

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Infirmiers Généraux

Date du Jury : 25-26 Octobre 2001

LES FUSIONS HOSPITALIÈRES

CONTRIBUTION DE L'INFIRMIER GÉNÉRAL AU CHANGEMENT

Christine COQUAZ

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE, CONTEXTE ET ENJEUX.....	7
1.1 Les origines de la politique de coopération.....	7
1.1.1 La fin du paradigme : la santé n'a pas de prix.....	7
1.1.2 Le développement des outils de planification.....	8
1.1.3 Les principaux modes de coopération.....	9
1.2 La fusion dans le paysage de la coopération hospitalière.....	10
1.2.1 Fusion un mot qui fait peur.	10
1.2.2 De la coopération à la fusion : un pas difficile à franchir.....	11
1.2.3 De la fusion volontaire à la fusion imposée.....	11
2 - LE CADRE CONCEPTUEL.....	14
2.1 Acteurs et pouvoir, stratégie et jeu.	14
2.2 Identité et Culture.....	16
2.2.1 L'identité collective.	17
2.2.2 La culture.....	17
2.3 Le changement.	18
2.3.1 Pour une approche systémique du changement.....	18
2.3.2 Communication et changement.....	20
2.3.3 Les différents niveaux de changement.....	22
2.3.4 Apprentissage organisationnel et changement.	23
2.4 La résistance au changement.	24
2.4.1 Les bonnes raisons de résister au changement.	24
2.4.2 Les bonnes raisons de changer.	25
2.4.3 Pas d'évolution sans changement.....	26
2.4.4 Pas de changement sans émotion.	27
3 - L'ENSEIGNEMENT DU TERRAIN.....	31
3.1 Le cadre méthodologique.....	31
3.1.1 Le choix des établissements.	31
3.1.2 L'enquête.....	32
3.1.3 Le public retenu.....	33
3.1.4 Les limites.....	33
3.2 L'analyse des résultats.	34
3.2.1 Présentation de l'établissement.....	34
3.2.2 La population interrogée.	36

3.2.3	Le groupe des « décideurs ».	37
3.2.4	Le groupe des « acteurs du changement ».	39
3.2.5	L'annonce de la fusion.	41
3.2.6	Le sens donné à la fusion.	41
3.2.7	Le ressenti.	42
3.2.8	Le niveau d'information.	45
3.2.9	La fusion en marche.	46
3.2.10	L'existence d'une culture inter hospitalière.	49
3.2.11	Les étapes clefs de la fusion.	50
3.2.12	Les acteurs clefs de la fusion.	52
3.2.13	Les principaux obstacles.	54
3.2.14	La place de l'équipe de direction.	56
3.2.15	La place spécifique de l'I.G.	57
3.2.16	La place des cadres de proximité.	57
3.3	La réalité du terrain à l'épreuve de la théorie.	58
3.3.1	« Le petit Poucet » de la fusion existe bien.	59
3.3.2	Accepter le paradoxe et en tirer partie.	59
3.3.3	L'accompagnement de la démarche est indispensable.	60
3.3.4	La réussite d'une fusion repose sur la volonté d'un petit nombre d'individus.	60
3.3.5	La communication : un acte essentiel de management.	60
3.3.6	Une fusion nécessite une stratégie gagnant – gagnant.	61
3.3.7	La culture locale : un obstacle et une richesse à la fois.	61
3.3.8	L'I.G. : une valeur ajoutée dans les phénomènes de fusion.	62
3.3.9	Les cadres de santé moteurs du changement.	62
4	PLAN D'ACTION.	64
4.1	Renforcer l'identité et valoriser le passé.	65
4.1.1	Vers une stratégie narrative.	65
4.1.2	Identifier les ressources et exploiter les richesses.	67
4.2	Donner du sens au présent.	68
4.2.1	Mettre le client au cœur des préoccupations.	68
4.2.2	Accompagner les cadres de santé.	69
4.3	Construire pour l'avenir.	71
4.3.1	Donner de la souplesse aux organisations.	72
4.3.2	Bâtir un Projet de Soins commun.	74
	CONCLUSION	76

Liste des sigles utilisés

A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.T.T.	Aménagement Réduction du Temps de Travail
A.S.H.	Agent des Services Hospitaliers
C.E.S.	Communauté d'Établissements de santé
C.M.E.	Commission Médicale d'Établissement
C.M.U.	Couverture Maladie Universelle
C.N.E.H.	Centre National de l'Expertise Hospitalière
C.O.M.	Contrat d'Objectifs et de Moyens
C.S.G.	Contribution Sociale Généralisée
C.S.S.I.	Commission du Service de Soins Infirmiers
D.A.R.H.	Direct(ion) (eur) de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
D.G.	Directeur Général
D.R.H.	Directeur des Ressources Humaines
D.S.S.I.	Direct(ion) (eur) (rice) des Services de Soins Infirmiers
E.P.S.I.	Etablissement Public de Santé Inter hospitalier
G.C.S.	Groupement de Coopération Sanitaire
G.I.E.	Groupement d'Intérêt Economique
G.I.P.	Groupement d'Intérêt Public
I.F.S.I.	Institut de Formation en Soins Infirmiers
I.G.	Infirmier(e) Général(e)
M.C.O.	Médecine –Chirurgie -Obstétrique
S.I.H.	Syndicat Inter Hospitalier
S.O.S.	Schéma d'Organisation Sanitaire
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.I.	Service de Soins Infirmiers

INTRODUCTION

Les hôpitaux, soumis à la planification et aux impératifs de qualité, doivent s'engager dans la voie de la complémentarité inter hospitalière et éviter une concurrence désordonnée source de gaspillages.

En cela, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a présidé au développement des coopérations et au renforcement des moyens de planification.

La carte sanitaire, le schéma d'organisation sanitaire et les autorisations orientent franchement la planification sous un angle qualitatif et tendent à répartir les moyens de façon plus harmonieuse sur le territoire. Il s'agit avant tout d'améliorer l'équité de l'accès aux soins.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée pose le principe de la coopération inter hospitalière comme l'un des axes prioritaires de la restructuration du paysage hospitalier français.

Par ailleurs, la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.) conforte le dispositif législatif en instituant un pouvoir nouveau et important. Par exemple, le Directeur de l'A.R.H. (D.A.R.H.) peut désormais demander à plusieurs établissements de santé de conclure une convention de coopération, voire de créer un nouvel établissement par fusion.

L'incitation au rapprochement devient pressante.

En qualité de cadre infirmier et de cadre infirmier supérieur dans deux syndicats inter hospitaliers et dans un hôpital inter communal, nous avons pu appréhender les difficultés qu'occasionnait cette politique de rapprochement et observer les profonds bouleversements auxquels étaient confrontés les établissements et leurs personnels.

Nous avons également pu identifier certaines similitudes dans les situations rencontrées.

Ainsi, sans volonté de généralisation excessive l'observation de comportements itératifs nous semble pouvoir :

- D'une part, représenter une base de réflexion solide,
- D'autre part, apporter les éléments d'une grille de lecture susceptible d'aider à la compréhension des phénomènes.

Nous axerons notre travail de recherche sur les processus de fusion dans la mesure où ils représentent les moments forts et l'aboutissement de certaines coopérations inter hospitalières.

Notre constat, issu de ces expériences s'articule autour des points suivants :

➤ L'hôpital a une place à part dans la cité.

L'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres, il a une valeur symbolique forte. Comme le souligne Yann BUBIEN¹ l'hôpital est un modèle réduit de la société, une ville dans la ville. Propriétaire foncier, moteur de développement par sa position habituelle d'employeur n°1, il représente pour les élus un enjeu politique majeur. Ainsi, le maire, confirmé dans sa présidence du conseil d'administration par l'ordonnance du 24 avril 1996, peut être tenté de jouer de son influence politique pour sauvegarder l'hôpital. La situation de maires s'opposant au rapprochement des établissements hospitaliers de leur commune est fréquemment rencontrée. Pourtant, sans leur total appui à la politique de l'établissement, sans leur force de conviction face à la population, les chances de réussir une fusion sont compromises.

La population a, quant à elle, un rapport quasi fusionnel à son hôpital. C'est un lieu chargé d'histoire et de symbole, théâtre des contradictions que sont la vie et la mort, la maladie et la guérison. Dès lors, les restructurations et les éventuelles fermetures de lits sont vécues comme des blessures, des menaces à l'intégrité de la cité.

L'aboutissement du projet est alors compliqué par l'émergence d'un pouvoir exogène, celui des usagers citoyens, qui par la constitution de comités de défense se positionnent comme force d'opposition.

¹ BUBIEN Y. L'hôpital, une ville dans la ville. *Revue Hospitalière de France*, nov./déc. 1999, n°6, pp. 18 à 21

➤ Les restructurations provoquent un choc culturel.

Les restructurations consécutives aux fusions font apparaître des réalités nouvelles pour le secteur public hospitalier : transformation de l'activité, fermeture de lits, redéploiement de personnels, autant de conséquences qui génèrent un climat d'incertitude et d'insécurité, l'émergence de luttes de pouvoir, de conflits et d'attitudes de résistance des personnels face au changement.

Par ailleurs, la confrontation, voire l'opposition des logiques différentes que sont la logique administrative gestionnaire et la logique sanitaire et sociale crée un fossé culturel.

Les processus de fusion se vivent alors dans une ambiance passionnelle où s'affrontent des cultures professionnelles (médicales, soignantes, administratives), mais aussi des cultures locales. En effet, chacun des établissements concernés, chaque service parfois, possède une culture propre, forgée par le temps et l'histoire. Face à la menace de l'environnement elle présente un point d'ancrage fort auquel se rattachent les acteurs.

Les cadres soignants, à l'interface des logiques administratives et soignantes sont particulièrement exposés aux pressions des différents groupes en présence. Leur positionnement revêt une importance capitale dans la mesure où ils sont confrontés quotidiennement aux questionnements et aux inquiétudes des différents partenaires.

➤ Les restructurations se vivent comme des deuils

Les personnels hospitaliers, concernés à la fois en qualité d'employés et en qualité de citoyens, ont un rapport affectif à l'hôpital et plus encore au service.

Ils vivent les restructurations comme de véritables deuils et les mécanismes psychologiques en jeu peuvent être comparés aux grandes étapes de deuil décrites par E. KUBLER-ROSS : déni, colère, marchandage, tristesse, acceptation.

Toutefois ces deuils sont appréhendés de façon différente selon la position hiérarchique, l'ancienneté et le statut. Par exemple, les risques et les enjeux n'étant pas identiques pour le médecin chef de service et pour l'Agent des Services Hospitaliers (A.S.H.) contractuelle il est aisé d'imaginer des comportements individuels largement influencés par la position dans l'institution.

Cette situation complique la problématique car les personnels vivent solidairement un deuil plus individuel que collectif, ce qui risque d'en renforcer et d'en entretenir les manifestations.

Le risque est alors grand de voir des individus s'enfermer dans la nostalgie d'un passé idéalisé qui les empêche de se projeter dans l'avenir.

➤ Les restructurations sont un monde de paradoxes.

C'est G. BATESON dans son article « Vers une théorie de la schizophrénie » paru en 1956 qui a le premier réalisé une étude systématique des effets des paradoxes dans la communication et qui a introduit le concept de « double bind » ou double contrainte.

Ce concept a été largement repris par les fondateurs du Mental Research Institute de PALO ALTO qui définissent le paradoxe comme, « le talon d'Achille de notre image logique, analytique et rationnelle du monde. Il est ce point où achoppe la division qui couvre apparemment toute la réalité en couples de contraires et tout particulièrement la dichotomie aristotélicienne du vrai et du faux (...) La personne à qui s'adresse ce message finit par en éprouver un douloureux désespoir, un sentiment d'incapacité à faire quelque chose de bien qui lui vaudrait une approbation. »²

Pourquoi évoquer ici cette notion ? Parce que, dans les processus de fusion, chaque acteur doit, au nom de l'institution et pour le bien du malade se plier à des décisions qu'il lui paraît difficile voire impossible d'approuver. L'acteur confronté à une chose et son contraire se trouve face à une double contrainte, notamment :

- Le directeur, garant du développement de son hôpital qui devrait pourtant convaincre du bien fondé de la suppression de lits et d'activités.
- Le corps médical qui devrait accepter de modifier son mode d'organisation.
- Le personnel qui devrait s'il le faut, changer d'équipe, de spécialité, voire de lieu d'exercice.
- Les pouvoirs politiques qui devraient accepter le démantèlement de la plus grosse entreprise de leur commune et convaincre la population qu'il vaut mieux aller se faire soigner ailleurs.
- La population à qui l'on demande de choisir entre sécurité et proximité.

² WATZLAWICK P. *Le langage du changement*. Paris : Editions du Seuil, 1980. p.106-107.

Cette accumulation de paradoxes génère une perte de sens préjudiciable à la réussite du projet, en effet les acteurs se trouvent confrontés à une réalité nouvelle insécurisante et à la mise en œuvre d'actions en contradictions avec leurs valeurs.

➤ Il existe un « complexe du petit Poucet ».

Les projets de fusion concernent habituellement des hôpitaux voisins de taille différente pratiquant des activités similaires. Sur un plan métaphorique le plus petit vit l'évènement comme « le petit Poucet abandonné par une tutelle qui ne peut plus nourrir tous ses enfants, et confronté à un ogre qui veut le dévorer. »

Cette manière de voir ne doit pas être minimisée mais au contraire traitée avec la plus grande attention, car la peur d'être « mangé » déclenche un frein puissant au rapprochement et provoque des comportements de défense et de repli.

La mise en place d'une stratégie permettant aux acteurs de passer du réflexe de la comparaison à une vision de la complémentarité peut minimiser ce phénomène. Pour cela chacun doit prendre conscience de sa propre utilité, mais aussi de l'utilité de l'autre, afin de vivre l'interdépendance comme une force et une chance pour l'avenir et non comme la destruction du plus fragile.

➤ La fusion entraîne des problèmes de croissance.

Dans le même ordre d'idée, les fusions font habituellement passer des établissements de petite taille à des structures de taille moyenne voire plus. Cette croissance confronte d'une part, les directions aux difficultés de mise en place d'une politique de communication cohérente et efficiente, d'autre part, les personnels à une complexification des organisations.

D'une institution de petite taille à l'ambiance de travail « familiale » où il est aisé d'obtenir une réponse rapide et satisfaisante ou de rencontrer les représentants de la direction, la fusion va engendrer un établissement à l'organisation plus complexe avec sa rationalité, ses circuits, ses règles et aussi ses forces d'inertie.

La relative perte d'efficience de l'organisation renforce l'inquiétude et le sentiment d'insécurité des personnels et contribue à la perte de sens.

Les différents éléments de ce constat illustrent le degré de complexité généré par les processus de rapprochement et montrent en quoi les changements majeurs qui s'opèrent exposent l'institution à de fortes turbulences.

Dans ce contexte, il semble pertinent de s'interroger, d'une part sur les possibilités de fédérer des acteurs aux logiques discordantes voire opposées, d'autre part sur la place de l'Infirmier(e) Général(e) (I.G.) dans cette perspective.

Notre affectation dans un syndicat inter hospitalier composé de trois hôpitaux aux fortes cultures locales mettra cet objectif au centre de nos priorités.

En effet, ce travail de réflexion est une occasion d'approfondir notre connaissance du sujet et d'observer les éléments favorables au rapprochement des cultures lors de phénomènes de fusion. C'est pourquoi nous situerons notre recherche à l'étape « d'après fusion » en tentant de tirer des enseignements tant au plan des facteurs ayant facilité le rapprochement qu'au plan des obstacles ayant retardé son cours.

D'une part, après avoir étudié la politique de coopération hospitalière, nous enrichirons notre approche théorique de concepts relatifs à la sociologie des organisations et au changement puis élaborerons des hypothèses de travail.

D'autre part, une enquête permettra de confronter ces hypothèses à la réalité du terrain, et également d'échafauder un plan d'action susceptible de faciliter notre future prise de fonction.

1 - LA COOPERATION HOSPITALIERE, CONTEXTE ET ENJEUX.

1.1 LES ORIGINES DE LA POLITIQUE DE COOPERATION.

1.1.1 La fin du paradigme : la santé n'a pas de prix.

Dès les années 1970, le système de protection sociale français développé par l'état providence grâce aux « trente glorieuses » connaît sa première crise.

Face au choc pétrolier, le chômage s'accroît et le contexte démographique devient défavorable.

