulais braver la peur par rapport au changement. » (IDE de gériatrie)

- « La motivation des agents pour la gériatrie est discutable. Ils sont restés parce qu'ils ne pouvaient pas faire autrement. » (CI de gériatrie)
- « La restructuration ne m'a pas inquiété : peu d'agents voulaient travailler en gériatrie. Moi même, je n'étais pas spécialement motivé par la gériatrie : c'était plus pour rester à Rothschild ». (AS de gériatrie)
- « Ma première motivation, c'était de rester à Rothschild, quel que soit le service. Pour le transport, notamment, c'est plus arrangeant ». (AS de gériatrie)
- « J'aimais mon service, mais Tenon, c'est trop loin, le trajet est trop long. Mais s'il n'y avait pas eu cette restructuration, j'aurais quand même fini par changer pour un service d'aigu : j'aime bien le mouvement, les gens qui défilent, j'aime bien faire des choses différentes. » (Secrétaire hospitalière en gériatrie)
- « Rothschild, c'est un petit hôpital de renom, c'est près de la maison, j'y ai mes amitiés ». (IDE à la consultation de médecine sans rendez-vous)
- « Ma priorité, c'était de retrouver un poste adapté à mes problèmes de santé. Je n'avais pas de projet professionnel particulier : je suis fatiguée et j'ai la santé fragile ». (IDE à la consultation de médecine sans rendez-vous)
- « Je suis arrivée au MIT en septembre 2000 et j'aurais du suivre le service à Tenon. Mais la date de transfert a été reculée plusieurs fois. Entre-temps, j'ai acheté une maison, et Tenon était désormais trop loin pour moi. L'ambiance se dégradait au MIT à l'approche du départ ». (IDE, anciennement au MIT, désormais en gynécologie-obstétrique)
- « Ma priorité, c'est d'accorder vie privée et vie professionnelle. Je cherche à m'épanouir. Je suis plutôt ouverte, je m'adapte facilement et je change fréquemment de service. Maintenant, je voudrais passer de nuit pour gérer la scolarité de mes enfants. Je tourne sur plusieurs types d'activité (de la gynécologie à la maternité) : c'est plutôt positif pour moi parce que j'aime le changement. J'aime bien changer de spécialité sans changer de service ». (IDE, anciennement au MIT, désormais en gynécologie-obstétrique)

Les outils d'accompagnement social

- « La DRH élaborait un rétro-planning à partir d'une date de transfert prévue : on déclenchait la procédure d'accompagnement social 9 mois à un an avant le transfert ou la fermeture du service concerné. Des informations sur le site d'accueil étaient données, la Direction du site d'accueil se déplaçait à Rothschild et des visites étaient aussi organisées par Rothschild sur le site d'accueil.
Il s'agissait de préparer les choses avec progressivité afin d'habituer au changement des gens qui n'avaient pas bougé depuis parfois vingt ans. » (l'ancien DRH)
- « Il s'agissait pour le DRH et la DSSI de positiver le changement, de montrer que même si la restructuration n'avait pas été choisie, voulue, elle pouvait être l'occasion de concrétiser un projet. » (l'ancien DRH)
- « Le dispositif social d'accompagnement de la reconversion de Rothschild se base sur la Charte Sociale et les PPP avec trois positions possibles pour les agents : suivre le service, rester à Rothschild ou "autres". Dès 2001, la direction a précisé, via les instances, que le choix se ferait désormais entre "suivre le service" et "autres, car il n'y aurait plus d'ouverture de postes à Rothschild jusqu'à la fin des travaux. » (la Directrice de Rothschild)
- « Le rôle de la DRH dans la conduite sociale du changement est d'initier le mouvement dans un jeu d'aller-retour entre le collectif et l'individuel : il faut faire une présentation collective de la démarche pour informer, rassurer, donner du sens à la reconversion, et conduire des entretiens individuels pour examiner les PPP, hiérarchiser les souhaits et donner la mesure de ce qui est possible ou pas. Le but est d'aider les agents à se projeter dans l'avenir même s'ils affirment "ne pas avoir choisi la restructuration". » (la DRH de Rothschild)
- « Le PPP a permis aux agents de faire un retour sur leur passé, c'était positif. » (CI rééducation)

Le rôle des cadres de soins

- « J'ai principalement aidé les AS à formuler leur projet professionnel et à remplir leur PPP. J'étais bien placé pour les accompagner car je les connaissais bien. Les IDE étaient beaucoup plus autonomes. » (CSI du MIT, transféré à Tenon)

- « Le rôle du cadre est un rôle d'écoute, d'aide à la rédaction de CV et de lettres de motivation. » (une CI du MIT, transféré à Tenon)
- « Les cadres ont un rôle important : faire remonter les tendances, les rumeurs, aider les agents à formuler leurs souhaits, les guider dans leurs projets... Les cadres accompagnent le changement, mais ils sont eux-mêmes fragiles. » (la DRH de Rothschild)
- « Les cadres ont souffert, tiraillés entre les messages de la Direction et le vécu du personnel, ne sachant que répondre aux agents. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « Les agents estimaient que c'était à l'hôpital de leur trouver un nouveau poste. Il a fallu inverser la démarche, pour que les agents découvrent eux-mêmes ce qu'ils voulaient faire. On les a aidé à remplir les PPP, à se décider. Certains avaient des projets personnels, que l'on a alors pu aider à concrétiser. » (CSI rééducation)
- « Je les ai poussés à partir quand ils y étaient prêts, mais ils n'aimaient pas vraiment le changement. Je leur conseillais de partir, de changer, parce que la gériatrie, c'est particulier : il faut aimer. » (CI de gériatrie)