Même si la loi portant réforme de l'hospitalisation publique du 31 décembre 1970 en annonce les prémises, il faudra attendre plus de vingt ans l'institution d'une véritable politique réformatrice d'un système de protection sociale corrélé à la croissance économique

Les hôpitaux, financés par le système inflationniste du prix de journée et par ailleurs soumis aux enjeux politiques dans la cité, ont tendance à développer des activités nouvelles de façon anarchique mais toutefois approuvées par les tutelles. Ainsi naît entre les secteurs hospitaliers public et le privé, et de façon plus surprenante à l'intérieur du secteur public, une attitude de concurrence entre établissements.

L'organisation médicale centrée autour de la notion géographique de service favorise le développement d'activités redondantes, chaque chef de service défendant sa zone d'intervention, son autonomie et sa spécificité.

L'introduction du budget global, en 1984, ne parvient pas à inverser cette tendance, peut être même l'aggrave t-elle dans la mesure où la notion d'activité perd toute importance dans le calcul de l'attribution budgétaire.

Il faut dans ce contexte, d'une part diminuer les dépenses de santé sans cesse croissantes qui chaque année creusent un peu plus « le trou » de la sécurité sociale, et d'autre part intégrer les progrès de la médecine et répondre à une demande de soins de plus en plus forte.

Des mesures de sauvegarde sont prises pour tenter de rétablir l'équilibre, c'est le cas par exemple en 1990 avec la création de la Contribution Sociale Généralisée (C.S.G.).

Le financement de la protection sociale reste toutefois majoritairement fondé sur les revenus d'activité et, malgré cette mesure, le solde annuel de la branche maladie suit une évolution surréaliste : 9,4 milliards de déficit en 1990 et jusqu'à 39,7 milliards de déficit en 1995 (source : rapport du gouvernement sur le projet de loi de financement).

Limiter les dépenses de santé consiste également à réduire les capacités en lits. Or, malgré les mesures prises dans ce sens dès le début des années 1980, un rapport publié en 1993 par la caisse nationale d'assurance maladie évalue à 51 700 l'excédent de lits d'hospitalisation de court séjour. Ce constat renforce encore la conviction que la rationalisation de l'offre de soins est impérieuse.

Dans ce contexte, les hôpitaux confrontés à une concurrence désordonnée et stérile, source de gaspillages, sont vigoureusement incités à s'engager dans la voie de la complémentarité inter hospitalière sous les fourches caudines de la planification.

1.1.2 Le développement des outils de planification.

La coopération hospitalière prend un véritable essor avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Le dispositif législatif développe des modalités juridiques de coopération hospitalière et renforce le partage des activités médicales par le biais de la planification. Il établit également et surtout un lien nouveau entre planification et complémentarités médicales par le biais des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.).

La carte sanitaire instituée par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, est ainsi complétée par le Schéma d'Organisation Sanitaire (S.O.S) et le régime des autorisations. Ces trois dispositifs fondent le système actuel de planification.

En premier lieu essentiellement quantitative, l'approche contemporaine s'avère désormais qualitative dans la mesure où elle s'attache à répartir les moyens dans une zone sanitaire compte tenu d'objectifs prioritaires de santé publique. Plus que la mesure strictement quantitative des moyens matériels et humains, c'est la structuration de l'activité des établissements qui est alors recherchée.

Cette recherche qualitative est en partie due au « choc sanitaire » provoqué par le scandale du sang contaminé et le climat de suspicion qui s'ensuivit. Dès lors, le

droit d'accès aux soins pour tous, fondement de notre système de santé est réaffirmé, mais s'enrichit du concept de droit à la sécurité des soins.

1.1.3 Les principaux modes de coopération.

La loi du 31 décembre 1970 prévoyait deux formes principales de coopération au sein du service public hospitalier : la convention et le Syndicat Inter Hospitalier (S.I.H.).

Les possibilités se sont élargies avec la loi de 1991 qui institue la possibilité de coopération entre partenaires publics et privés par la création des Groupements d'Intérêt Public (G.I.P.) et des Groupements d'Intérêt économique (G.I.E.).

Dès lors, les incitations à la coopération n'ont cessé d'être renouvelées. L'Ordonnance n° 96-436 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière publique et privée ajoute au dispositif de planification la création des Communautés d'Etablissements Sanitaires (C.E.S.) et de Groupements de Coopération Sanitaire (G.C.S.).

Aujourd'hui coexistent donc trois grandes typologies de dispositifs :

- La convention établie entre deux ou plusieurs établissements conservant leur indépendance juridique. C'est le cas des Contrats, des Réseaux et des C.E.S.
- La coopération organique qui consiste en la création d'une personne juridique nouvelle qui concerne soit des structures purement hospitalières avec le S.I.H. et le G.C.S., soit d'autres structures régies par le droit commun avec le G.I.P., le G.I.E. et l'Association « loi de 1901 ».
- La fusion, étape ultime de la coopération caractérisée par la création d'un nouvel établissement : l'hôpital intercommunal. Depuis la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (C.M.U.), il est toutefois possible de réaliser un Etablissement Public de Santé Inter hospitalier (E.P.S.I.) ou une fédération inter hospitalière qui préservent l'autonomie juridique des établissements. On peut ainsi dire que si l'hôpital inter communal aboutit à une entité, l'E.P.S.I. en institue trois.

Malgré toutes les possibilités de coopération qui s'offrent aux établissements, la politique de coopération inter hospitalière se solde par un relatif échec.

Il est difficile de trouver des chiffres précis, mais on peut aujourd'hui estimer à 380 le nombre d'opérations de coopération inter hospitalière sur le territoire

(chiffre donné par E. COUTY lors du congrès du Centre National de l'Expertise Hospitalière (C.N.E.H.) en mai 2001).

Les nouvelles formes de coopération ne semblent pas soulever plus d'enthousiasme puisqu'il n'existerait, en juin 2001, que trois projets de G.C.S.

Même s'il faut reconnaître une réduction du nombre de lits hospitaliers grâce à la politique de coopération mise en place, celle-ci est loin d'avoir résolu le problème des lits excédentaires (les chiffres actuels évaluent à 271 640 la capacité en lits de Médecine –Chirurgie –Obstétrique (M.C.O.) du secteur public hospitalier, soit une diminution de 9425 (3,35%) depuis 1997).

1.2 LA FUSION DANS LE PAYSAGE DE LA COOPERATION HOSPITALIERE.

1.2.1 Fusion un mot qui fait peur.

Les mots véhiculent incontestablement une charge émotionnelle positive ou négative et peuvent jouer le rôle de catalyseur ou de frein. L'approche sémantique peut aider à la compréhension des phénomènes, c'est pourquoi il nous semble important de réfléchir au sens du mot fusion.

« Fusion ³ : n.f. 1547 ; lat. fusio de fundere : fondre.

I- 1-Passage d'un corps solide à l'état liquide sous l'action de la chaleur.

2-Etat d'une matière liquéfiée par la chaleur.

3-Combinaison, mélange intime.

II- (1801) Fig. Union intime résultant de la combinaison ou de l'interpénétration d'êtres ou de choses → se fondre, se confondre

Economie : fusion des sociétés, d'entreprises → absorption. »

Les mots donnent du sens. Comment donc ne pas être effrayé et réticent lorsque est employé un terme qui renvoie au mieux à la perte de l'identité, au pire à la disparition pure et simple.

³ Nouveau Petit Robert 1. Paris : Dictionnaire Le Robert, 1993. p.839.

1.2.2 De la coopération à la fusion : un pas difficile à franchir.

Tous les établissements ayant réalisé une fusion sont d'abord passés par des formes intermédiaires de coopération telles les conventions ou les syndicats inter hospitaliers.

Notre expérience de travail nous a montré que lors des phases préliminaires de rapprochement, la perspective d'une fusion est utilisée par ses détracteurs comme un véritable épouvantail. Dès lors, elle devient « le danger » dont il faut se prémunir et se protéger, car l'établissement voisin, « l'ennemi », veut notre disparition.

Dans un souci d'apaisement du climat social l'attitude fréquemment rencontrée au sein des équipes de direction est alors de nier la perspective d'une éventuelle fusion. Contrairement à l'objectif recherché, cette attitude renforce l'idée d'un danger potentiel et nous semble de matière à freiner le processus de rapprochement.

Par conséquent, il paraît plus opportun et préférable de communiquer sur la fusion plutôt que la passer sous silence et entretenir, de cette manière, les doutes, les incertitudes et les rumeurs de toute sorte.

1.2.3 De la fusion volontaire à la fusion imposée.

La fusion « volontaire », bien qu'elle connaisse un progrès récent, demeure une réalité marginale dans le paysage hospitalier français.

Pour autant, l'article 38 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 permet désormais au Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (D.A.R.H.) « de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel Etablissement Public de Santé par fusion des établissements concernés » dans l'objectif de renforcer les complémentarités et d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la population en terme de qualité et de sécurité des soins. On peut toutefois s'interroger sur les chances de réussite d'une telle opération tant il est vrai que la coopération ne se décrète pas.

Notre propos n'est pas d'aborder les étapes juridiques de la fusion qui permettront par une union réglementaire mais aussi financière et comptable de constituer une nouvelle entité possédant ses propres organes de gestion et ses propres instances. Il s'agit plutôt d'étudier en quoi le rapprochement de deux ou

plusieurs établissements s'avère, sur le plan pratique, une course d'obstacles qui confronte les décideurs à la gestion de la complexité.

Concrètement il faut rapprocher des cultures, mais aussi accepter la confrontation, voire l'opposition de logiques différentes, en gardant toujours à l'esprit la nécessité de fédérer les différents acteurs.

En effet, « la fusion, pour complexe qu'elle soit sur les plans juridique, comptable, budgétaire et organisationnel, peut paraître aisée comparée à la fusion des dynamiques et des logiques médicales. »⁴

C'est sur cette nécessité de rapprochement des cultures et de fédération des différents acteurs que repose notre question de départ et que s'articule notre problématique.

Comment, dans un contexte de fusion hospitalière, est-il possible de fédérer autour d'une culture inter hospitalière des acteurs porteurs de logiques différentes voire opposées, et en quoi l'I.G. est-elle partie prenante dans ce processus ?

Nous fonderons la pertinence de notre questionnement sur le fait que :

- D'une part, les soignants partagent des valeurs profondément humanistes qui symbolisent une « enveloppe culturelle minimale » que nous nommerons « culture soignante ». Cette culture soignante assure à l'I.G. une légitimité auprès du corps médical, des personnels soignants et administratifs, et des usagers. En cela, l'I.G. apporte aux équipes de direction une valeur ajoutée susceptible de faciliter l'émergence d'une culture inter hospitalière.

⁴ CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L.. *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité*. Paris : Edition Masson, 1998. p. 40.

- D'autre part, bien que tous les acteurs soient concernés, les cadres soignants, se trouvent à une place à la fois sensible, puisqu'ils subissent quotidiennement la pression des différents groupes en présence et stratégique puisqu'ils sont à l'interface des logiques administratives et sanitaires. C'est pourquoi leur rôle est essentiel dans les processus de rapprochement.

- Enfin, la fusion illustre bien le contexte de profonde mutation que vit aujourd'hui le système de santé. C'est un changement majeur puisqu'il s'attaque à la structure même de l'institution. Par conséquent il confronte les acteurs à des difficultés nouvelles en terme de résistance au changement.

Après avoir exploré le phénomène de coopération hospitalière, nous centrerons l'étude théorique sur les concepts qui sous-tendent la problématique :

- La sociologie des organisations nous permettra à travers l'approche stratégique et systémique d'appréhender les concepts d'acteur, de pouvoir, d'identité et de culture.
- Les théories du changement abordées sous l'angle systémique compléteront notre recherche et seront plus particulièrement approfondies.

2 - LE CADRE CONCEPTUEL.

« L'organisation n'est ici, en fin de compte, rien d'autre qu'un univers de conflit, et son fonctionnement le résultat des affrontements entre les rationalités contingentes, multiples et divergentes d'acteurs relativement libres, utilisant les sources de pouvoir à leur disposition. Les conflits d'intérêt, les incohérences, les « pesanteurs structurelles » qui en résultent, ne sont pas les manifestations d'on ne sait quelles « dysfonctions organisationnelles ». Ils sont la rançon qu'une organisation doit payer pour exister, et la condition même de sa capacité à mobiliser la contribution de ses membres et à obtenir d'eux ce « bon vouloir » sans lequel elle ne peut fonctionner convenablement. »⁵

2.1 ACTEURS ET POUVOIR, STRATEGIE ET JEU.

La sociologie des organisations s'est affirmée à partir de deux concepts principaux :

- Le concept de relation de pouvoir associé au concept d'incertitude, et,
- Le concept de stratégie et de jeu.

Ainsi, dans le cadre d'un ensemble organisé, d'une part les relations de pouvoir sont dominées par le contrôle que les partenaires exercent sur l'incertitude du résultat de leur coopération, et d'autre part chaque acteur garde la liberté de développer sa propre stratégie malgré les contraintes qu'impose sa contribution aux réalisations communes

Finalement, quelle que soit la situation organisationnelle et les contraintes qui lui sont inhérentes, l'acteur conserve toujours une marge de liberté et de négociation. De cette marge de liberté naît une marge d'incertitude source de pouvoir sur les autres acteurs.

⁵ CROZIER M, FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977. p. 92

Plus la zone d'incertitude est étendue, plus grand sera le pouvoir.

Cette affirmation nous semble prendre toute sa valeur dans les phénomènes de fusion. En effet, la fusion ne se décrétant pas, elle est précédée par une phase préparatoire plus ou moins longue caractérisée par une incertitude sur l'issue des négociations. Durant cette étape, on peut dire que si la finalité se dessine, les chemins pour y parvenir sont multiples et à inventer. Cette phase est particulièrement déstabilisante pour les acteurs porteurs de logiques différentes, qui, grâce à ces zones d'incertitude tenteront d'affirmer leur pouvoir et négocieront leur participation à l'organisation future.

Leur stratégie peut présenter deux aspects contradictoires : un aspect offensif dont le but est de satisfaire leurs exigences par la contrainte des autres membres du groupe, c'est le cas par exemple des actions des comités de soutien (réunions publiques, manifestations, ...), et un aspect défensif qui consiste à échapper à la contrainte des autres par la protection de sa propre marge de liberté, aspect défensif qu'il est possible d'illustrer par l'attitude de résistance passive de certains groupes lors des négociations sur l'organisation future (sage femmes, par exemple, dans le cas de la fermeture d'une maternité).

Il n'y a toutefois pas de jeu prédéfini et ces deux stratégies peuvent être employées par un groupe soit simultanément soit alternativement, ce qui rend davantage imprévisibles et incontrôlables les comportements des acteurs.

La compréhension de ces phénomènes peut aider les responsables à anticiper les réactions des groupes en présence.

Au concept de pouvoir, il convient d'associer celui de « marginal sécant » introduit en 1968 par H. JAMOIS dans son étude du processus de décision ayant abouti à la réforme des études médicales.

M. CROZIER le définit comme « un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires. »⁶.

En conséquence, des individus par leur appartenance à différents segments de l'organisation sont capables, même partiellement, de maîtriser des zones

⁶ Ibid. p. 86.

d'incertitude, et ainsi disposent d'un pouvoir considérable au sein de l'institution. Dès lors, il devient primordial de repérer les individus ou les groupes possédant dans l'institution cette capacité.

Toutefois, ni aucun individu ni aucun groupe ne peut exercer son pouvoir sans limite. En effet, il existe un système de régulation ; non pas dans le sens de la recherche d'un quelconque équilibre, mais dans celui d'une certaine réciprocité. Ainsi quelle que soit la zone d'incertitude maîtrisée, chaque acteur utilisera son pouvoir « d'une certaine façon et dans certaines limites. (...) il lui faut « continuer le jeu » (...) C'est donnant-donnant. Un acteur ne peut exercer de pouvoir sur les autres et les « manipuler » à son profit qu'en se laissant « manipuler » en retour et en laissant exercer du pouvoir sur lui. »⁷

Pour compléter notre approche du fonctionnement des organisations, nous retiendrons les éléments explicatifs suivants :

Les groupes poursuivent leurs propres buts qu'ils s'efforcent d'atteindre Il importe donc de connaître ces objectifs.

Le pouvoir devient une recherche prioritaire des groupes pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs.

Les contraintes susceptibles de limiter le pouvoir des groupes agissent sur le fonctionnement de l'organisation.

La stratégie d'un groupe se caractérise par la manière d'utiliser son pouvoir pour atteindre ses objectifs compte tenu de ses contraintes.

2.2 IDENTITE ET CULTURE.

Donner une explication uniquement en terme de stratégie et de jeux ne saurait toutefois suffire à appréhender toute la complexité du phénomène.

Ainsi, au delà du simple jeu des acteurs, l'introduction du concept d'identité montre que la finalité d'un groupe peut être de se définir lui-même.

De plus, comme si l'expérience vécue dans la communauté professionnelle jouait un rôle de liant, les acteurs d'un même groupe tendent à partager, avec le temps, les mêmes normes et les mêmes modes de relation avec les autres définis à travers les cultures reçues et construites.

⁷ Ibid. p. 104.

2.2.1 L'identité collective.

Comme l'individu, le groupe fonde sa capacité stratégique sur la maîtrise de zones d'incertitudes et donc de pouvoir. Le terme d'identité dans sa dimension collective renvoie donc aux jeux d'alliances, aux représentations et aux valeurs qui fondent la vie du groupe.

C'est à travers l'action que les groupes vont se structurer, en se prouvant à eux-mêmes qu'ils existent, mais aussi en faisant reconnaître leur identité par les autres.

« Le groupe crée son identité à travers et à l'occasion de la défense de ses intérêts. »⁸

Dans les phénomènes de restructuration, les groupes, se sentant menacés, ont tendance à renforcer leur identité dans une attitude d'opposition à l'environnement, alors que les acteurs vont, de leur côté, utiliser les zones d'incertitude pour asseoir leur pouvoir.

Pour employer une métaphore, nous dirons que pour échapper au « mariage forcé » (la fusion), chaque hôpital va montrer des signes forts de son identité afin d'être reconnu et va se replier sur ses propres « histoires de famille ».

Ainsi, tout projet de fusion doit tenir compte des réactions identitaires des groupes, en particulier quand ils sont en position de vulnérabilité.

2.2.2 La culture.

Le terme culture comporte beaucoup d'ambiguïté dans la mesure où il est utilisé dans des sens profondément différents. Nous retiendrons la définition des anthropologues pour qui la culture représente un cadre de pensée, un système de valeurs, un système de règles. Ainsi la culture tendrait à créer un sentiment d'identité chez un ensemble d'individus par la création d'une histoire commune caractérisée par des traditions et des rites.

Certaines parties de cette histoire commune se transforment au fil du temps en mythes qui constituent un ensemble de représentations et de croyances ancrées dans l'imaginaire collectif.

⁸ AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Editions du Seuil, 1996. p. 51.

Accéder à la connaissance des mythes est un élément essentiel dans les phénomènes de fusion car l'observation montre que c'est sur cette partie « invisible » de la culture que se fondent souvent les incompréhensions.

Sur le lieu de travail, les règles sont intériorisées, c'est le résultat d'une intégration qui passe par le partage quotidien des mêmes enjeux et des mêmes relations de pouvoir des groupes en présence. La régulation conjointe peut aussi expliquer le passage de la position d'acteur individuel à acteur collectif par un jeu d'ajustements mutuels. Expérimentés dans la durée ces ajustements mutuels façonnent des mentalités communes.

Cette notion de temps, de durée, est indissociable du concept de culture.

Ainsi, face au mouvement permanent des organisations, demeure une certaine stabilité des construits et des capacités d'action collective qui peut représenter un indicateur de culture.

2.3 LE CHANGEMENT.

« Les choses ne changent pas, change ta façon de les appréhender, c'est tout. »

LAO TSEU.

2.3.1 Pour une approche systémique du changement.

2.3.1.1 *La construction de la réalité.*

Le mode de pensée systémique permet de poser un regard différent sur la réalité. En changeant notre manière de penser, en acceptant l'idée que la réalité est une construction de l'esprit et que le changement est une reconstruction de la réalité, nous devenons capable d'accueillir et d'intégrer la réalité de l'autre. Or aller vers l'autre représente un premier pas vers la compréhension de sa culture.

2.3.1.2 *Vers une logique conjonctive.*

Passer d'une approche analytique à une approche systémique, c'est sortir d'une logique de causalité linéaire dans laquelle le comportement de l'un cause celui de l'autre, c'est renoncer à une logique disjonctive qui renvoie à la recherche

du pourquoi et à la notion de culpabilité pour atteindre une logique conjonctive qui s'appuie sur les interactions et relie.

Cet élément est essentiel pour sortir les acteurs d'un mode de pensée binaire qui oppose « le petit Poucet » à « l'ogre ». En effet une logique conjonctive permettra de les situer comme éléments interactifs d'un système qui les dépasse et les unit.

2.3.1.3 *Système ouvert, système fermé.*

Le concept de système sera emprunté à J. DE ROSNAY : « un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but »⁹.

Les systèmes vivants et sociaux sont de haute complexité et peuvent être qualifiés d'ouverts ou de fermés.

Un système ouvert échange de l'énergie et de l'information, il est en interaction constante avec son environnement, l'un modifiant l'autre, et se trouvant modifié en retour. A l'inverse, un système fermé n'échange ni énergie, ni information avec l'environnement, il est coupé de l'extérieur et puise dans ses propres ressources d'énergie, c'est un système qui ne peut croître.

Toute entrée d'information dans un système va produire une réaction de défense plus ou moins forte, l'information va être acceptée ou rejetée. Lorsque l'information est acceptée il se produit un réaménagement des interactions entre les éléments, on peut donc dire que le changement est le passage pour un système d'un état stable à un autre état stable.

Lors des fusions chaque établissement a tendance à se comporter comme un système fermé et à se couper de l'extérieur, par peur de l'autre.

Ce phénomène est aggravé par les multiples stimulations de l'environnement qui amènent le système à se fermer un peu plus. Il produit ainsi beaucoup d'entropie¹⁰ au risque d'épuiser ses réserves d'énergie. A l'issue de tels processus il est fréquent que les établissements présentent des signes d'affaiblissement.

Cet élément est essentiel à prendre en compte et à reconnaître et plaide en faveur de périodes de calme qui permettront au système de reprendre des forces.

⁹ ROSNAY (DE) J. *Le macroscopie. Vers une vision globale*. Paris : Editions du Seuil, 1975. p. 101.

¹⁰ Entropie : du grec entropê signifiant changement. En référence à la 2^{ème} loi de thermodynamique énoncée par CARNOT : énergie inutilisable, état de désorganisation croissante.

2.3.1.4 *L'homéostasie.*

Ce terme a été créé par le physiologiste américain Walter B. CANNON en 1932, pour qualifier le principe par lequel l'organisme est capable d'assurer efficacement le contrôle des équilibres physiologiques.

Un système homéostatique, comme un organisme est capable d'autorégulation, il va ainsi tenter de maintenir la stabilité de sa structure et de ses fonctions grâce à une multitude d'équilibres dynamiques. Confronté à des changements provenant de l'environnement, le système va réagir par des modifications qui ont pour finalité le maintien des équilibres internes.

L'homéostasie est donc à la fois une condition de survie des systèmes complexes, mais aussi un frein au changement. Elle peut expliquer le caractère imprévisible de certaines réactions du système face aux perturbations.

2.3.1.5 *La non sommativité ou $1 + 1 = 3$.*

Ce concept, énonçant qu'un système n'est pas égal à la somme des éléments qui le compose, peut être complété par l'approche holistique qui pose comme principe que « le tout est plus que l'ensemble des parties et que la différence entre la somme des parties et le tout dépend de la qualité émergente » .

Ce principe nous semble essentiel dans les rapprochements inter hospitaliers et en particulier dans les fusions.

En effet, si la base d'une fusion est d'arriver au plan juridique, à ce que $1 + 1 = 1$; au plan organisationnel, le risque est grand pour les structures en présence de perdre une partie de leur identité au profit de la structure nouvelle.

Pour autant, la nouvelle entité ne se construira pas uniquement par l'addition des systèmes existants, mais bien par la création d'un système « enfant », issu des différents systèmes « parents » et possédant ses qualités propres.

Ainsi l'objectif ne serait-il pas d'arriver à la formule $1 + 1 = 3$ où le résultat représenterait la somme de chaque système enrichi d'une culture inter établissement symbole de la qualité émergente.

2.3.2 Communication et changement.

Un des postulats de l'approche systémique est que le changement s'accomplit dans l'échange.

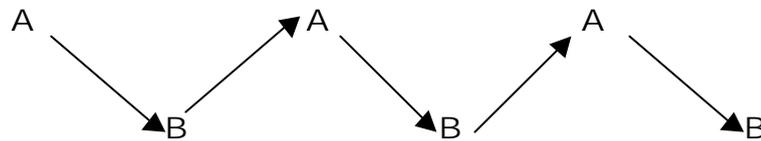
Nous enrichirons donc notre propos de quelques principes qui nous semblent essentiels pour appréhender les phénomènes de communication.

Nous utiliserons pour cela les travaux des théoriciens de l'école PALO ALTO, en particulier ceux de G. BATESON et de P. WATZLAWICK.

2.3.2.1 *La communication linéaire : un dialogue de sourd.*

P. WATZLAWICK nous montre à travers son expérience de thérapeute familial, les embûches d'une communication linéaire et les conséquences qu'elle engendre en terme de maintien du conflit et de blocage du changement.

Schéma d'une ponctuation



Séquence 1 : A fait des reproches à B

Séquence 2 : B se replie.

Ce schéma illustre le principe de la ponctuation qui se caractérise par la succession de séquences indispensables à toute communication.

Cet exemple, pris dans le cadre d'une communication linéaire conduit aux phénomènes d'escalade dans la mesure où chacun ne voit que la séquence de l'autre : B voit les reproches que lui fait A et se replie de plus en plus tandis que A devant les attitudes de repli de B continue ses reproches.

Notre expérience nous a montré que la communication linéaire et les phénomènes d'escalade sont fréquents lors des restructuration. En effet, chaque acteur, par défiance, reste centré sur sa logique et évite d'entrer en relation avec l'autre.

Ce type de communication, outre l'incompréhension mutuelle des partenaires est propice à créer ou entretenir le conflit.

2.3.2.2 *La communication circulaire : un véritable échange.*

Le principe de la circularité permet de poser un regard neuf sur les phénomènes de communication en intégrant le fait que chaque individu participe sans être ni à l'origine, ni à l'aboutissement du processus.

Dès lors la communication devient une com-position, une co-crédation où le « je » et le « tu » provoquent le « nous » qui à son tour enrichit le « je » et le « tu ».

Communiquer, n'est donc plus seulement transmettre une information, mais s'interroger sur qui communique quoi, à qui et dans quel contexte. Chaque message possède ainsi un contenu et une relation, et se trouve à l'intersection de trois champs : la syntaxe, la sémantique et la pragmatique (comportements).

2.3.3 Les différents niveaux de changement.

2.3.3.1 *Le changement de type 1.*

Rien ne change par rapport aux règles de fonctionnement du système. C'est plus de la même chose. Le changement prend place à l'intérieur d'un système donné qui, lui, reste inchangé. La plupart des changements que nous effectuons quotidiennement se situent dans ce champ et sont la réponse à un problème par une solution qui repose sur le bon sens.

2.3.3.2 *Le changement de type 2.*

Il modifie le système lui-même. Il y a remaniement des lois qui régissent les interactions : c'est un changement de changement.

Il est rare et profondément déstabilisant puisque la structure même du système est ébranlé.

Il se situe au niveau de la rupture et du deuil et nécessite un soutien et un accompagnement.

Les phénomènes de fusion illustrent parfaitement ce type de changement et montrent en quoi il est ensuite indispensable de définir de nouvelles règles de fonctionnement afin d'atteindre de nouveaux équilibres.

2.3.4 Apprentissage organisationnel et changement.

Les approches cognitives et l'apprentissage organisationnel définis par ARGYRIS et SCHON en 1978 peuvent compléter ce propos.

Un des principes de cette théorie repose sur le fait que les organisations, comme les individus, sont capables d'acquérir « des connaissances, un savoir collectif, voire un ensemble de valeurs qui vont jouer un rôle déterminant dans leur fonctionnement. »¹¹

Par ce phénomène d'apprentissage, les organisations encodent « des expériences passées sous forme de routines. L'ensemble des routines acquises constitue la mémoire de l'organisation. »¹²

Toutefois, « si une insuffisance de mémoire organisationnelle peut s'avérer très préjudiciable (...), à l'inverse, certains savoirs ou savoir-faire stockés sous forme de routines dans la mémoire de l'organisation peuvent faire obstacle à son bon fonctionnement. »¹³

Ainsi le fonctionnement des organisations pourrait être amélioré si l'on disposait d'une théorie du changement produisant un savoir « actionnable ».

Comme les différents niveaux de changement, les théories de l'apprentissage organisationnel reposent sur 2 modèles :

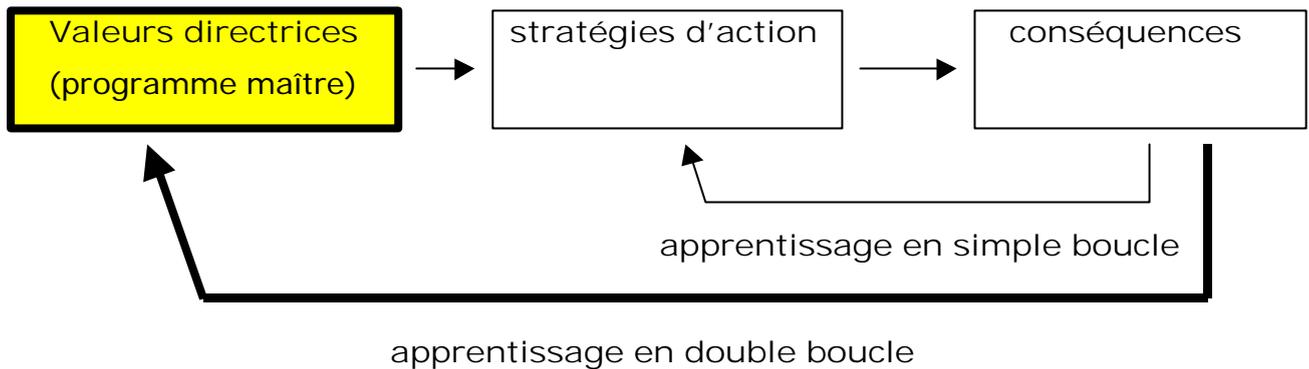
- Le modèle 1 ou apprentissage en simple boucle, correspond au changement par détection d'erreurs. La réponse aux dysfonctionnements consiste en la mise en place de nouvelles actions qui visent le maintien de la stabilité du système sans remise en cause des valeurs directrices qui le sous-tendent.

- Le modèle 2 ou apprentissage en double boucle vise une transformation radicale du système. Ce processus conduit à « apprendre à apprendre ». Il intervient sur les règles de fonctionnement, les normes, les valeurs (communication, structure hiérarchique...), et les changent.

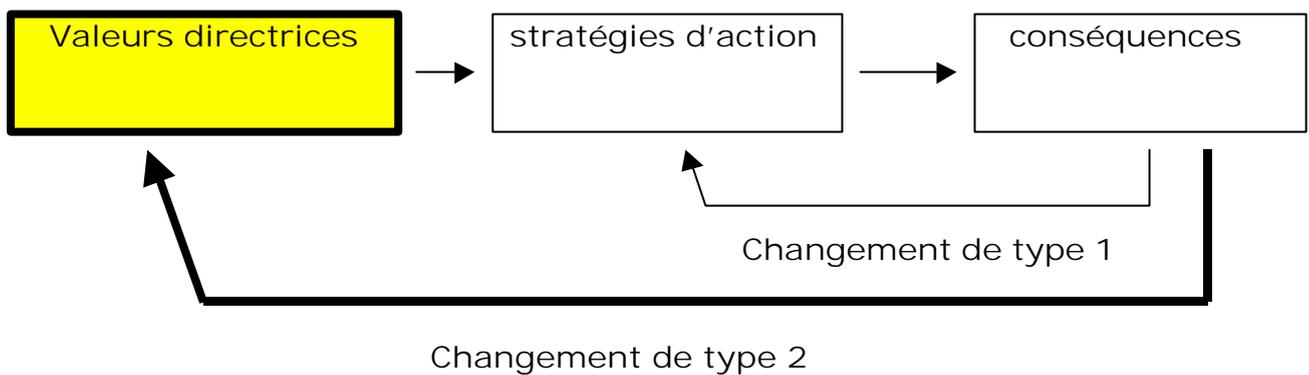
¹¹ MOINGEON B. L'apprentissage organisationnel. *Sciences humaines*, juin 1996, n°62, p. 37.

¹² Ibid. ¹²

Le schéma utilisé pour représenter ces deux modèles,



peut également illustrer les deux niveaux de changement :



2.4 LA RESISTANCE AU CHANGEMENT.

2.4.1 Les bonnes raisons de résister au changement.

Nous poserons comme postulat de départ que cette résistance n'est pas un invariant anthropologique, mais bien le symptôme d'une situation sociale particulière.