Le rôle des syndicats

- « Nous avons apporté une aide psychologique face à une restructuration subie et nous avons servi de relais d'information à travers des réunions, des assemblées générales, la distribution de tracts... » (une représentante CGT)
- « Les syndicats donnent des informations sur la charte sociale, sur les différentes possibilités s'offrant aux agents dont le service ferme ou est transféré ; nous nous battons pour ceux qui veulent rester à Rothschild et pour aider les agents avec des restrictions d'aptitude. » (un représentant CFDT)

Des profils différents selon les services

- « Les agents du MIT étant beaucoup plus attachés au service qu'à l'hôpital, le fait de déménager n'a pas posé problème. Ceux qui ont quitté le service sont en général partis pour une autre discipline et dans un autre hôpital. Les agents du MIT ne sont pas "accrochés" aux murs » ! (CSI du MIT, transféré à Tenon)
- « Aux urgences, 80% des AS ont voulu rester à Rothschild à la fermeture ». (CSI du MIT, transféré à Tenon)
- « En médecine interne, la majorité des agents est restée à Rothschild car le service de gériatrie ouvrait en même temps, avec des pathologies souvent proches, ce qui a limité l'effet changement. Les agents de médecine interne avaient une ancienneté importante et un fort attachement à l'établissement. » (la DRH de Rothschild)
- « En chirurgie viscérale, en réanimation et aux urgences, beaucoup ont voulu rester à Rothschild. C'était lié à un profil de carrière : certains ont fait toute leur carrière en chirurgie viscérale. Or le départ de la viscérale a coïncidé avec l'arrivée de la rééducation neurologique. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « Les agents du bloc sont tous partis pour d'autres établissements. La gériatrie a accueilli tous les gens qui n'avaient pas voulu partir à Tenon [dans le cadre du transfert de la médecine interne à Tenon]. Les meilleurs avaient eu assez de courage pour partir. Ceux qui sont restés étaient en fin de carrière, attachés à Rothschild, ils n'avaient pas envie de changer leurs habitudes. C'est décevant ! » (CSI de gériatrie)

Les leviers du changement

- « Il y a eu plusieurs leviers du changement :
 - le fait que le premier transfert, celui de la chirurgie vasculaire, se soit bien passé, ce qui a créé un précédent positif, un climat de confiance. Ça a prouvé que le changement n'était pas un drame ;
 - la solidarité entre DRH de l'AP-HP ;
 - l'aide du siège de l'AP-HP ;
 - les sites d'accueil avaient intérêt à ce que tout se passe bien, afin d'intégrer les nouvelles équipes dans les meilleures conditions. » (l'ancien DRH)

- « Le service ne s'est pas senti isolé, Rothschild a assuré un bon accompagnement. Comme le service n'était pas fermé, le personnel ne s'est jamais senti menacé comme cela avait pu être le cas pour les agents des urgences. » (CSI du MIT, transféré à Tenon)
- « La bonne volonté et la motivation des agents ainsi que l'entente entre les directions de Rothschild et de Tenon pour que tout se passe bien aux plans administratif, logistique et financier ont été les principaux leviers du changement. » (une CI du MIT, transféré Tenon)
- « Un des principaux leviers du changement réside dans l'intérêt porté par les agents à l'activité de leur service. Cet intérêt est variable selon la catégorie de personnel concernée. L'intérêt envers le changement est plus marqué chez les plus diplômés. » (la Directrice de Rothschild)
- « La formation, le FASMO, l'accompagnement par les cadres sont les principaux leviers du changement. » (la DRH de Rothschild)
- « Le fait d'appartenir à l'AP-HP a aidé car cela permet de disposer d'un important bassin pour "digérer" les emplois. On a aussi pu s'appuyer sur le succès de la première opération, le transfert de la chirurgie vasculaire, pour "vanter le produit". » (le Chef du personnel de Rothschild)
- « Il faut montrer aux agents qu'ils peuvent trouver le maximum de satisfaction dans ce changement : par exemple, cela peut être l'occasion d'un rapprochement de domicile, de découvrir une nouvelle discipline, d'augmenter ses chances pour la réussite d'un concours... Il faut valoriser le changement. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « La volonté de transparence de la Direction qui donnait des informations sur l'avancement de la restructuration en réunions plénières a constitué un levier du changement, de même que les PPP et la politique d'accompagnement en général : les gens ne se sont pas sentis abandonnés. » (représentante SNCH)
- « La DSSI a imposé, dans le cadre du projet de service, un travail sur de petits projets concrets, réalisables en peu de temps, comme les transmissions ciblées ou la formation

à la transfusion et aux gestes d'urgence. Ça a beaucoup aidé les agents à continuer à se sentir appartenir à l'hôpital. » (CSI rééducation)

- « Les leviers du changement ont été la prise en compte des personnes, l'information et la communication. » (CI rééducation)
- « Les réunions d'information et le fait que les agents aient droit à trois choix ont été d'importants leviers pour le changement. » (CI de gériatrie)