¹³ Ibid.

2.4.1.1 *Les déplacements de pouvoir.*

Vu sous l'aspect systémique le phénomène de résistance observé chez les individus est la conséquence logique des pertes que pourrait leur occasionner le changement. En effet, pour l'individu « tout changement est dangereux, car il met en question inmanquablement 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. »¹⁴

Les modifications structurelles induites par les fusions amènent une nouvelle répartition de la place et des pouvoirs de chacun, le système est ébranlé dans sa structure. Les risques de perte sont donc constamment à l'esprit des différents partenaires.

2.4.1.2 *Un changement imposé.*

De nombreux travaux ont montré que le degré de résistance au changement dans les entreprises tenait plus à la manière dont il était mené qu'aux salariés eux-mêmes.

C'est une idée de bon sens que de dire que les personnes acceptent mieux un changement lorsqu'elles ont participé à son élaboration.

Dans la plupart des fusions hospitalières le changement est imposé, et même s'il est choisi, c'est par un nombre restreint d'individus possédant le pouvoir de décision.

Pour la majorité des acteurs la fusion sera donc vécue comme une contrainte imposée par les dirigeants, contrainte d'autant plus souvent inacceptable qu'elle est perçue comme injuste.

2.4.2 Les bonnes raisons de changer.

2.4.2.1 *Trouver des intérêts.*

Avant de considérer que l'individu qui résiste au changement obéit à des motifs obscurs, il peut être utile de considérer son comportement comme « ajusté » dans le sens où il découle purement et simplement des contraintes structurelles.

¹⁴ CROZIER M, FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977. p 386.

Ainsi, partant de l'idée que les individus résistent au changement non par principe, mais parce qu'ils ont de bonnes raisons de le faire, il sera possible d'aborder les résistances non comme une fatalité, mais comme un message qu'il est nécessaire de reconnaître et d'analyser pour ensuite agir en conséquence.

« Dans les entreprises (...), ceux qui veulent introduire une innovation voient le problème en terme de résistance « naturelle » d'exécutants qui seraient dérangés dans leurs habitudes, leurs coutumes, etc. Or les acteurs ne sont pas attachés de façon passive à leur routine : tout le monde est prêt à changer rapidement s'il y trouve son compte, mais, en revanche, on résistera en fonction des risques encourus du fait du changement. »¹⁵

Il est ainsi possible de penser que si le responsable identifie quelles sont les bonnes raisons de changer, s'il est capable de les valoriser, de les utiliser comme base de la construction d'un futur, alors il aura une opportunité de donner du sens au changement et ainsi de le faciliter.

2.4.2.2 *Trouver de l'équité.*

Bien souvent les phénomènes de fusion sont vécus comme des injustices par les employés. Là où les dirigeants parlent de chance pour l'avenir, les acteurs de terrain se trouvent confrontés à la réalité des restructurations.

Ce phénomène est particulièrement difficile à vivre pour le « petit Poucet » de la fusion qui est remis en cause dans sa manière de fonctionner et dans son existence même.

Or, négocier le changement suppose bien de construire une certaine équité entre des intérêts divergents : équité entre les exigences et les moyens affectés, mais aussi entre le stress subi et les marges de manœuvre accordées et enfin entre l'investissement personnel fourni et les bénéfices perçus.

Construire cette équité peut consécutivement apporter un gain en terme de motivation et de disposition à s'investir dans les projets.

2.4.3 Pas d'évolution sans changement.

Comme nous l'avons vu, un système complexe est essentiellement commandé par l'homéostasie, l'autoreproduction.

¹⁵ MENDRAS H., FORSE M. *Le changement social*. Paris : Armand Colin, 1983. p. 132.

Toutefois, dans sa théorie de l'hypercomplexité, E. MORIN montre en quoi « une organisation hypercomplexe est vouée au maintien de sa propre identité dans le changement qui lui permet d'acquérir des propriétés nouvelles, mais qui lui fait courir aussi des risques permanents. Elle fait appel continûment aux forces naissantes de réorganisation et, pour cela, a besoin d'une certaine désorganisation.¹⁶ »

On peut ainsi dire qu'un système complexe diminue ses contraintes tout en augmentant ses aptitudes organisationnelles, et notamment son aptitude au changement.

L'évolution peut être décrite comme le produit de multiples changements qui sont autant de ruptures dans un continuum. Toute évolution en rompant l'homéostasie crée une désorganisation du système, suivie d'une réorganisation, qui à son tour se trouve affectée par le changement nouveau. La désorganisation va susciter des problèmes, des conflits, des redistributions et ainsi des processus nouveaux de réorganisation.

L'évolution passe ainsi par des désorganisations - réorganisations qui portent en elles des échecs potentiels.

La nouveauté se trouve à la source du changement. Elle apparaît comme un écart, une déviance des phénomènes réguliers. Le propre des systèmes hypercomplexes est de multiplier les possibilités d'occurrence de la nouveauté, mais il faut se souvenir qu'au départ elle apparaît comme une déviance, une anomalie porteuse de ruptures, de conflits et de tentatives de réorganisation.

2.4.4 Pas de changement sans émotion.

Susciter le changement, c'est aussi accepter et prendre en compte la dimension émotionnelle des comportements humains. Bien que l'émotion occupe une place essentielle dans les processus de changement ces deux notions sont caractérisées par un paradoxe qui les lie et les oppose à la fois :

- Sans émotion il n'y a pas de changement, et pourtant,
- C'est en raison de l'émotion qu'on résiste au changement.

¹⁶ MORIN E., *Sociologie*. Paris : Editions du Seuil, 1994. p.194.

Accompagner le changement c'est donc savoir identifier les émotions, mettre en évidence les représentations qui les sous-tendent et évaluer leur conformité à la réalité.

Les processus de fusion, changements de type 2, ébranlent les valeurs.

Dans ce contexte, le facteur émotionnel des réactions individuelles et collectives est particulièrement prégnant et guide les comportements.

Les représentations sont, pour cette raison, souvent en décalage avec la réalité et s'ancrent sur des mythes collectifs responsables d'une perte de sens pour les différents acteurs.

Dès lors, s'il ne trouve pas un sens à ses actions l'individu aura tendance à renforcer sa position de résistance au changement.

LES HYPOTHESES.

Au regard de ces différents concepts notre questionnement de départ,

Comment, dans un contexte de fusion hospitalière, est-il possible de fédérer autour d'une culture inter hospitalière des acteurs porteurs de logiques différentes voire opposées, et en quoi l'I.G. est-elle partie prenante dans ce processus ?

sera enrichi d'une première hypothèse :

Au delà des spécificités et des particularismes, les soignants possèdent une culture commune basée sur de fortes valeurs humanistes, il est ainsi possible de penser que c'est autour du concept de soin qu'ils peuvent se retrouver. Dès lors l'adhésion à un projet qui s'appuie sur des valeurs partagées permet de dépasser les craintes individuelles et peut représenter un moyen de fédérer les acteurs autour d'objectifs communs. D'ailleurs, la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière impose aux établissements de santé l'élaboration d'un projet d'établissement composé d'un projet médical, un projet de soins, un projet social, un plan directeur et un projet des systèmes d'information. De plus elle reconnaît l'existence d'un Service de Soins Infirmiers (S.S.I.) et confie à l'I.G. l'élaboration du Projet de Soins Infirmiers.

Hypothèse n°1 :

- L'I.G. contribue à donner du sens aux actions d'une majeure partie des personnels hospitaliers grâce à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de soins. Ce projet fédère les personnels soignants et facilite l'émergence d'une culture inter hospitalière.

et d'une seconde hypothèse :

Le projet de soins ne peut être fédérateur sans relais pour le communiquer et le faire vivre.

Les cadres de santé, à l'interface des différentes logiques en présence, sont naturellement dans une position privilégiée de relais d'informations.

Cette position s'avère inconfortable dans la mesure où ils se trouvent tiraillés entre les différents groupes qui tentent de les acquérir à leur cause. Malgré tout, elle leur confère un rôle de connecteur avec l'environnement qui les rend utiles et nécessaires pour l'organisation et leur donne du pouvoir.

En cela ils sont de puissants alliés potentiels pour l'équipe de direction et en particulier pour l'I.G.

Hypothèse n°2 :

- Les cadres de santé de proximité occupent une position de marginal – sécant qui leur confère une place stratégique majeure dans l'organisation. C'est pourquoi ils sont de puissants moteurs de changement.

3 - L'ENSEIGNEMENT DU TERRAIN.

Les éléments théoriques ne sont rien sans enseignement du terrain. La validité des hypothèses sera donc confrontée à la réalité exprimée à travers les interviews que nous avons menées, notre principal objectif étant de mettre en exergue les points clés que les acteurs retiennent de leur propre expérience d'une fusion inter hospitalière.

L'étude se situant à l'étape d'après fusion, les éléments recueillis reposent sur la mémoire des évènements.

Cette approche essentiellement subjective, permet aux individus, d'effectuer une démarche introspective « dépassionnée », car à distance des évènements. Nous espérons ainsi pouvoir accéder au registre du sens que les hommes donnent à leurs pratiques et aux valeurs qui les animent.

3.1 LE CADRE METHODOLOGIQUE.

3.1.1 Le choix des établissements.

Notre difficulté essentielle a consisté à retenir un terrain d'enquête.

En effet, dans un premier temps nous souhaitions effectuer une analyse comparative entre des établissements ayant réussi une fusion depuis plusieurs années et possédant des caractéristiques suffisamment proches pour permettre une comparaison avec notre lieu d'exercice futur.

C'est pourquoi nous souhaitions sélectionner des établissements d'une capacité de 500 à 1000 lits en pays de montagne (le contexte géographique spécifique (régions enclavées) engendre une forte « culture de fond de vallée » qui semble de matière à influencer la situation.)

Etant donné le nombre restreint de fusions réalisées à ce jour, cette option s'est avérée impossible. C'est pourquoi, dans un second temps, nous avons orienté notre travail vers l'analyse comparative de situations opposées. Il s'agissait d'hôpitaux de la même région sanitaire, présentant des similitudes à la fois de taille, d'activité et d'attractivité. Le cas n°1 concernait deux établissements qui avaient réussi leur fusion, alors que dans le cas n°2, malgré des incitations

pressantes de l'A.R.H et plusieurs années de réflexion, toutes les tentatives de collaboration s'étaient soldées par un échec.

Il ne nous a toutefois pas été possible de mener à bien ce travail dans la mesure où, le directeur d'établissement du cas n°2, s'est opposé en deuxième intention à la réalisation des entretiens prévus au motif que « *l'intervention d'une personne extérieure à l'établissement risquait d'aggraver un climat social déjà difficile¹⁷* ».

Cette attitude illustre à notre sens la réaction de repli que vivent les établissements en position de résistance aux rapprochements. Elle montre également un aspect du fonctionnement d'un système fermé confronté au « danger potentiel » que représente l'environnement.

Finalement, nous avons retenu comme terrain d'enquête un hôpital inter communal qui présentait de multiples intérêts :

- encourager notre démarche de recherche,
- avoir réussi depuis trois ans une fusion et se trouver dans une phase de stabilisation,
- présenter des caractéristiques proches de l'établissement dans lequel nous sommes affecté : région touristique de montagne fortement marquée par la saisonnalité.

3.1.2 L'enquête.

La technique d'entretien est apparue comme la plus adaptée à ce travail.

En effet, seule la richesse d'un échange individuel peut permettre de recueillir des informations sur le ressenti et sur le sens que les individus donnent aux situations vécues.

Un de nos objectifs étant de retirer de cette étude une expérience source d'enrichissement pour nos futures fonctions, il convenait de mettre à jour les éléments qui ont favorisé ou compliqué la fusion, de comprendre l'impact de la stratégie sur les résultats et d'identifier les éléments favorables ou défavorables à la création d'une culture inter hospitalière.

Une grille d'entretien unique¹⁸ a été utilisée pour l'ensemble des interviews.

¹⁷ Les citations des propos recueillis apparaîtront en italique

¹⁸ Annexe 1. « Grille d'entretien » p.81.

3.1.3 Le public retenu.

Afin de vérifier nos hypothèses nous avons réalisé des entretiens :

- d'une part auprès des détenteurs de la responsabilité institutionnelle politique et stratégique du projet. Ce groupe des « décideurs » est composé : du Directeur Général (D.G.), du Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.), du D.S.S.I., et du Président de la Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.),
- d'autre part auprès des « acteurs du changement » que sont les cadres de proximité.

3.1.4 Les limites.

D'abord, l'impossibilité d'enquêter dans plusieurs établissements constitue la limite essentielle de ce travail.

Pour palier en partie cet inconvénient nous avons réalisé un nombre conséquent d'entretiens (18). Nous pensons toutefois que le recueil d'éléments, similaires ou contradictoires, dans plusieurs établissements aurait sans doute enrichi l'analyse.

Ensuite, de nombreuses questions ouvertes confèrent au matériau recueilli un aspect relativement subjectif et partial qui peut compliquer l'analyse. Toutefois, l'accès aux représentations individuelles imposait une totale liberté d'expression.

Enfin, pour préserver l'intimité de l'échange nous avons préféré ne pas enregistrer les entretiens. Ce choix est sans doute à l'origine d'une perte de données. Pour autant il a permis d'instaurer un véritable climat de confiance propice à l'expression personnelle.

Par honnêteté envers les personnes qui nous ont fait partager leur vécu, nous avons pris soin de noter le plus fidèlement possible les propos recueillis.

3.2 L'ANALYSE DES RESULTATS.

3.2.1 Présentation de l'établissement.

Les Hôpitaux du LEMAN, établissement intercommunal, est né en 1998 de la fusion des hôpitaux Georges PIANITA à THONON-LES-BAINS et Camille BLANC à EVIAN-LES-BAINS.

Ces deux villes thermales sont situées dans le massif du Chablais¹⁹ en Haute-Savoie. Frontalières avec la Suisse, à l'extrême Est de la région Rhône-Alpes, elles sont enclavées entre le lac Léman et les montagnes du Chablais, mais exercent malgré tout, grâce au thermalisme et au tourisme, une réelle attraction. Elles comptent d'ailleurs une population en constante augmentation.

Les deux hôpitaux, sont distants de 9 km seulement. Pourtant, la circulation par une route côtière unique très fréquentée (particulièrement en saison touristique) est souvent difficile

L'hôpital intercommunal dispose de 817 lits autorisés et en exploite 801 à ce jour²⁰.

L'activité, en constante augmentation, représente pour l'année 2000 : 6200 interventions, 1200 accouchements, 1 Million de Z et 10 Millions de B. Le service des urgences réalise quant à lui 30 000 passages et plus de 1000 sorties S.M.U.R. par an.

1120 équivalent temps plein non médicaux sont employés, dont 775 soignants et médico-techniques.

L'histoire de l'établissement se résume en quelques étapes clefs :

- Création du Syndicat Inter Hospitalier des Hôpitaux du Léman le 25 novembre 1993.
- Début des restructurations en 1996, avec le regroupement des services de cardiologie à Thonon et simultanément le transfert de la médecine interne

¹⁹ Annexe 2. « Carte du pays du Léman » p. 82.

²⁰ Annexe 3. « Nombre de lits exploités au 15 avril 2001, tableau récapitulatif ». p.83.

à Evian d'une part, et l'organisation commune des services urgences – S.M.U.R. d'autre part.

- Constitution d'une équipe de direction et de services administratifs et techniques uniques en 1996–1997.
- En novembre 1997, le Conseil d'Etablissement donne une nouvelle impulsion à l'intégration des deux hôpitaux en retenant la proposition du D.A.R.H. d'un regroupement du plateau technique obstétrico-chirurgical à Thonon et du développement d'un pôle médical à Evian.
- Le 1 janvier 1998 : création d'un hôpital intercommunal qui se substitue aux anciennes entités juridiques et gère un budget unique.
- Rédaction du Projet d'Etablissement et Signature d'un Contrat d'Objectif et de Moyens (C.O.M.) avec l'A.R.H. en 2000.
- L'organisation médicale par pôles et départements est en cours de réalisation,
- 2004 : date prévue de l'ouverture du nouveau plateau technique en construction sur le site de Thonon et fin des restructurations.²¹

Le projet d'établissement 2000–2005 intitulé « La force de la cohérence » met en avant la bonne attractivité de l'établissement due essentiellement à une compétence des personnels et une qualité de soins reconnue.