Les freins au changement

- « Il y a eu deux freins principaux au changement :
 - l'incertitude relative aux dates des transferts de services, liée à la multiplicité des sites d'accueil et à leur difficulté à mener les travaux d'aménagement dans les délais
 - l'incertitude relative au tableau des emplois du futur Rothschild. Beaucoup d'agents souhaitaient rester à Rothschild, or pendant longtemps on n'a pas su de combien d'emplois disposerait le nouvel hôpital, car le projet médical lui-même n'était pas arrêté. » (l'ancien DRH)
- « Les freins venaient de Tenon qui avait mal évalué l'ampleur de l'activité du MIT. Ils avaient du mal à accepter l'implantation d'un gros service. C'était difficile d'obtenir du matériel. Le service n'était pas attendu avec un tapis rouge ! » (une CI du MIT, transféré à Tenon)
- « Les conditions d'accueil sur le nouveau site peuvent constituer un frein pour les agents (taille du site, parking, crèche...). Ainsi, lors des transferts de la chirurgie viscérale à Bichat, au nord de Paris, et de la chirurgie orthopédique à l'HEGP, à l'ouest, relativement peu d'agents ont suivi, pour des raisons géographiques notamment. » (la Directrice de Rothschild)
- « Les freins au changement sont la rumeur, les contraintes psychosociales (la gestion du deuil dans un petit établissement familial dur à quitter, d'autant plus que le turn-over est restreint), la non-maîtrise des calendriers, la gestion des départs anticipés des agents (comment ne pas déposséder les services dont le transfert est retardé ?), la démotivation liée aux retards (« ça ne se fera jamais »). » (la DRH de Rothschild)

- « Le principal frein à la reconversion était la peur du changement, liée à une insuffisante culture de la mobilité : cela provoquait une angoisse face au changement, un doute quant à sa capacité à transposer ses compétences dans un autre service. Il y avait aussi une attitude parfois ambiguë de certains hôpitaux de l'AP-HP censés être partenaires, mais le comité de suivi de la reconversion a permis de régler ce type de problème. Enfin, la gestion des calendriers a constitué le problème majeur. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « La culture propre à Rothschild a constitué un frein à la restructuration : le personnel est accroché viscéralement à l'hôpital de façon historique. Cet attachement est lié à la petite taille de l'établissement, car tout le monde se connaît, possède des repères. Beaucoup sont là depuis longtemps, en terre connue. Dans l'esprit des agents, l'établissement se devait de leur retrouver un poste. On a pu entendre des agents dire : "J'attends de voir ce que l'on va me proposer". » (représentante SNCH)
- « Pour la chirurgie viscérale, en réalité, il ne s'agissait pas d'un transfert, mais d'une fermeture de service, avec seulement trois ou quatre postes à pourvoir à Bichat. Certains agents ont commencé à trouver des nouveaux postes relativement tôt, et il a fallu les laisser partir et cela a perturbé le fonctionnement du service. De plus, avec le changement de chef de service, la Direction avait pensé que l'activité allait baisser et des lits ont donc été fermés. Or l'activité est restée au même niveau, ce qui a créé des difficultés. En outre, la Direction demandait à ce que les agents partent avec le moins de congés annuels possible, ce qui compliquait encore l'organisation des plannings. Par la suite, pour les autres transferts, cela n'a plus été exigé. » (CSI rééducation)
- « Les exigences des agents en termes d'horaires ont constitué un frein ». (CI rééducation)
- « La rumeur, les contre-informations et l'excès d'information ont été des freins à la restructuration. » (CI rééducation)

La résistance au changement

- « Le projet était fortement politisé au début : l'opposition municipale s'en était mêlé. Un comité de défense de l'hôpital Rothschild avait été créé par les agents, les élus et les syndicats. » (l'ancien DRH)

- « Suite à l'annonce de la reconversion, une association de protection de l'hôpital Rothschild s'est créée. Elle rassemblait syndicats, élus locaux et médecins. Elle a organisé des manifestations, fait venir la presse... Les gens ont d'abord lutté contre la teneur du projet : ils voulaient qu'un autre hôpital soit créé pour accueillir la gériatrie et la rééducation et que Rothschild reste tel quel. Ça a duré deux ans et puis le mouvement s'est éteint de lui-même. Ensuite, on est passé d'une résistance active à une participation active les syndicats ont négocié les modalités de la reconversion et non plus la reconversion elle-même. » (le Chef du personnel)
- « Introduire de l'incertitude après parfois vingt ans d'immobilisme a eu un impact sur la psychologie des agents. Certains ont souffert, quelques-uns ont même fait des dépressions. C'est pour cela que le conseiller en ressources humaines, psychologue du travail, est utile. » (l'ancien DRH)
- « Au début, la restructuration, ça paraissait lointain, on pensait qu'on serait tous à la retraite quand ça arriverait ! » (AS de rééducation neurologique)

La peur

- « Les agents avaient peur de l'inconnu, peur ne pas être à la hauteur dans leurs nouvelles fonctions. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « Au départ de la chirurgie orthopédique, mon premier choix était de rester à Rothschild, car c'est un petit hôpital que j'aime bien. Je ne me voyais pas changer. » (CI rééducation)
- « L'HEGP m'apparaissait comme un nouvel outil de pointe, c'était un challenge, un défi, je voulais braver la peur par rapport au changement. » (IDE de gériatrie, de retour à Rothschild après un an à l'HEGP en chirurgie orthopédique)
- « Au fur et à mesure que la date approchait, l'angoisse montait ». (IDE, anciennement au MIT, désormais en gynécologie-obstétrique)

- « J'ai bien vécu cette restructuration. De toute façon, je n'étais pas inquiète. Je peux m'arrêter quand je veux, j'ai 52 ans et demi, trois enfants... » (IDE à la consultation de médecine sans rendez-vous)

Les différés

- « Les différés ont été difficiles à gérer, ils ont généré des problèmes de crédibilité. Si le transfert traîne trop, les agents trouvent de nouveaux postes et quittent Rothschild avant le transfert, ce qui complique le fonctionnement du service avant son départ. » (l'ancien DRH)
- « Je suis un peu frustré que la dimension sociale ait servi de "variable d'ajustement" dans la restructuration. On a par exemple décalé sans cesse les dates, sans se rendre compte de ce que cela pouvait impliquer pour les agents. Au final, la dimension sociale n'a pas été un frein à la restructuration, à l'inverse par exemple de la dimension architecturale ou médicale. Mais il y a une contradiction entre la crainte de l'AP-HP vis-à-vis des syndicats et le mépris des critères "ressources humaines" dans le calage des dates de transferts ». (l'ancien DRH)
- « Je pense que plus d'agents auraient suivi si le transfert s'était concrétisé plus rapidement. Mais comme beaucoup d'agents n'avaient pas changé de service depuis 7 ou 8 ans, c'est finalement positif pour eux, il était temps de changer ». (CSI du MIT, transféré à Tenon)
- « Les agents ne croyaient plus au déménagement, ils avaient perdu leur implication, leur impulsion. C'est pourquoi beaucoup sont partis à ce moment là. » (une CI du MIT, transféré à Tenon)
- « On apprend à vivre au jour le jour. Les plus perturbés par ces différés étaient ceux qui devaient s'organiser en termes de crèche, de transport, d'organisation familiale... Ça en a découragé certains qui en ont profité pour effectuer un rapprochement de domicile. » (un masseur-kinésithérapeute du MIT, transféré à Tenon)
- « C'était difficile de ne pas avoir d'échéance claire pour préparer le transfert dans de bonnes conditions. Par exemple, un courrier devait être envoyé aux patients avant le

transfert pour les prévenir. Ça a été fait, mais le transfert a ensuite pris six mois de retard... » (une technicienne d'études cliniques du MIT)

- « Les différés du transfert ne m'ont pas posé problème dans la mesure où je savais que j'allais suivre le service. C'est différent pour ceux qui quittent le service : ils ont besoin d'une date fiable pour savoir quand ils peuvent partir. » (un AS du MIT, transféré à Tenon)
- « La gestion des différés suppose une information constante en interne auprès du service concerné et une information des hôpitaux en attente de mutations depuis le service en question, ce qui est le plus difficile à gérer. » (la Directrice de Rothschild)
- « Les retards dans les transferts entraînaient un problème de visibilité : on ne savait pas quand libérer les agents qui désiraient muter. » (la DRH de Rothschild)
- « Les différés ont été difficiles à gérer. Il y avait un problème de circuit de l'information. La CFDT avait son propre réseau d'information et annonçait les différés avant la Direction qui n'était pas encore au courant... La Direction avait du mal à se positionner, elle attendait d'avoir des informations fiables avant de les diffuser. Cela a nui à notre crédibilité, plus personne ne croyait à rien. » (le Chef du personnel)
- « Les agents attendaient une mutation, reportée plusieurs fois. Ils ne savaient plus s'ils allaient vraiment partir. Ça a été mal vécu. » (une représentante CGT)
- « Les retards de la restructuration ont engendré une perte de crédibilité : les gens finissent par ne plus y croire. Mais ça présente tout de même un avantage : le changement se fait en douceur. » (un représentant CFDT)
- « Les différés ont eu pour conséquence que le départ du service est devenu un mythe. Le personnel n'y croit plus. Il est difficile de retenir les agents quand la date de transfert du service approche. Il n'y a plus de projet de service, on est englué dans la gestion au quotidien, il n'y a plus de problématique prospective. » (représentante SNCH)
- « Les différés ont fait du transfert "l'arlésienne" : les agents se demandaient si le transfert aurait vraiment lieu. Une fois face au problème, les gens n'arrivaient plus à l'intégrer. » (CI rééducation)