Il rappelle que :

« L'attachement à l'hôpital est ancien et fait partie des cultures d'établissement qui ont de part et d'autre de la Dranse²² donné une large part à la qualité de la relation au malade, au souci de donner la plus grande compétence technique de proximité à la population et à la solidarité avec les collègues qui se traduit par un très faible niveau d'absentéisme. (...) La richesse de la double culture sera un support de choix pour l'élaboration de la culture commune Hôpitaux du Léman dans laquelle tous pourront se reconnaître. »

Le projet de soins infirmiers, élaboré en 1999 repose sur une démarche participative.

²¹ Annexe 4 et 5 « Répartition des activités en 1999 » et « Répartition des activités en 2004 ». pp. 84-85.

²² Rivière séparant les deux villes.

Il regroupe cinq thèmes de travail choisis par la Commission du Service de Soins Infirmiers (C.S.S.I.) des Hôpitaux du Léman :

- le développement des soins palliatifs,
- l'accueil du malade et de sa famille,
- le développement des compétences professionnelles,
- le développement de la prévention et de l'éducation,
- l'encadrement des stagiaires.

Soixante professionnels représentant les différents métiers de soins (y compris médico-techniques, personnels des écoles et sage-femmes) ont travaillé à la réalisation de ce projet.

Durant la phase d'analyse de situation, l'ensemble des personnels des services et les étudiants de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) ont été interrogés par voie de questionnaire ou d'entretien.

3.2.2 La population interrogée.

Nous avons réalisé 18 entretiens semi directifs d'une durée d'une heure.

Au groupe des « décideurs » nous avons choisi d'associer la psychologue du personnel dans la mesure où sa place s'inscrit dans la stratégie de réalisation de la fusion.

En effet, détachée auprès de l'équipe de direction sa mission consiste d'une part, à accompagner les équipes et en particulier les cadres, d'autre part, à apporter aux décideurs les éléments d'analyse permettant d'adapter la stratégie. C'est pourquoi son point de vue nous semble pouvoir aider à la compréhension des phénomènes observés

Le groupe des « acteurs du changement » se compose de 13 cadres de santé²³ (tous ont été concernés par les restructurations).

Afin d'avoir une vision diversifiée de la situation nous avons choisi des cadres en fonction à ce jour, pour 5 d'entre eux sur le site d'Evian, pour 5 autres sur le site de Thonon et pour 3 sur les deux sites.

²³ Pour faciliter l'analyse, le terme cadre de santé englobera la surveillante chef sage-femme.

Tableau récapitulatif : la population interrogée

SITE	SERVICE	FONCTION
Hôpitaux du Léman ²⁴	C.M.E ²⁵ .	Président
Hôpitaux du Léman	Direction	D.G.
Hôpitaux du Léman	Direction	D.R.H.
Hôpitaux du Léman	Direction	D.S.S.I.
Hôpitaux du Léman	Direction	Psychologue
Hôpitaux du Léman	Maternité	Cadre de Santé
Hôpitaux du Léman	Imagerie Médicale	Cadre de Santé
Hôpitaux du Léman	Urgences	Cadre de Santé
EVIAN	Endocrinologie	Cadre de Santé
EVIAN	Chirurgie U.G.O. ²⁶	Cadre de Santé
EVIAN	Bloc opératoire	Cadre de Santé
EVIAN	Neurologie	Cadre de Santé
EVIAN	S.S.R. ²⁷	Cadre de Santé
THONON	Bloc opératoire	Cadre de Santé
THONON	Anesthésiologie	Cadre de Santé
THONON	Réanimation	Cadre de Santé
THONON	Cardiologie	Cadre de Santé
THONON	Hôpital de jour	Cadre de Santé

En premier lieu, nous présenterons les groupes interviewés, après quoi l'analyse s'effectuera point par point. Les résultats seront ensuite confrontés aux hypothèses émises.

3.2.3 Le groupe des « décideurs ».

L'hétérogénéité fonctionnelle du groupe ne permettant pas d'étude quantitative, nous retiendront les éléments susceptibles d'expliquer la place des acteurs dans l'institution.

²⁴ Concerne les personnels affectés sur les 2 sites.

²⁵ Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.)

²⁶ Urologie, Gynécologie, Oto-rhino-laryngologie.

²⁷ Soins de Suite et de Réadaptation.

- En premier lieu, des membres du groupe dont l'ancienneté est supérieure à dix ans, et ayant ainsi assisté à toutes les étapes du processus :
 - D'abord le Président de la C.M.E., Médecin pédopsychiatre, dont l'implication politique dans la vie de l'institution est ancienne et qui possède une parfaite connaissance de l'histoire locale. Vice président de la C.M.E. de Thonon avant la constitution du S.I.H., il a présidé cette même commission de 1995 à 1998, date à laquelle il est devenu le premier Président de la C.M.E. unifiée des Hôpitaux du Léman.
 - Ensuite le D.G. arrivé en 1993 comme Directeur du site d'Evian au moment de la signature du S.I.H. Il possède une parfaite connaissance du fonctionnement et de l'histoire des deux sites. Secrétaire Général Adjoint lors de la constitution d'une équipe de Direction commune, il est depuis trois ans D.G. des Hôpitaux du Léman.
 - Enfin la psychologue qui est après des interventions à l'I.F.S.I. de Thonon, a été recrutée sur le site d'Evian en 1994 pour animer des groupes de parole dans les secteurs personnes âgées. Sa mission s'est rapidement élargie à l'accompagnement des cadres et des équipes déstabilisées par les restructurations du site d'Evian.

- En second lieu, des membres du groupe dont l'ancienneté est inférieure à cinq ans, et arrivés à la phase de mise en œuvre :
 - D'une part l'I.G. recrutée il y a trois ans et demi, quelques mois avant la signature de l'acte de fusion, a mis en place la D.S.S.I. des Hôpitaux du Léman : *« Avant mon arrivée, il y avait une I.G. sur chaque hôpital, les deux postes étaient toutefois vacants pour l'un depuis trois mois et pour l'autre depuis six mois. Le Directeur m'a demandé de proposer une organisation de la D.S.S.I., j'ai pensé que vu le contexte d'équipe de direction commune il était primordial qu'il n'y ait qu'une I.G. sur les deux sites, je pense, avec le recul, que c'était un bon choix. »*
 - D'autre part la D.R.H. intégrée il y a deux ans soit un an et demi après la fusion : *« Je n'ai pas participé aux étapes stratégiques, mais je suis arrivée pour faire vivre la fusion, la fusion est une des raisons essentielles qui m'a amené à postuler. »*

Malgré une ancienneté réduite dans l'établissement, la D.S.S.I. et la D.R.H. ont une expérience longue et diversifiée de leur fonction.

Finalement, les membres du groupe des décideurs s'avèrent complémentaires dans le sens où certains d'entre eux, détenteurs de l'histoire, sont imprégnés de la culture locale alors que les autres, plus récents dans l'institution, ont une vision plus neutre des événements.

3.2.4 Le groupe des « acteurs du changement »

3.2.4.1 *La qualification.*

Le groupe se compose de :

- 12 cadres de santé (9 femmes et 3 hommes) : 8 en soins généraux, 1 I.B.O.D.E., 2 I.A.D.E., et 1 manipulateur en électroradiologie,
- 1 sage femme surveillante chef.

3.2.4.2 *L'affectation.*

- Le site : 5 sont affectés à œ jour sur le site de Thonon, 5 sur le site d'Evian et 3 sur l'hôpital inter communal.
- Les services : un panel des principales activités de M.C.O. est représenté, tous les services ont été concernés par la restructuration. Maternité (1), Urgences – S.M.U.R. (1), Médecine (4), Chirurgie (1), Hôpital de jour (1), Bloc opératoire (2), Anesthésie (1), Réanimation (1), Imagerie Médicale (1).

3.2.4.3 *L'ancienneté dans le grade.*

Elle est comprise entre 1 et 25 ans. Sept cadres, soit plus de la moitié d'entre eux, ont plus de 20 ans d'ancienneté ce qui est en faveur d'un niveau élevé de professionnalisation, mais peut également faire craindre, vu l'âge moyen des cadres, un dynamisme et une capacité à entreprendre moindre.

3.2.4.4 *L'ancienneté dans l'établissement.*

L'ancienneté dans l'établissement va de 7 à 31 ans. Là encore, plus de la moitié des cadres ont une ancienneté supérieure à 20 ans dont six une ancienneté supérieure à 25 ans.

Sept ont réalisé l'ensemble de leur carrière dans l'un des sites des Hôpitaux du Léman, quand à la dernière arrivée, il y a 7 ans, elle a 60 ans et se trouve à quelques semaines de la retraite.

Tous étaient présents lors de la fusion et 12 sur 13 lors de la constitution du Syndicat Inter Hospitalier (la seule qui ne l'était pas est arrivée deux mois après la date de constitution).

Ces éléments montrent que le personnel d'encadrement possède sans doute une très bonne connaissance de l'établissement et se trouve impliqué dans son histoire.

3.2.4.5 *L'incidence de la fusion sur la mobilité.*

Lors de la réalisation de la fusion, quatre cadres de santé étaient affectés sur le site d'Evian et neuf sur celui de Thonon.

11 sur 13 ont connu au moins une mobilité depuis leur entrée dans l'établissement, dont 9 à cause des restructurations liées à la fusion.

Sur ces 9 personnes :

- Pour 5 la mobilité a été imposée par la restructuration : 4 originaires du site d'Evian et 1 de Thonon.
- Pour 2 (du site de Thonon) la mobilité a été volontaire.
- Pour 2 (du site de Thonon) la mobilité a été une opportunité (promotion).

Ainsi, tous les cadres de santé du site d'Evian²⁸ ont vécu une mobilité imposée : un vers les Hôpitaux du Léman et trois au sein de leur site (l'une a même vécu trois mouvements à la suite du transfert d'activité des services dans lesquels elle travaillait).

Par contre chez les cadres du site de Thonon²⁹, la quasi totalité des mouvements fût volontaire et externe au site d'origine : deux travaillent désormais sur le site d'Evian et deux ont une affectation sur les deux sites.

²⁸ Nous regroupons sous cette appellation les cadres affectés à Evian avant la fusion.

²⁹ Nous regroupons sous cette appellation les cadres affectés à Thonon avant la fusion.

3.2.5 L'annonce de la fusion.

3.2.5.1 *Ce qu'en disent les « décideurs » .*

L'annonce officielle fût faite lors d'une rencontre ouverte à tous les employés du S.I.H.

Cette réunion avait un caractère très officiel puisqu'elle réunissait outre l'ensemble de l'équipe de direction et les Présidents de C.M.E., les maires des deux villes et des représentants des instances.

« Le message de cette rencontre était avant tout destiné à rassurer les personnels d'Evian en affirmant avec force que l'objectif n'était pas de fermer l'hôpital, qu'il n'y aurait pas de licenciement et pas de mobilité forcée. »

3.2.5.2 *Ce qu'en disent les cadres.*

Pour plus de la moitié des cadres interrogés, le premier souvenir repose sur une rumeur *« Evian va être absorbé par Thonon et va fermer »*, des allusions *« de toute façon bientôt il n'y aura plus qu'un établissement »*, des impressions *« un consultant a fait une étude sur l'activité pour préparer la fusion »*, ou de simples bruits de couloir véhiculés principalement par le corps médical.

Tous situent la véritable annonce de la fusion lors d'une réunion de cadres animée par le Directeur Général de chaque site.

Cette question *« Quand et par qui avez-vous entendu parlé de fusion ? »* a provoqué une longue réflexion chez la totalité des cadres interviewés qui ont tout d'abord dit ne pas se souvenir. La formulation d'une réponse a demandé à chacun un véritable effort de mémoire.

Cette réaction interroge car on pourrait penser qu'une information de ce type marque profondément les mémoires.

3.2.6 Le sens donné à la fusion.

3.2.6.1 *Par les décideurs.*

L'opinion du Président de la C.M.E. illustre celle de l'ensemble des décideurs : *« Une fusion c'est difficile, mais il faut avoir constamment à l'esprit que ce n'est pas*

une fin en soi mais un outil de coopération. Fusionner pour fusionner ce n'est pas suffisant, il faut créer une structure nouvelle, initier de nouveaux projets. »

3.2.6.2 Par les cadres.

Quel que soit le site d'origine, le sens donné à la fusion repose sur trois idées principales:

- En premier lieu, des raisons économiques : le contexte politique ne permet plus les doublons et la région sanitaire possède un parc hospitalier excédentaire. *« La politique de santé actuelle prévoit la disparition des petits hôpitaux au profit de pôles d'activité regroupant les activités. »* , *« Il faut regrouper les moyens pour des raisons de coût et de performance. »*
- Ensuite, la survie : l'idée sous jacente est que *« l'union fait la force et qu'à deux on a plus de poids que tout seul »*. La fusion représente également *« une opportunité d'obtenir la construction d'un nouveau plateau technique et d'obtenir des financements »*. Accepter la fusion c'est en quelque sorte une assurance pour l'avenir.
- Enfin, l'inéluctabilité : *« de toute façon on n'avait pas le choix. »*, *« C'est un mouvement général, on n'y peut rien »*. Ce sentiment général largement partagé traduit une forme de résignation face aux évènements, comme si l'union des deux hôpitaux était prévue depuis longtemps et qu'il n'existait aucune alternative. Pour employer une métaphore on pourrait avancer l'idée qu'une fusion s'apparente à un *« mariage de raison arrangé par les familles »*.

3.2.7 Le ressenti.

3.2.7.1 Le vécu des « décideurs » .

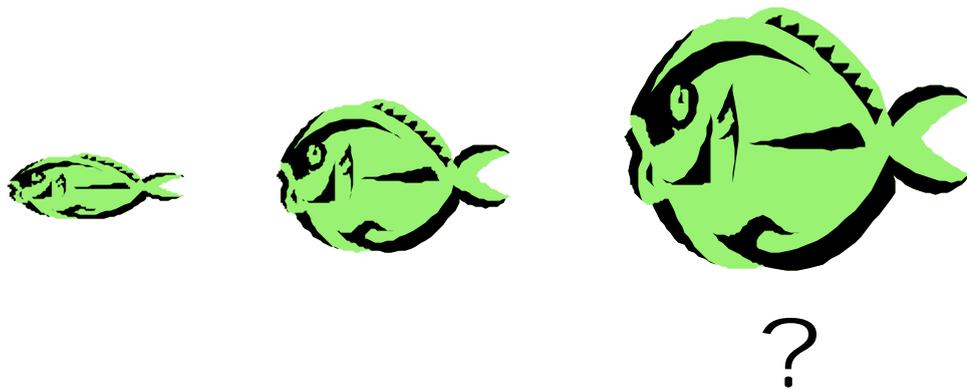
Tous confirment que les phénomènes de fusion sont générateurs de peurs liées à l'incertitude face à l'avenir et aux risques de pertes.

Le « petit Poucet » de la fusion est particulièrement exposé à cette réalité, c'est pourquoi l'émotion fût plus vive sur le site d'Evian : *« Pour quelqu'un qui n'est pas dans la position du « petit », il est difficile de comprendre les réactions d'agressivité et de peur, pourtant il faut accepter et comprendre que c'est un*

véritable deuil que vivent les personnels, c'est normal que ça suscite des émotions. » nous dit le D.G., en ajoutant : « Il existait une peur réelle d'être mangé par un plus gros que soit, Evian par Thonon et Thonon par le C.H.I.A.B³⁰. qui avait réalisé sa fusion avant nous. Même si ce n'était qu'un phantasme, il a aidé à tenir car paradoxalement cette peur a sans doute facilité l'union. »

Aux dires de tous cette peur d'être « mangé » par un plus gros était très présente dans les esprits, à tel point que la direction a diffusé dans une revue interne un dessin humoristique fortement symbolique :

QUI VA MANGER QUI ?



Cette image a beaucoup marqué les esprits car elle traduisait un sentiment partagé par la majorité des acteurs.

Pour la psychologue, « *la fusion est une histoire douloureuse mais pas triste, qui a causé une peur importante d'abord aux personnels d'Evian. Ils avaient le sentiment d'être spoliés, de leur richesse, mais aussi de la qualité et de l'ambiance de travail qui faisaient leur fierté. C'était une grande souffrance qui renvoyait à une image d'amputation. Aujourd'hui, ils ont beaucoup évolué dans leurs têtes grâce à l'excellente préparation qu'ils ont eu (formation au changement, accompagnement, ...). (...) C'est seulement 2 ans après que les personnels de Thonon ont commencé à s'inquiéter, Au début, ils se comportaient un peu en grand frère égoïste qui est le*

³⁰ Centre Hospitalier Inter communal Annemasse Bonneville situé à 40 km.

plus fort et ne veut laisser que les miettes au petit frère, après ils se sont aperçu que pour eux aussi il y avait des risques. »

3.2.7.2 Le vécu des cadres.

Comme nous l'avons constaté dans les réponses aux questions précédentes le site d'origine ne semble pas avoir d'influence notable. La réalité est tout autre en ce qui concerne le ressenti.