- « Les différés, c'était rageant ! C'était surtout gênant pour ceux qui devaient partir avec le service, d'ailleurs beaucoup ont abandonné ce projet au fil des retards. Ceux qui restaient à Rothschild prenaient le rab avec bonheur, on était content de rester dans notre cocon, notre petite maison ». (IDE de rééducation neurologique)
- « En chirurgie orthopédique, on n'a pas mal vécu les retards du transfert, mais on n'y croyait plus trop, on souriait quand on nous en parlait. » (AS de rééducation)
- « C'est déstabilisant de voir le calendrier changer. Quand on s'investit dans un service, c'est difficile de passer le cap quand le départ approche, il y avait un sentiment de flottement palpable, une perte en qualité des soins et de l'environnement. » (IDE de rééducation neurologique)
- « Les différés sont désagréables car on ne fait plus rien dans un service qui attend de partir, il se paupérise. » (CSI de gériatrie)
- « Les différés n'étaient pas gênants pour moi car je n'avais pas de date butoir. Au contraire, ça m'arrangeait de rester plus longtemps ici, de ne pas couper le cordon ombilical. Ceux qui restaient à Rothschild ne se plaignaient pas non plus car il y avait une continuité géographique ». (IDE de gériatrie)
- « Comme le départ du MIT a été repoussé, mes projets se sont modifiés. Beaucoup de soignants n'ont pas suivi le service car il y a eu un décalage d'un an par rapport aux prévisions. » (IDE, anciennement au MIT, désormais en gynécologie-obstétrique)
- « Les retards de calendriers ont mis tout le monde en ébullition. On avait peur de l'inconnu ». (IDE, anciennement au MIT, désormais en gynécologie-obstétrique)

La rumeur

- « J'ai appris la restructuration par des bruits de couloir. » (un masseur-kinésithérapeute du MIT, transféré à Tenon)

- « La rumeur est un frein, mais elle est aussi un signe de réactivité, elle montre que les agents sont en attente d'information, ce qui nécessite une réponse adaptée de la part de la Direction de l'hôpital. » (la DRH de Rothschild)
- « Il y avait beaucoup de rumeurs, beaucoup d'informations, parfois contradictoires. Les chirurgiens avaient des informations différentes de celles de la direction. Il y avait trop de communication parfois. » (CI rééducation)

Le deuil

- « On a sous-estimé la nécessité d'un deuil des agents par rapport à l'ancien hôpital, aux anciennes activités. On a voulu trop vite "positiver" le changement. Il aurait fallu consentir une phase de deuil d'environ six mois. » (l'ancien DRH)
- « La restructuration a été mal vécue dans le service car la plupart des IDE avaient plus de 15 ans d'ancienneté. On formait une équipe très solidaire, on se connaissait personnellement. » (un IDE d'hépatogastro-entérologie, anciennement en chirurgie viscérale)
- « On en a fait notre deuil. Ça a été un peu difficile à vivre. C'est un peu comme un divorce au sein d'une famille. C'était plus facile à vivre pour les jeunes diplômés que pour les "anciens" qui sont par tradition peu mobiles. » (un IDE d'hépatogastro-entérologie, anciennement en chirurgie viscérale)
- « Il a été nécessaire de faire le deuil d'un service. Ça chamboulait nos vies ». (une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne)
- « On a transféré le service, mais l'âme est restée à Rothschild. » (CSI du MIT, transféré à Tenon)
- « Certains sont dans le regret du passé, ce qui constitue un handicap pour les nouveaux qui ont besoin de l'expertise des anciens, or ces derniers doivent d'abord arriver à enterrer le passé. C'est plus difficile que ce que je croyais, ça prendra plus de temps que prévu. » (CSI du MIT, transféré à Tenon)

- « La DRH ne devait pas minimiser la difficulté de changer, mais devait éviter l'écueil inverse : tomber dans l'excès d'affectivité. » (la DRH de Rothschild)
- « Il y a différentes phases de deuil pour les agents : la non-acceptation, la révolte, un abattement proche de la dépression, puis la reconstruction. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « Faire les cartons à l'occasion du déménagement a aidé les agents à se voir changer ». (CSI rééducation)
- « La restructuration a démoli certains agents. Je connais une IDE brillante qui a perdu les pédales, elle ne savait plus comment faire son travail : c'est un traumatisme qui peut aller loin. » (CI rééducation)
- « Le deuil s'est fait naturellement. J'ai été surprise des ressources que j'avais en moi pour m'adapter. En fait je me suis rendu compte que je pouvais m'adapter partout. Je connais une soignante qui a suivi le service de chirurgie viscérale par goût pour la discipline : aujourd'hui, elle est en arrêt maladie pour dépression. C'est peut-être une sorte de deuil différé car dans un autre hôpital, avec de nouveaux collègues, le service n'est plus le même. » (CI rééducation)
- « C'est dur de voir son hôpital changer. On perd des collègues qui vont travailler ailleurs. Même si on s'y fait, c'est affreux de voir partir des collègues avec qui on a des affinités, surtout au bout de 15 ans. » (Secrétaire hospitalière en gériatrie)
- « Tout cela est désormais bien terminé, le deuil est fait depuis ma décision d'aller en gériatrie. Je suis passée à autre chose depuis longtemps. Ce serait catastrophique si j'étais restée bloquée sur le passé ! » (une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne)

Les restrictions d'aptitude

- « Le souci majeur réside dans le fait que ceux qui partent le plus facilement sont en général les plus jeunes et les plus diplômés, et ceux qui ont le moins de restrictions d'aptitude. Il s'ensuit donc un vieillissement global du personnel de Rothschild et un maintien en surnombre d'un certain nombre d'agents en difficulté, peu qualifiés ou présentant des restrictions d'aptitude. » (la Directrice de Rothschild)

- « L'hôpital est obligé de garder les agents présentant des restrictions d'aptitude en sureffectif, et leur proportion augmente au sein du personnel en poste à Rothschild. » (la DRH de Rothschild)
- « Les cas les plus difficiles étaient ceux des agents avec des restrictions d'aptitude, nécessitant des postes aménagés. Quand ces agents désiraient muter, les hôpitaux d'accueil ne souhaitaient pas les recevoir. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « J'ai des problèmes de santé : il me faut un poste doux. J'ai toujours été aux consultations. Je dois y rester parce que sinon, il faudrait que je réapprenne le travail ». (IDE à la consultation de médecine sans rendez-vous)

L'adaptation au nouveau poste

- « Ma réadaptation a été un peu difficile car j'étais fasciné par la chirurgie. C'est difficile de se réintégrer dans une nouvelle équipe. Ça m'a pris quatre mois environ. » (un IDE d'hépatogastro-entérologie, anciennement en chirurgie viscérale)
- « Le changement d'affectation n'a pas été évident : l'HEGP est un grand hôpital, il est difficile d'y avoir des repères. » (IDE de gériatrie, de retour de l'HEGP après un an)
- « Le changement de discipline ? On s'y est mis ! Mais c'est vrai que c'était un peu bizarre au début. » (une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne)
- « Le fait de rester dans les mêmes locaux, au même étage que l'ancien service de médecine interne, avec en grande partie la même équipe, c'était positif car l'équipe se connaissait déjà. Dans ces conditions, la réadaptation s'est faite sans problème. » (une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne)
- « Les premières semaines d'adaptation ont été dures, les agents voulaient retourner à Rothschild, car c'est un petit hôpital qu'ils connaissent bien. Tenon symbolisait l'inconnu, il fallait s'adapter à une nouvelle organisation, une nouvelle architecture. » (un CI du MIT, transféré à Tenon)

- « Les contacts avec les autres services sont plus difficiles ici [à Tenon] qu'à Rothschild qui était un plus petit établissement, convivial, agréable, où tout le monde se connaissait. » (une technicienne d'études cliniques du MIT, transféré à Tenon)
- « Nous sommes perdants en termes de locaux : la surface a augmenté mais beaucoup de locaux ne sont pas adaptés : il n'y a pas de grande réserve, pas de local à chariots, il y a un étage supplémentaire par rapport à Rothschild, ce qui génère des tensions au sein du personnel, lassé de courir partout pour trouver le matériel. La mise en route me semble difficile. Je me laisse six mois à un an pour voir comment les choses tournent et décider de m'en aller ou pas. » (un AS du MIT, transféré à Tenon)
- « Après l'arrivée dans le nouvel établissement, les agents regrettent en général leur choix, mais cela ne dure que deux ou trois mois maximum, le temps de retrouver des repères et un fonctionnement normal du service. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « C'est dur au moment du départ, après on s'habitue. C'est normal de rencontrer des difficultés quand on change d'environnement. » (une représentante CGT)
- « Une fois le service parti, la page était tournée, l'équipe était lancée dans une nouvelle direction dans laquelle elle s'est tout de suite investie. » (IDE de rééducation neurologique)
- « J'ai regretté de voir mon équipe disloquée, mais après, la vie recommence, ça repart. Quand le nouveau service et l'équipe sont agréables et fonctionnent bien, on oublie. » (AS de rééducation neurologique)
- « J'ai fait un diplôme universitaire de gériatrie pour m'ancrer dans la discipline. J'ai été emballée ! Le travail de surveillante générale en gériatrie est plus intéressant qu'au bloc car je suis auprès des patients, je suis la "maîtresse de maison". » (CSI de gériatrie)

L'accompagnement des agents

- « Le Directeur des soins doit accompagner les agents vers la nouvelle structure, afin que les agents s'approprient l'idée de leur propre transfert. » (le Directeur des soins)

- « Le changement de Directeur aurait risqué de déstabiliser les agents de Rothschild. Mais cela a été dur pour la directrice concernée, qui avait contribué à l'essor de Rothschild en tant qu'hôpital d'aigu. » (l'ancien DRH)
- « J'ai eu plusieurs discussions avec le Chef du personnel. On m'a demandé plusieurs fois si je ne souhaitais pas rechercher un poste plus proche de mon domicile : je trouve que c'était honnête de la part de la direction de Rothschild. » (une technicienne d'études cliniques du MIT, transféré à Tenon)
- « Les agents n'ont pas été abandonnés, le maximum a été fait en termes d'accompagnement et de formation. Aujourd'hui, personne ne se plaint ». (CSI rééducation)

La formation

- « La Formation d'Adaptation à l'Emploi [FAE], obligatoire pour intégrer le service de gériatrie, m'est apparue comme une forte contrainte, mais finalement elle s'est avérée utile et très bien menée ». (une IDE de gériatrie, anciennement en médecine interne)
- « La formation est un puissant levier du changement : les FAE en gériatrie et en rééducation ont permis de remotiver les agents qui restaient à Rothschild, ils ont senti l'effort consenti pour réaliser une formation de qualité. Cette formation a constitué un moment unique de rencontres, d'échanges, un moyen de "passer à autre chose". »(la DRH de Rothschild)
- « La FAE en rééducation neurologique a créé un "sas" qui a permis de se rassurer et de créer une cohésion d'équipe. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « Nous avons suivi une formation très positive où nous avons appris à nous connaître. La formation était indispensable pour s'adapter aux nouvelles pathologies et à l'équipe. » (CI rééducation)
- « La FAE a été très bien organisée, elle a rassuré tout le monde, elle a permis à la fois d'apprendre et de créer un esprit d'équipe, une cohésion ». (CI rééducation)