Les cadres se sont tous beaucoup exprimés sur cette question, les mots, les expressions employés par les cadres d'Evian ont montré que le sujet était encore sensible et renvoyait à de douloureux souvenirs.

En effet, si à Thonon, la fusion fût vécue comme :

- *normale* (8 fois),
- *une chance* (3 fois) ou encore
- *un challenge* (1 fois),

à Evian ce fût :

- *une douleur* (4 fois),
- *une injustice* (3fois).
- *une perte* (3 fois) *de qualité des soins, de qualité de travail, de moyens.*

Les commentaires des cadres illustrent bien cette dichotomie :

« A Evian on a toujours eu le complexe du petit ». Ou bien : « Au début on avait une crainte énorme de se faire manger par le gros. On pensait qu'on allait perdre tous les services actifs et devenir une maison de retraite. De plus on était plus riche, on avait un meilleur équipement, de meilleures conditions de travail on trouvait ça injuste de risquer de tout perdre.». Ou encore : « Le cœur en a pris un coup³¹. Ca a été un gros deuil à vivre, les équipes ont été éclatées, elles ont énormément souffert. » Egalement : *« Je trouvais ça injuste car c'était le gros qui mangeait le petit au détriment de la qualité des soins qui était meilleure à Evian. La qualité des soins c'est ce qui fonde notre identité, on a eu peur de perdre tout ça, on s'est battu et on a réussi à garder une identité. »*. Et enfin : *« Nous les surveillantes on a beaucoup souffert car il fallait soutenir les équipes, on n'avait pas*

³¹ Ce cadre de santé parlait de la fermeture du service de cardiologie d'Evian.

le droit de partir, heureusement on s'est beaucoup aidées entre nous, on est très solidaires. »

Le discours des cadres de Thonon est bien différent : *« La fusion m'a parue comme une évidence. Je fais beaucoup de formations, je vais beaucoup à l'extérieur, je savais que c'était logique, c'est une évolution normale . »* et aussi *« J'ai trouvé que c'était une chance, sinon Thonon risquait de devenir un hôpital de proximité, un centre de tri. »* et *« C'était un challenge à réussir, une chance pour le Chablais, sans quoi on allait perdre toutes nos activités au profit de C.H.I.A.B. »*.

3.2.8 Le niveau d'information.

3.2.8.1 Ce qu'en pensent les « décideurs » .

La communication de l'information est considérée comme primordiale. Toutefois, de l'avis de tous, on ne peut pas tout dire : *« Le pire, c'est de balancer du flou, dit la psychologue, il vaut encore mieux faire de la rétention d'information ou dire « on ne sait pas » »*.

Pour le Président de la C.M.E., *« il faut savoir maîtriser l'information. Il y a toujours un petit groupe qui a une longueur d'avance dans la phase préparatoire. Au début, c'est flou pour tout le monde, il faut avancer par étapes. Tout donner trop tôt peut être dangereux, au début une certaine opacité est normale si on veut éviter la manipulation des opposants. »*

Quant au D.G. il comprend que l'incertitude soit difficile pour les personnels et surtout pour les cadres, toutefois *« la direction ne maîtrise pas tout et n'a pas toujours une vision suffisamment claire à communiquer, même aujourd'hui où l'objectif est clair, la mise en œuvre peut changer en fonction du contexte, c'est pourquoi il faut être prudent sur les informations transmises. »*

3.2.8.2 Ce qu'en pensent les cadres.

Majoritairement, ils estiment avoir eu beaucoup d'informations ; on peut toutefois noter une différence de réponse entre les deux sites :

- les cadres d'Evian disent avoir eu suffisamment d'information et pensent qu'il n'est pas possible de tout dire tout de suite : *« La direction a dépensé une énergie phénoménale en communication. »*, *« On avait les informations, par contre on était pas toujours dans l'état d'esprit pour les*

recevoir. Au début on a tendance à refaire le passé, on se dit « on aurait du ... », ça empêche de voir l'avenir. »,

- les cadres de Thonon, plus partagés, auraient aimé tout savoir tout de suite : « Les informations arrivaient souvent de façon détournée par le biais des médecins. Je trouve qu'en tant que cadre je n'étais pas assez informée, j'aurais voulu en savoir plus pour être un véritable partenaire. », « J'ai été privilégiée car je participais aux instances. Les équipes auraient voulu plus d'informations, mais c'est difficile d'en donner quand les choses ne sont pas totalement claires. », « On avait trop d'informations théoriques et pas assez d'informations pratiques sur ce qu'on allait devenir. Peut être que la direction ne le savait pas non plus. », « Il aurait fallu tout dire aux cadres, on nous pose des questions sur le terrain et c'est très inconfortable de ne pas savoir que répondre. Si on veut motiver le personnel, il faut qu'on sache les choses. »

Par contre tous pensent que des informations essentielles ont été immédiatement et clairement données : « Ce qu'il y a eu de très bien c'est que le directeur a mis immédiatement par écrit qu'il n'y avait pas de risque de licenciement et qu'il n'y aurait pas de mobilité forcée pour les personnels en place. »

3.2.9 La fusion en marche.

- Le nom de l'institution.

A part un cadre de Thonon qui dit ne pas l'utiliser (« Je suis à quelques mois de la retraite, c'est trop tard, je continue à dire hôpital de Thonon et hôpital d'Evian »), le nom « Hôpitaux du Léman » fait l'unanimité chez les décideurs et les cadres : « C'est un beau nom, très symbolique, on en est fier. » dit un cadre, « Le pluriel est important, ça montre bien qu'on est deux. » rajoute un autre.

- La mobilité des personnels.

8 cadres sur 13 considèrent que la fusion a des conséquences moindres pour les anciens personnels qui ont gardé le choix du site d'affectation.

La D.S.S.I. estime que la mobilité des cadres est un indicateur mais précise toutefois que les choses sont plus faciles quand il y a une coupure (formation cadre par exemple).

Par contre tous les interviewés s'accordent à dire que pour les personnels recrutés depuis la fusion l'approche est différente car ils peuvent être affectés indifféremment sur l'un ou l'autre site.

➤ Les réunions.

12 cadres sur 13 pensent que les réunions communes sont un bon indicateur de la fusion, et que les plus favorables aux échanges, au dialogue et à la connaissance mutuelle sont :

- D'une part les réunions de cadres de santé. Organisées à l'initiative de l'I.G., elles se déroulent tous les deux mois alternativement sur chaque site et regroupent l'ensemble des cadres de santé.
- D'autre part, les réunions de cadres déconcentrées³².

« Ca permet de mieux se connaître entre cadres, après on se téléphone plus facilement. », « Ca permet de voir ce qui se fait ailleurs et de comprendre les problèmes des autres. Par exemple, j'ai découvert que ce n'était pas facile non plus pour les personnels administratifs. »

➤ Les groupes de travail.

Ils font l'unanimité chez les cadres qui englobent sous ce terme les groupes de travail internes et les sessions de formation continue intra-muros. C'est incontestablement un lieu d'échange privilégié à l'origine d'une meilleure connaissance mutuelle : *« Les groupes de travail permettent aux personnels de tous les services et de tous les sites de travailler ensemble, comme cela ils voient qu'il y a des choses bien partout. »*

³² Depuis plusieurs années se tenaient des réunions réunissant l'ensemble des personnels d'encadrement des deux sites tous les deux mois. Etant donné le nombre de cadres concernés elles consistaient essentiellement à un passage d'information descendante. Dans un souci de décloisonnement entre les cadres des différents services et des différents secteurs d'activité, la direction a mis en place, tous les deux mois, des réunions animées par un directeur référent et regroupant une dizaine de cadres des différents secteurs Ce mode de fonctionnement permet un véritable dialogue et facilite la remontée des informations du terrain.

Les thèmes les plus cités sont : « le dossier de soins intégré et les transmissions ciblées » (6 fois) et les « journées de réflexion cadres »³³ (6 fois). Viennent ensuite les travaux de la C.S.S.I., les groupes sur l'accueil, l'hygiène, les soins palliatifs et l'Aménagement Réduction du Temps de Travail (A.R.T.T.). En règle générale tous les groupes de travail en lien avec la qualité des soins et les conditions de travail.

L'opinion des décideurs est identique.

➤ Les projets.

Comme les groupes de travail, ils constituent pour tous un bon indicateur de la fusion

Le Projet de Soins Infirmiers arrive largement en tête (9 fois) suivi du Projet Plateau Technique (3 fois) et du Projet Médical (3 fois).

Le Projet de Soins Infirmiers est un élément important car, comme le dit un cadre « *C'est un très bon projet, très réaliste, très fédérateur. Il concerne tous les soignants. Je m'y retrouve, ça me parle, c'est du concret et c'est très cohérent.* » L'I.G. confirme cette opinion : « *Le Projet de Soins Infirmiers c'est peut être moins visible que le projet médical, mais c'est très important pour les soignants qui ont vraiment adhéré.* ». Pour le D.G. enfin, « *le Projet de Soins Infirmiers est un acte moteur, il centre les énergies sur le malade et les soins, il permet la cohésion.* »

➤ Les autres indicateurs.

D'abord, le logo, bien qu'il ne fasse pas l'unanimité est cité à plusieurs reprises :

³³ « Les journées de réflexion cadres » organisées en mars 2001 à l'initiative de la direction regroupaient l'ensemble des cadres de santé, administratifs, techniques, médico-techniques et enseignants des hôpitaux du Léman. Ce fût un moment d'échange privilégié où la direction a pu expliquer sa politique, faire le point sur les projets en cours, mais surtout communiquer aux cadres ses attentes et ses engagements. Après une synthèse générale sur le bilan de la fonction cadre aux Hôpitaux du Léman, des groupes animés par des binômes de cadres ont travaillé sur l'évolution de la fonction cadre à travers quatre thèmes : la départementalisation, la qualité et l'accréditation, la transversalité interne et l'ouverture sur l'extérieur, la redistribution des activités.

« Le logo est très fédérateur. Ce sont les barques du Léman, c'est un symbole du lac. Quand il a été présenté par la direction c'était un moment fort. » dit un cadre.

Ensuite, le début de l'acceptation, mis en avant par les décideurs et repéré à travers le discours des personnels : *« C'est la fin de la colère, maintenant plus personne ne remet en cause la fusion, on est entré dans une phase positive et constructive »* La psychologue estime, quant à elle, que les personnels sont désormais sortis de la phase du deuil.

Enfin, la constitution d'un syndicat commun : *« Quand les syndicats des deux sites ont fusionné, j'ai trouvé que c'était un signe fort de la fusion. »*

3.2.10 L'existence d'une culture inter hospitalière.

3.2.10.1 L'opinion des « décideurs » .

De l'avis général, cette culture n'existe pas encore mais émerge : *« C'est en train de se construire, cela se fera par strates successives et sera favorisé par le renouvellement des personnels. »* ou bien, *« Il faut du temps, les ressorts émotionnels qui existaient (jalousie, haine) sont tombés. Aujourd'hui on peut travailler en mêlant les personnels des deux sites sans problème, c'est un bon début. »* ou encore, *« Aujourd'hui la fusion est réussie, la culture inter hospitalière commence à se construire, un des signes c'est que plus personne ne pense à « défusionner » ».*

En résumé : *« Deux sensibilités aussi différentes ne peuvent pas déboucher du jour au lendemain sur une culture commune, une page est tournée, les locaux changent, on assiste à un renouvellement des personnels, on observe des logiques nouvelles. La culture se bâtit autour du slogan des Hôpitaux du Léman : un hôpital moderne, le malade au centre. »*

3.2.10.2 L'opinion des cadres de santé.

Tous pensent prématuré de parler d'une culture « Hôpitaux du Léman » dont la construction est en cours.

Pour quatre il existe déjà une culture soignante et une culture cadres de santé, cela grâce à l'I.G.dont la place est considérée comme primordiale dans ce phénomène : *« L'I.G. connaît la culture soignante. Ca peut aider à rapprocher les*

personnels surtout à travers les cadres » ou encore, « L'I.G. est un leader pour les soignants, elle a la responsabilité d'étendre une culture commune à travers le Projet de Soins Infirmiers. »

Ceux pour qui la culture commence à émerger en veulent pour preuve l'harmonisation des pratiques et en particulier la mise en place d'un dossier de soins unique : *« Ce dossier de soins on a tous travaillé dessus, c'est vraiment un produit Hôpitaux du Léman, c'est par ce genre de réalisation que se fera la culture. »*

Harmoniser les pratiques, certes, mais dans le respect des spécificités : *« Ce qui a été fait est bien car on a cherché à harmoniser et pas à uniformiser. », « L'idéal c'est d'additionner ce qui est bien dans chaque service et de ne pas refaire ce qui est négatif, ça permet de garder les spécificités et les richesses. » « Harmoniser les pratiques, c'est un préalable, la culture suivra dans les esprits, les réalisations communes en seront un signe. »* Ce point est particulièrement mis en exergue par les cadres du site d'Evian.

De l'avis général le facteur temps est prépondérant et le renouvellement des personnels indispensable : *« Les nouveaux arrivants n'ont pas l'histoire de la culture locale, ça aide. », « Le temps fait beaucoup, il faut laisser aux mentalités le temps d'évoluer. », « Il faudra encore des années pour avoir une véritable culture « Hôpitaux du Léman ». Les anciens ont construit les bases mais ils ont souffert, maintenant il faut laisser la place aux nouveaux. »*

En conclusion à ce paragraphe une phrase d'un cadre de Thonon nous semble refléter l'opinion des cadres de santé et des décideurs :

« Le maître mot de la fusion réussie c'est l'humilité. On n'est pas plus fort d'un côté que de l'autre, on est complémentaire. On a tout à apprendre les uns des autres. Il faut créer la structure pour travailler en collaboration, la culture suivra. »

3.2.11 Les étapes clefs de la fusion.

3.2.11.1 Pour les décideurs.

- L'annonce de la décision : *« Il ne faut pas de politique des petits pas en matière de communication, il faut annoncer dès que possible qu'on va fusionner, cela permet de faire tomber les faux débats. »*

- La clarté des objectifs et l'obtention des moyens : *« Il faut que les personnels perçoivent qu'on fusionne pour quelque chose de mieux. »*
« L'obtention de postes dans le cadre de la signature du Contrat d'Objectifs et de Moyens (C.O.M.) et le projet plateau technique prouvent que la fusion valait le coup. »
- La cohérence et la cohésion entre les dirigeants (équipe de direction, maires, présidents de C.M.E.) : plus qu'une étape, c'est un état d'esprit qui doit accompagner l'ensemble de la démarche. *« On a essayé de toujours dire la même chose et de s'y tenir. Ca permet de dire maintenant, « regardez, ce qu'on a dit on l'a fait. » »*
- La répartition des activités : *« Il faut que chacun trouve sa place et se sente reconnu. »* *« L'équilibre est indispensable dans la répartition entre les sites. »*
- L'harmonisation des pratiques et des avantages : *« C'est une étape importante ou chacun gagne ou perd selon le cas, ce qu'il faut c'est se rapprocher le plus possible de la loi. »*
- Le respect des spécificités : *« Il ne faut pas vouloir calquer le même mode de fonctionnement à tout prix, par exemple les cadres de santé d'Evian ont une réunion par semaine (c'est historique) et ceux de Thonon pas. »*
- La communication interne, mais aussi externe : *« Il ne faut pas hésiter a beaucoup communiquer avec les journalistes ».*
- La conjonction d'éléments favorables : *« Il faut attendre le bon moment. On a réussi la fusion parce qu'on a eu la chance d'avoir des personnes qui se sont trouvées en accord au même moment, les choses se sont faites dans la confiance. »*

3.2.11.2 Pour les cadres.

Les trois thèmes les plus cités sont : l'information (citée 11 fois), l'accompagnement et la préparation au changement (4 fois), le calendrier (4 fois).