- « C'était intelligent d'organiser une formation d'adaptation à l'emploi car beaucoup d'agents venaient de chirurgie orthopédique où l'on a l'habitude de faire à la place du malade pour entrer dans une discipline où il faut réapprendre au malade à faire lui-même. En plus, la formation a permis à l'équipe de se souder, aux gens de se découvrir, d'échanger au sujet de leurs appréhensions et de ce qu'ils avaient à apprendre. » (IDE de rééducation neurologique)
- « La FAE nous a permis d'être tous plongés dans le même bain, c'était facile de faire connaissance dans ces conditions. » (CSI de gériatrie)

Le « droit à l'erreur »

- « Les agents n'ont pas ou peu fait jouer le "droit à l'erreur" affiché dans la Charte Sociale. On pouvait sans risque afficher un tel principe, car l'on savait qu'une fois implantés dans un autre établissement, les agents n'allaient pas revenir à Rothschild ». (l'ancien DRH)
- « Sur 400 réaffectations, seuls quelques rares agents ont fait jouer le "droit à l'erreur" inscrit dans la charte sociale. J'étais contre l'inscription de cette disposition dans la charte, car je craignais un effet d'appel. Le DRH, lui, au contraire estimait que cette mesure était sans risque car les agents allaient se réadapter dans un nouvel environnement et oublier Rothschild. » (le Chef du personnel de Rothschild)
- « Les agents qui prétendent ne pas s'habituer à leur nouveau service trois ans après l'avoir intégré sont en fait dans le cadre d'une mutation normale, et plus dans le cadre du "droit à l'erreur" permis dans la Charte sociale ». (le Directeur des soins)

Des exemples de reconversion professionnelle

- « Une AS est devenue socio-esthéticienne, un IDE a suivi une formation de masseur-kinésithérapeute... La reconversion a parfois servi de déclencheur à des projets que l'on différait. La DRH a pu appuyer ces projets grâce à des lettres de recommandation et grâce au FASMO. » (la DRH de Rothschild)

- « Il y a eu certains beaux projets de reconversions : un cadre IBODE a ainsi trouvé un épanouissement dans sa nouvelle fonction de cadre supérieur de gériatrie. » (la Conseillère en Ressources Humaines)
- « Quand la chirurgie orthopédique a été transférée, mon projet de promotion professionnelle pour devenir masseur-kinésithérapeute a abouti et j'ai pu suivre la formation. J'ai échoué une première fois au concours, mais j'ai l'intention de le repasser. J'ai réintégré Rothschild en rééducation neurologique en attendant ». (IDE de rééducation neurologique)
- « Une IDE suit actuellement une formation pour devenir lectrice-correctrice pour une maison d'édition. » (CSI du MIT, transféré à Tenon)

Le bilan de la restructuration : contrainte ou opportunité ?

- « La restructuration a renforcé le sentiment d'appartenance à l'AP-HP et non plus à un site en particulier. » (l'ancien DRH)
- « La restructuration a été l'occasion pour certains de préparer et de réussir des concours comme l'école des cadres. Quelques personnes ont entrepris une totale reconversion professionnelle : formation de psychologue, de lecteur-correcteur pour une maison d'édition...D'autres en ont profité pour prendre une disponibilité pour réaliser des projets personnels. » (le CSI du MIT, transféré à Tenon)
- « Peu d'agents des urgences sont parvenus à transformer la contrainte de la fermeture en un projet positif. Ils n'avaient pas demandé la restructuration et estimaient donc qu'on leur devait le même poste ailleurs. Ils étaient très cloisonnés en termes d'horaires et menaient des stratégies individuelles. Beaucoup d'AS sont restés à Rothschild. Les IDE voulaient un poste dans un service d'urgences d'un autre hôpital car ils étaient motivés par le contenu du travail aux urgences. Seuls 15% environ d'IDE sont restés à Rothschild. » (le CSI du MIT, ancien CSI des urgences)
- « Tous ceux qui ont voulu accompagner le service ont pu rester et tous ceux qui ont souhaité partir ont pu trouver un poste ailleurs. Pour cela, Rothschild a été très aidant. » (une CI du MIT, transféré à Tenon)