- La place de l'information a déjà été largement abordée. Sa communication est jugée comme primordiale à toutes les étapes, ce qui confère à la stratégie de communication retenue une importance capitale.
- La préparation et l'accompagnement au changement représentent également un thème majeur, essentiellement mis en avant par les cadres

d'Evian : « A Evian les cadres ont été beaucoup formés au changement dès le début, on a été bien préparés, c'est un plus, on s'en rend compte aujourd'hui par rapport aux cadres de Thonon. », « A Evian on est plus vite entrés dans la crise, la déstabilisation a été douloureuse, mais on a été accompagnés dès le début et aujourd'hui ça nous permet de remonter. » A l'inverse certains cadres de Thonon pensent avoir manqué d'aide : « Il faut aider plus les équipes touchées par les restructurations, il faudrait leur donner plus de moyens humains et plus les accompagner, on avait tous les mêmes moyens que le service soit restructuré ou pas, je trouve que c'est injuste. »

- Le calendrier est un élément important dans la mesure où il faut savoir prendre son temps et ne pas brusquer les choses : « Entre les moments forts il faut laisser des moments de calme pour que les équipes se ressourcent. », « Il faut faire les choses par étape et ne pas que tous les services soient restructurés en même temps, c'est trop déstabilisant. »

A ces trois étapes il convient de rajouter :

- La répartition des activités en insistant sur la nécessaire équité : « Il faut équilibrer l'activité pour que chacun ait son pôle d'excellence. Il faut veiller à ne pas opposer le « noble » et le reste. »
- Les projets architecturaux : « L'ouverture du nouveau plateau technique sera le point de non retour. », « 2004, l'ouverture du nouveau plateau technique est une date butoir, la structure et la culture se rejoindront, les Hôpitaux du Léman seront vraiment unifiés. »
- La recherche de sens : « Le patient et le soin sont des ancrages naturels. Dans les moments difficiles il faut revenir à la réalité et au sens des choses. C'est ça qui nous fait exister. », « Les cadres sont là pour défendre la qualité des soins et pour recentrer les actions sur le malade. »

3.2.12 Les acteurs clefs de la fusion.

3.2.12.1 Pour les décideurs.

- Les politiques sont cités en premier, les maires sont qualifiés de moteurs du projet. « C'est la nouvelle municipalité en 1997 qui a pris

conscience que la fusion représentait une chance pour les deux structures. »

- *La tutelle est également qualifiée d'acteur essentiel : « Le D.A.R.H. a eu dès le début un discours clair, il a employé le langage de la vérité aussi bien auprès des maires que des personnels médicaux et non médicaux. », « La tutelle a donné les moyens et a apporté un réel soutien pendant la phase préparatoire, ils ont vraiment agi en partenaires. », « C'est indispensable que l'administration centrale donne sa volonté, l'état doit donner sa loi car c'est la loi qui structure. »*
- *Les médecins et surtout le Président de la C.M.E. « Le fait que ce soit un psychiatre est peut être un plus car il a su agir au niveau des relations, de la communication et des résistances au changement. », « Peu importe la spécialité, ce qui compte c'est qu'il soit convaincu et qu'il ai une appétence et une compétence pour la fonction politique. », « Un petit groupe de médecins convaincus, réunis autour du Président de la C.M.E. a fait un travail considérable. »*
- *La psychologue qui a accompagné le changement, soutenu les équipes et les cadres et fait circuler l'information entre le terrain et la direction.*
- *L'équipe de direction³⁴.*
- *Les cadres de santé.³⁵*

3.2.12.2 Pour les cadres.

Les acteurs clefs sont :

D'une part, la Direction³⁶ (et plus particulièrement le D.G. et l'I.G. cités 12 fois) et les cadres de santé³⁷ (cités 9 fois),

D'autre part les politiques (cités 5 fois) et les médecins (cités 10 fois)

- *Les politiques et en particulier les maires sont des acteurs indispensables dans ce type de processus. Dans le cas présent, les personnes interviewées relient la réussite de la fusion au changement de municipalité sur les deux villes : « Avec les anciennes municipalités, on ne*

³⁴ Voir le chapitre « La place de l'équipe de direction et la place spécifique de l'I.G. ». pp. 56-57

³⁵ Voir le chapitre « La place des cadres de proximité. » pp. 57-58

³⁶ Ibid 32.

³⁷ Ibid 33.

serait pas arrivés à la fusion » dit un cadre, *« Ca m'a fait prendre conscience du poids des politiques dans la gestion d'un hôpital. »* rajoute un autre.

- Les médecins quant à eux sont qualifiés de *« pièce maîtresse à la réussite de la fusion »*, toutefois les cadres regrettent que seuls quelques uns aient pris part au changement et dû ainsi dépenser beaucoup d'énergie pour entraîner leurs confrères. L'arrivée de plusieurs chefs de service suite à des départs en retraite a, de l'avis de tous, considérablement facilité les choses. En effet, ignorant l'histoire locale ils n'avaient aucun à priori et venaient travailler aux *« Hôpitaux du Léman »*

Un cadre a employé une métaphore qui nous semble parfaitement illustrer l'opinion des cadres sur les acteurs clefs de la fusion. Elle a choisi l'image d'un train où :

« La direction est la locomotive, c'est elle qui entraîne, les cadres sont les rails car ils précèdent et ils permettent à la locomotive d'avancer, les médecins sont les cheminots qui font rouler le train mais qui parfois le bloquent quand ils sont en grève. »

3.2.13 Les principaux obstacles.

- La culture locale représente le principal obstacle cité par toutes les personnes interviewées,
 - la culture de ville d'une part : *« Historiquement il y a toujours eu une rivalité entre les deux villes, la Dranse représentait la frontière, on ne se mélangeait pas. »*, ou bien, *« Evian, c'est la perle du Léman, c'est mondialement connu, c'est une ville thermale riche, Thonon c'est plus industriel, c'est une ville ouvrière pauvre. »*,
 - la culture d'hôpital d'autre part : *« A l'hôpital d'Evian il y avait une culture familiale, protectrice, un peu paternaliste, à Thonon cela fait longtemps que c'est l'ère industrielle, ce qui compte c'est la production, la qualité. »*Cette opposition est citée par les cadres des deux sites. La vision des décideurs est très proche : *« A Evian la culture est fortement ancrée autour de la cohésion, de la solidarité, de l'ambiance, le principe de réalité est un peu laissé de côté, pour employer une image, c'est un peu « la tête*

dans les nuages ». A Thonon au contraire pour schématiser c'est « le nez dans le guidon », on bosse, on est sérieux, on travaille sans se poser de question, on refuse de regarder l'horizon. »

- La peur de l'avenir est citée par les cadres d'Evian comme un frein au processus de fusion. « Ce qui est très dur c'est l'incertitude, en plus il y a des bruits, des rumeurs, on a l'impression qu'on nous cache quelque chose. »
- Les médecins, paradoxalement, sont considérés par les cadres autant comme acteurs clefs que comme obstacles. En effet, si quelques uns ont été des moteurs du changement, beaucoup s'y sont opposés : « La mésentente entre médecins a beaucoup ralenti le projet. », « Certains médecins ont bloqué le projet pour garder leur service. Dans ces cas là, ils transmettent « la mauvaise parole » dans le service, ça rend les choses difficiles pour le cadre. » Ce fait est révélateur de l'influence positive ou négative qu'ils peuvent avoir au cours du processus.
- La complexification des organisations présente pour tous, mais plus particulièrement pour les cadres d'Evian un obstacle au rapprochement. « Avant c'était facile, on allait dans le bureau du directeur et on avait la réponse tout de suite, aujourd'hui tout est compliqué, on ne s'adresse jamais à la bonne personne, on ne sait plus qui fait quoi, en plus certains services administratifs sont concentrés sur un seul site et on n'a plus d'interlocuteur direct. C'est une grosse perte de temps et d'énergie. » La psychologue apporte un éclairage similaire : « L'arrivée de nouvelles personnes, la centralisation des directions et des services administratifs a complexifié les organisations. A Evian, il y a eu un sentiment d'abandon (perte de l'I.G. et des directeurs sur site). Ca donne aux personnels une impression de dilution des responsabilités et d'immobilisme. Il ne faut pas oublier que les gens acceptent de changer, mais pour un mieux. »

- Les mythes³⁸ ancrés dans la mémoire collective constituent un autre obstacle potentiel. Nous en avons relevé trois principaux :
- Le mythe du riche et du pauvre. Il est très présent dans les esprits et peut être rattaché à l'histoire locale : « *Evian était un petit hôpital riche, c'est la « vache à lait » qui a servi à éponger la dette de Thonon.* », « *Evian a perdu beaucoup de « plumes » dans la fusion.* »
 - Le mythe de la solidarité : « *A Evian le groupe de cadres est très solidaire, c'est un plus qui a aidé la fusion* » (phrase citée par un cadre de Thonon), « *A Evian les personnels sont solidaires, ils sont tournés vers l'hôpital, à Thonon ils ne se connaissent pas, ils sont tournés vers le service ;* »
 - le mythe de la qualité des soins : « *A Evian on a toujours été en avance au niveau de la qualité des soins* » est une idée largement véhiculée.

Même si cet élément n'a pas été explicitement cité, on peut se demander si la présence de F. RIBIERE comme première Infirmière Générale d'Evian, n'a pas une influence.

En effet, c'est une personnalité qui compte dans la profession. Première Présidente de l'Association Nationale des Infirmiers Généraux (A.N.I.G.), elle a d'ailleurs organisé son premier congrès à Evian en 1982.

3.2.14 La place de l'équipe de direction.

Ce qui est avant tout demandé à l'équipe de direction c'est de la cohérence. Dans le cas présent les cadres ont fait confiance à l'équipe de direction car « *On sentait qu'elle était soudée.* », « *Tout le monde avait le même discours.* », « *On sentait que les directeurs y croyaient, c'est important car les décideurs doivent être convaincus pour être convaincants.* »

Le D.G. est particulièrement mis en avant car c'est lui qui définit le chemin à prendre et guide. Dans le cas présent, le fait que le D.G. soit l'ancien directeur d'Evian n'est pas un obstacle, au contraire, pour tous c'est un plus : « *On le connaissait bien, on avait confiance en lui et on savait qu'ils ne nous oublierait pas* » est le sentiment partagé à Evian. Quant à Thonon : « *Au début on avait un*

³⁸ Ensemble de représentations et de croyances ancrées dans l'imaginaire collectif.

peu peur que ce soit tout pour Evian, mais au contraire c'est un bien qu'il connaisse les deux sites, comme cela personne ne peut lui raconter d'histoire. »

Bien que l'I.G. fasse partie intégrante de l'équipe de direction le thème de ce travail nous amène à rechercher sa place de façon plus précise.

3.2.15 La place spécifique de l'I.G.

- Sa place est jugée comme essentielle par ses collègues de l'équipe de direction. *« L'I.G. a un rôle clef car elle va permettre la mise en musique du projet pour 70% des personnels », « L'I.G. a un rôle primordial, central dans une fusion, elle accompagne le personnel d'encadrement, et dans les périodes de turbulence, elle fédère en recentrant les choses sur le malade, ça évite de basculer dans le « tout affectif » . »*
- Les personnels soignants mettent une grande confiance en elle, c'est leur directrice, elle connaît la culture soignante, et bien que certains souhaiteraient la voir plus sur le terrain elle est considérée comme très proche des cadres. Ce qui est particulièrement apprécié, c'est avant tout sa disponibilité et son sens de l'écoute : *« Elle est toujours disponible quand on a besoin d'elle. », « En cas de problème elle nous reçoit tout de suite et elle nous soutient quand on en a besoin. »,* son dynamisme : *« C'est un moteur du rapprochement, elle a fédéré les cadres. »,* mais aussi son impartialité : *« Elle vient de l'extérieur, c'est bien car elle ne privilégie aucun site. »,* et enfin son respect des individualités : *« Elle a su reconnaître les particularismes, à Evian on faisait des réunions de cadres hebdomadaires depuis 20 ans alors qu'il n'y en a pas à Thonon. Non seulement elle ne les a pas supprimées mais elle y assiste. »*

3.2.16 La place des cadres de proximité.

3.2.16.1 Vue par les décideurs.

De l'avis général, ils ont un rôle clef dans la mise en pratique : *« C'est des courroies de transmission, c'est eux qui font « prendre la mayonnaise », il faut qu'ils aient un maximum d'informations. Il faut particulièrement les soutenir car ils ont une tâche difficile. »*

Pour l'I.G. se sont de véritables partenaires qui mettent en œuvre le changement : *« Ils sont là pour animer, entraîner leurs équipes. Ils sont très exposés car quand les personnels médicaux et paramédicaux sont trop en souffrance, ils s'en prennent aux cadres, c'est pour cela qu'il faut les soutenir. »*

3.2.16.2 Vue par les cadres eux-mêmes.

C'est une place qualifiée d'essentielle car ce sont des relais et des soutiens pour les équipes. Ils sont conscients de leur force de conviction : *« C'est nous qui faisons passer les choses et qui mettons en application. »*, *« Les cadres se sont les acteurs clefs de la fusion, s'ils arrivent à faire passer le message c'est gagné. »*, *« Les cadres recentrent les choses sur le soin et les malades, c'est essentiel. »*

Ils se considèrent comme de véritables partenaires pour l'équipe de direction et pour beaucoup la fusion a été une opportunité de changer de positionnement : *« La fusion ça m'a fait du bien, ça m'a montré que cadre c'est un métier. »*, *« Ca m'a permis de mieux me positionner et de prendre un peu de distance avec le terrain. »* *« Ca m'a permis de mener de nouveaux projets et de beaucoup m'investir, à quelques années de la retraite c'est important, ça sort de la routine. »*

La fusion leur a également fait prendre conscience de leur pouvoir : *« La fusion a donné du pouvoir aux cadres, la direction a du s'appuyer sur nous, maintenant qu'on a pris cette place il faut compter avec nous. »*, *« On a eu une place importante car c'est auprès de nous que tout le monde venait chercher des informations dans le service. »*

3.3 LA REALITE DU TERRAIN A L'EPREUVE DE LA THEORIE.

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre en exergue des informations riches et variées qu'il convient maintenant de mettre en lien avec le cadre conceptuel choisi. En effet, si les éléments théoriques ne sont rien sans l'enseignement du terrain, l'analyse de la pratique ne prend sa valeur que par la confrontation à des modèles explicatifs construits et validés.

Nous résumerons donc les résultats de l'analyse en quelques thèmes principaux qui nous permettront de vérifier la validité des hypothèses de départ.

3.3.1 « Le petit Poucet » de la fusion existe bien.

Cette hypothèse est largement corroborée dans le cas observé.

Lors des entretiens, de nombreux propos recueillis illustrent cette sensation de lutte inégale entre « le gros » (l'ogre) et « le petit ». D'ailleurs, même si les activités ont été réparties dans un souci d'équité, la plus petite des deux structures a dû renoncer à des spécialités (chirurgie, maternité) valorisantes aux yeux des personnels médicaux et paramédicaux et du public.

Dès lors, il n'est pas surprenant que de véritables phénomènes de deuil apparaissent avec ses phases de souffrance (« *le cœur en a pris un coup* »), mais aussi de *déni* (« *au début on n'y croit pas* ») et de révolte (« *je trouvais que c'était injuste* »).

Pour parvenir à la phase d'acceptation constatée aujourd'hui, une des clefs de la réussite repose sans doute sur le fait que les décideurs, d'une part reconnaissent les conséquences émotionnelles et surent les respecter, et d'autre part accompagnèrent et soutinrent les personnels. En effet, la négation ou la minimisation de ces phénomènes aurait présenté le risque d'amplifier leurs manifestations.

3.3.2 Accepter le paradoxe et en tirer partie.

Les restructurations plongent les organisations dans un monde de paradoxes.

Dans le cas présenté, l'un des paradoxes peut se traduire par « je veux que vous vouliez travailler ensemble ». Pour le site d'Evian, cette injonction est fortement paradoxale, puisque la peur d'être « mangé par plus gros que soit » favorise des attitudes de défense et de repli. Pour autant, ce paradoxe a servi et facilité la mise en œuvre d'une politique de rapprochement.

En effet, comme l'enquête nous l'a montré, cette peur d'être « mangé par un plus gros » existait également sur le site de Thonon, dès lors les deux « victimes potentielles » avaient intérêt à coopérer pour rassembler leurs forces (comme le rappelle un cadre « *a deux on est plus forts* »).

Cet exemple montre que, selon le but poursuivi (en l'occurrence la survie), les groupes adaptent leurs jeux et leurs alliances.

Ainsi, la peur, facteur de résistance naturel et de repli sur soi, a pu devenir un moteur de changement.