- « Pour moi, la reconversion ne constitue ni une contrainte, ni une opportunité, car elle était prévue dès mon embauche. » (une technicienne d'études cliniques du MIT)
- « Pour moi, ça n'a pas été une contrainte, c'est plutôt positif. Ça donne une opportunité de bouger. Je savais que le MIT allait être transféré, comme la chirurgie orthopédique, j'étais donc préparé psychologiquement. C'est plus difficile pour les agents qui étaient en poste depuis longtemps et qui ne savaient pas au début que l'hôpital allait faire l'objet d'une restructuration. » (un AS du MIT, transféré à Tenon)
- « Les échos sont variables. Il y a une sorte de nostalgie générale. Pour certains, la volonté de repartir sur un projet professionnel, de mettre à profit de la possibilité de se renouveler. D'autres sont réfractaires au changement. Cependant, il n'y a pas de rejet de la reconversion, dont le principe est désormais accepté. Seul un faible nombre d'agents a "transformé la contrainte en opportunité". Les changements ont été subis par la plupart des agents. » (la Directrice de Rothschild)
- « L'inconnu fait peur mais au final, on s'adapte. Les mentalités ont évolué, elles se sont ouvertes à de nouvelles problématiques (l'âge, le handicap...). » (la DRH de Rothschild)
- « La reconversion a pu représenter l'opportunité de se rapprocher de son domicile (DOM, province) grâce au FASMO. Sinon, les mutations sont difficiles à obtenir. Mais on ne peut pas dire qu'on a transformé la contrainte en opportunité : c'était dur psychologiquement pour les agents. » (une représentante CGT)
- « La restructuration est restée surtout une contrainte, sauf pour ceux qui ont choisi de déménager ou de changer de filière : la reconversion a alors joué le rôle de facteur déclenchant ou accélérateur. » (représentante SNCH)
- « Ce n'était pas facile, je me serais bien passée de la restructuration, à trois ans de la retraite ! » (CSI rééducation)
- « Aujourd'hui, on ne parle plus de la restructuration, c'est du passé. Un peu de nostalgie de temps en temps mais à peine. Le problème actuel, c'est les 35 heures ! » (CSI rééducation)

- « Je me suis contrainte à transformer cette contrainte en opportunité ! J'étais programmée pour finir ma carrière dans la discipline où je l'avais commencée, mais je n'ai pas eu le choix. A posteriori, on se dit que l'on a connu d'autres choses, mais ce n'était pas un choix libre. J'aurais préféré que Rothschild reste comme avant, mais à partir du moment où les choses changent, il faut s'adapter et être actif ». (CSI rééducation)
- « Est-ce que ça a été un plus ? Pour moi, oui, ça me convient mieux, il y a moins le stress des opérés, des familles. Les agents, eux, ont pu en profiter pour opérer des rapprochements de domicile. » (CI rééducation)
- « La restructuration a été difficile pour ceux qui étaient là depuis longtemps, car à 40 ans ou plus, il n'est pas évident de se remettre en question ». (CI rééducation)
- « Je dirais que la restructuration a été une opportunité car la rééducation est un service moins lourd que la chirurgie viscérale, qui génère moins de stress. Mais l'accouchement a été douloureux ! » (CI rééducation)
- « Mon ancien service ne me manque pas, j'ai franchi cette étape sans dommage. » (IDE de rééducation neurologique)
- « C'était positif de changer, de se remettre en question. J'avais l'impression d'avoir fait le tour de la chirurgie orthopédique, je voulais changer de toute façon. Le changement de poste ne m'est pas apparu comme une contrainte. Je m'étais bien installé dans mes pantoufles mais il me manquait une remise en question, un nouvel apprentissage. » (AS de rééducation)
- « Finalement, le changement a été positif, ça nous a fait du bien, grâce à la formation et aux stages d'observation dans les services de rééducation. » (AS de rééducation neurologique)
- « La restructuration a accéléré mon projet de reconversion, ça m'a permis de faire accepter le principe de la promotion professionnelle plus facilement par le Siège. La restructuration a constitué une opportunité de poursuivre mon projet professionnel : personnellement, elle a été positive pour moi. Si ce projet n'avait pas abouti, j'aurais

certainement été frustré d'être baladé de service en service. » (IDE de rééducation neurologique)

- « La restructuration est positive pour moi car je fais un second métier désormais, moins fatigant. Mais je ne suis pas d'accord avec la transformation de l'hôpital car Rothschild marchait bien et les disciplines végètent là où elles sont maintenant ». (CSI de gériatrie)
- « Ça a été bénéfique car j'ai appris des choses qui m'ont servi en intégrant l'HEGP, ça m'a beaucoup apporté professionnellement de rester là-bas 14 mois, ça m'a donné des éléments de comparaison. Dans le futur proche, je souhaite rejoindre le service de rééducation neurologique, la gériatrie ne correspond pas à mon projet professionnel mais ça m'apporte quand même quelque chose, j'ai un regard différent sur la gériatrie désormais, c'est enrichissant. » (IDE de gériatrie)
- « La restructuration n'a pas été une opportunité professionnelle pour les agents. Ceux qui sont partis regrettent les locaux et l'encadrement de Rothschild. Ils ne retrouvent pas l'esprit d'équipe : c'est plus anonyme. Certains ont cherché à partir de leur nouvel hôpital. Personnellement je ne regrette rien : on progresse et on apprend plein de choses en gériatrie ». (CI de gériatrie)
- « Le service actuel est un peu lourd, par rapport à la médecine interne, mais il faut bien faire avec. Pour moi, ce changement a été neutre : ni une chance, ni un inconvénient ». (AS de gériatrie)
- « Je m'attendais à pire, mais en fait la restructuration a été très positive. Il faut savoir se remettre en question. Plus tard, je veux tenter le concours d'IDE. » (Secrétaire hospitalière en gériatrie)
- « La restructuration est plutôt dommageable pour l'image de l'hôpital. Pour moi, la restructuration n'était pas une opportunité : pas de point positif, même plutôt négatif ». (IDE à la consultation de médecine sans rendez-vous)
- « Je suis globalement satisfaite : il y a une bonne ambiance, pas de stress, la charge de travail est moindre, on fait plus de relationnel. C'est plutôt une opportunité. Ça m'a fait du bien ». (IDE, anciennement au MIT, désormais en gynécologie-obstétrique)