3.3.3 L'accompagnement de la démarche est indispensable.

Dans le cas étudié, l'accompagnement, mis en place dans l'établissement le plus « menacé » dès le début des restructurations, a pour origine un choix stratégique. Qu'il s'agisse de sessions de formation au changement ou à la gestion du stress ou d'entretiens avec un psychologue, les cadres de santé ont bénéficié d'un soutien solide et constant. La disponibilité et l'écoute dont a fait preuve l'I.G. au quotidien ont relayé la démarche de soutien.

3.3.4 La réussite d'une fusion repose sur la volonté d'un petit nombre d'individus.

Cet autre enseignement nous semble primordial à retenir.

En effet, on remarque à travers les entretiens que seuls les décideurs ont voulu la fusion, alors que les cadres, même s'ils l'ont comprise et admise, l'ont malgré tout subie.

Cette volonté inébranlable d'un nombre restreint d'acteurs détenteurs du pouvoir contribue à donner du sens dans la double acception du terme de direction et de signification.

Dès lors, cette volonté, associée à la nécessaire cohérence des décideurs donne confiance aux personnels qui ont besoin de « *la conviction de leurs chefs pour être convaincus* ». La cohérence se traduit à travers les idées mais aussi à travers le discours et les actes.

3.3.5 La communication : un acte essentiel de management.

Là encore le terrain nous enseigne la place centrale qu'occupe la communication au sein des organisations et l'importance stratégique des informations transmises.

Entre le « *on aurait tout voulu savoir depuis le début* » de certains cadres, et le « *il faut garder une certaine opacité volontaire* » de certains décideurs, la marge de manœuvre est étroite mais le ton juste nécessaire.

Effectivement, d'une part les fusions sont précédées d'une longue période d'incertitude propice aux jeux de pouvoir et à la circulation de rumeurs et de « fausses informations », d'autre part les décideurs n'ont pas toujours de réponse à toutes les questions (« *il vaut mieux dire on ne sait pas que balancer du flou* »). Par

ailleurs, les personnels « *ne sont pas toujours dans l'état d'esprit de tout entendre* », c'est la raison pour laquelle la maturation des mentalités s'avère nécessaire à la compréhension et l'acceptation mutuelles.

3.3.6 Une fusion nécessite une stratégie gagnant – gagnant.

S'il est incontestable que les individus résistent quand ils ont plus à perdre qu'à gagner, ils sont, par contre, toujours prêts à changer pour mieux.

La politique des décideurs, du début à la fin de la démarche étudiée, consiste à promouvoir la qualité et la sécurité. La stratégie adoptée a contribué à la réussite du projet : l'obtention de moyens grâce au C.O.M., la construction d'un nouveau plateau technique sont autant d'indicateurs de progrès qui ont rassuré et convaincu les plus farouches adversaires du rapprochement.

Dans le même ordre d'idée, l'affirmation constante d'équité et de partage équilibré des activités ont incontestablement joué un rôle positif.

3.3.7 La culture locale : un obstacle et une richesse à la fois.

Tout au long des entretiens, nous avons pu remarquer l'influence considérable du phénomène culturel sur les comportements et les réactions des individus. Nous avons également pu observer à quel point la mémoire collective repose sur des mythes fondateurs qu'il est indispensable de repérer et de respecter (mythe du riche et du pauvre, mythe de la solidarité, ...)

Cette culture représente un obstacle au rapprochement car elle peut conduire au repli sur soi et à la fermeture du système. Pour autant, elle représente une richesse dans la mesure où elle fédère les individus et les valorise dans une attitude de fierté et d'appartenance à leur établissement.

Au delà des cultures locales et artisanes nous avons pu mettre à jour des valeurs communes aux cadres de santé. Ces valeurs, fondées sur le soin, dépassent les individualismes et relient les soignants. Comme l'exprime un cadre, « *le patient et le soin, c'est ça qui nous fait exister.* ».

L'expérience du terrain nous a montré que la construction d'une culture inter hospitalière demandait du temps et qu'elle ne consistait pas en la négation des cultures existantes, mais bien en la co-création d'une culture nouvelle issue des cultures individuelles et des réalisations communes.

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.

3.3.8 L'I.G. : une valeur ajoutée dans les phénomènes de fusion.

L'I.G. est reconnue comme un acteur clef de la réussite d'une fusion tant par les décideurs que par les cadres de santé.

Sa culture soignante lui permet d'aider les acteurs porteurs de logiques différentes à se comprendre.

La rédaction d'un projet de soins commun permet de relier et d'unir les soignants autour de valeurs partagées :

D'abord, le mode projet favorise par une communication circulaire les échanges et la connaissance mutuelle inter services et inter sites.

Ensuite, c'est un acte fondateur d'une culture inter hospitalière dans la mesure où il additionne les richesses et les spécificités de chaque site.

Enfin, c'est un élément fédérateur des personnels dans le sens où il concourt à l'harmonisation des pratiques. Comme le dit un cadre, « *le projet de soins c'est du concret, ça me parle, je m'y retrouve* ».

3.3.9 Les cadres de santé moteurs du changement.

Lors des entretiens les cadres de santé ont bien montré en quoi leur positionnement à l'interface de différentes logiques leur donne un rôle essentiel de « passeur d'information ».

Dans la période d'incertitude qui caractérise les premières étapes du rapprochement, ils se sont aperçu que c'est vers eux que se tournaient les différents partenaires. Beaucoup ont ainsi pris conscience de leur place de partenaires indispensables à la réussite du projet et consécutivement conforté leur pouvoir.

La plupart des cadres reconnaissent d'ailleurs qu'ils ont pu, grâce à leur positionnement au cours du projet, acquérir une plus grande compétence au management et une meilleure reconnaissance de la part des équipes et de leur direction.

Ce constat est confirmé par les décideurs qui disent s'être appuyés sur l'encadrement pour faire vivre la fusion.

La place particulièrement exposée qu'occupent les cadres de santé représente pour eux un atout mais aussi des risques de déstabilisation. C'est pourquoi la Direction a mis en place un important programme de soutien et d'accompagnement.

La mise à jour de ces différents éléments explicatifs permet bien de valider nos hypothèses de départ :

- L'I.G. contribue à donner du sens aux actions d'une majeure partie des personnels hospitaliers grâce à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de soins. Ce projet fédère les personnels soignants et facilite l'émergence d'une culture inter hospitalière.
- Les cadres de santé de proximité occupent une position de marginal – sécant qui leur confère une place stratégique majeure dans l'organisation. C'est pourquoi ils sont de puissants moteurs de changement.

Les résultats de ce travail d'enquête ont largement dépassé les objectifs fixés. La quantité et la richesse des informations recueillies nous ont permis de valider nos hypothèses, en même temps qu'enrichir notre réflexion de départ.

Bien que l'exploration se soit limitée à un seul cas, l'enseignement que nous en avons retiré s'avèrera essentiel pour notre futur exercice professionnel.

En effet, quels que soient les contextes, la confrontation des résultats au cadre conceptuel montre que les organisations, soumises aux contraintes des fusions ont tendance à reproduire des phénomènes identiques.

Par ailleurs cette étude est source de découvertes et d'espoir car, malgré des difficultés majeures, la réussite d'une fusion représente pour les organisations une possibilité d'amélioration et pour les hommes une chance d'enrichissement personnel et collectif.

« On se fait toujours des idées exagérées de ce qu'on ne connaît pas ».

Albert CAMUS.

4 - PLAN D'ACTION.

« Pour que du développement s'engage dans notre contexte contemporain de crise et de contingences, il ne suffit pas que les individus s'expriment et soient écoutés, que des chefs retrouvent les voies de l'échange et de la négociation dans les rapports d'autorité, encore faut-il que des projets d'avenir, des projets de changement s'amorcent et persistent sur le long terme ».

R. de SAINSAULIEU.

L'objectif de ce plan d'action est de dégager des axes de travail pour l'I.G. confrontée aux problématiques des fusions d'établissements hospitaliers.

Chaque réalité de terrain imposant une réponse spécifique, notre but n'est pas de proposer ici des « recettes » : en effet au cours des fusions tout est à construire car le changement qu'elles représentent n'est pas dans l'ordre des choses.

Cependant, comme nous l'a montré l'analyse, les établissements engagés dans une fusion réagissent selon des modèles explicatifs issus de la sociologie des organisations. C'est pourquoi nous sommes convaincus que l'élaboration de stratégies pertinentes peut s'avérer essentielle, voire indispensable.

L'objectif de ce plan d'action étant de favoriser l'émergence d'une culture inter hospitalière nos propositions seront centrées sur le management des phénomènes humains, c'est pourquoi nous développerons plus des axes de réflexion que n'apporterons de réponses concrètes.

Ces axes de réflexion visent une prise en compte globale du processus de fusion d'établissements et pour cela s'inscrivent dans le continuum passé , présent, avenir.

C'est pourquoi, après avoir recherché les moyens de renforcer l'identité et de valoriser le passé, nous identifierons les éléments susceptibles de donner du sens au présent, pour enfin proposer des outils de construction de l'avenir.

4.1 1 RENFORCER L'IDENTITE ET VALORISER LE PASSE.

Une culture inter hospitalière est une co-crédation. Pour autant, elle ne doit pas nier l'enseignement du passéd. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier les cultures existantes qui constitueront ses fondations.

Les cultures locales sont de véritables « histoires de famille »³⁹ ancrées dans la mémoire des organisations. Dès lors, comme dans toute union, leur reconnaissance peut aider à la compréhension mutuelle.

4.1.1 Vers une stratégie narrative.

4.1.1.1 *Dire pour comprendre*

Une stratégie narrative doit permettre la mise en place d'une communication circulaire qui favorise le dialogue et la connaissance mutuelle, c'est pourquoi, l'objectif de cette démarche consiste avant tout à ce que les personnels partagent leur propre histoire. En effet, « Le sentiment de perte de sens n'est que la conséquence de la disparition de la capacité à construire du sens, la capacité à faire synthèse, la capacité narrative. »⁴⁰

L'état d'esprit qui soutend cette démarche est essentiel à sa réussite. Ainsi, commencer trop tôt, quand les personnels sont dans une phase de déni ou de révolte serait dangereux et risquerait de renforcer les jalousies et les haines.

En effet, pour établir une véritable communication, il faut être capable d'écouter l'autre et de le recevoir tel qu'il est sans jugement de valeur ou esprit de revanche. Ce type d'expérience a pour but de « Passer du descriptif (qui vise à circonscrire le réel), au narratif (qui vise à produire du sens). »⁴¹

C'est pourquoi l'aide d'un psychologue paraît essentielle, d'une part pour préparer les équipes, d'autre part pour leur permettre, le moment venu, de « se raconter ».

³⁹ Tout au long de cette partie nous effectuerons une analogie entre fusion et mariage tant il est vrai que les manifestations observées sont superposables au fonctionnement d'un système familial.

⁴⁰ BOUDES T., CHRISTIAN D. Vers une stratégie narrative. Il était une fois le changement. *Revue Française de Gestion*, septembre - octobre 1998, n° spécial 120, p. 110.

⁴¹ Ibid. p. 111.

On envisagera une action progressive, en premier lieu sur chaque site, d'abord dans les unités fonctionnelles, puis dans les services ou départements, en second lieu entre services ou départements des différents sites.

Ainsi la production narrative pourra devenir une clef de voûte de l'activité managériale où « Le récit rend déterminantes, c'est à dire opérationnelles, les idées théoriques. Il mêle ainsi idées abstraites, visions, sentiments et émotions. Discours sur les pratiques et « factualisation » des concepts. »⁴². Dès lors, pour le responsable, « Supporter et faciliter l'émergence et la circulation de ces histoires, c'est activer l'un des mécanismes fondamentaux de l'apprentissage collectif : l'échange de récits. »⁴³

La mise à jour et le partage des réalités de chacun permettra d'accéder aux mythes véhiculés par la mémoire collective. Un mythe se basant sur une vérité tenue pour vraie, il sera, dès lors possible d'envisager la construction d'un sens partagé, accessible à tous, sur ce qui s'est passé et sur ce qui est en œuvre.

4.1.1.2 *Ecrire pour laisser une trace.*

Mettre à jour l'histoire est une chose, encore faut-il en conserver la trace. C'est pourquoi il est nécessaire de rédiger un « livre de famille » qui servira de registre à la construction d'une culture commune.

Cette démarche n'a rien de passéiste car au contraire, la conservation de la mémoire, la reconnaissance des origines et des identités, libèrent les individus de la recherche constante d'un passé idéalisé et leur permettent de se projeter vers l'avenir.

Le cadre de santé⁴⁴, manager de son équipe occupe une place prépondérante dans cette phase de la démarche. Toutefois, il est difficile, car paradoxal, de lui demander d'un côté de conduire le changement et de l'autre d'être garant du passé. Pour cela, il lui faut gérer quatre pôles contraires et contradictoires :

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Si nous n'abordons pas au cours de ce travail le rôle de l'encadrement supérieur, ce n'est pas par méconnaissance de leur place dans l'institution. Toutefois, autant la mission des cadres de santé de proximité nous semble superposable quel que soit le service ou l'établissement, autant celle de l'encadrement supérieur nous semble dépendre fondamentalement du mode d'organisation retenu.

- « - Comme gestionnaire, il est acteur de la continuité, c'est le « il faut que ça tourne »,
- comme entrepreneur, c'est la non-continuité qu'il assume, le « il faut que ça tourne, mais pour que ça tourne il faut que ça change »,
- comme pionnier, il est acteur de changement, de rupture. On attend de lui le saut soudain vers l'inattendu dont on tirera bénéfice, « il faut que ça tourne autrement »,
- il est aussi là comme « conservateur du musée », garant de la culture et des savoir-faire de l'organisation. « Il faut que cela reste stable »»⁴⁵

Ainsi, gardien de l'histoire de son service, le cadre de santé peut d'une part réaliser la mise en forme du récit, et d'autre part en assurer la narration à l'intérieur et hors du service.

Les modes de communication des récits sont multiples et à inventer : conseils de services, de départements ou réunions inter services par exemple, mais aussi réunions de cadres ou encore journées porte ouverte organisées par la D.S.S.I. sur l'histoire des services de soins.

La réussite d'une stratégie narrative repose sur les équipes et les cadres, mais aussi et surtout, sur la volonté de l'équipe de direction, et en particulier de l'I.G., qui en sont les initiateurs.

4.1.2 Identifier les ressources et exploiter les richesses.

Au fil du temps les organisations emmagasinent des savoirs faire qui leurs sont propres et qui reposent sur la mémoire collective de l'institution. Les anciens transmettent de manière empirique ces savoirs aux nouveaux arrivants.

Ces compétences sont souvent méconnues à l'extérieur de leur système d'action, et par conséquent, il est essentiel de les identifier et de les répertorier en qualité de patrimoine de l'établissement.

Ainsi, comme dans un contrat de mariage, il sera possible d'évaluer les patrimoines pour différencier les biens individuels des biens collectifs.

Une tendance naturelle consiste souvent à mettre en avant les réalisations du plus gros des établissements, ce qui génère un profond sentiment d'injustice chez le « petit Poucet ».

⁴⁵ Ibid. p. 114.

La reconnaissance des ressources de chacun représente à l'inverse, d'une part l'occasion de valoriser les réalisations individuelles, et d'autre part un moyen de prouver à tous que chaque structure contribue également à la nouvelle organisation.

Evaluer le patrimoine est une étape, encore faut-il ensuite le valoriser.

En effet le but n'est pas de figer une situation source de comparaison, mais bien de montrer que par la mise en commun des moyens personne n'a perdu, mais que chacun s'est enrichi des biens de l'autre.

Ainsi, le patrimoine au moment de la fusion, représente la première d'une série de photographies qui viendront compléter l'album de famille, au fur et à mesure des réalisations communes.

4.2 DONNER DU SENS AU PRESENT.

« La notion de sens ne peut être perçue qu'en acceptant le mystère de la conscience individuelle. Cette notion est faite de l'ensemble des objectifs, des valeurs, et des expériences qui résonnent dans la conscience de l'individu. »⁴⁶

4.2.1 Mettre le client au cœur des préoccupations.

Donner du sens dans le climat d'incertitude et de tourmente créé par les fusions c'est avant tout savoir revenir à la réalité quotidienne que sont la personne soignée et le soin.

L'I.G. a pour mission de mobiliser les équipes soignantes autour d'une « vision partagée » et de recentrer les énergies sur le fondement des soins.

Toutefois, pour donner du sens, cet objectif ne doit pas rester à un niveau conceptuel, mais se décliner au quotidien dans les services de soins.

Ainsi, faut-il favoriser et mettre en avant toutes les actions, individuelles ou collectives, qui concourent à améliorer la qualité de prise en charge des personnes soignées.

⁴⁶ LENHARDT V. *Les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team-building*. Paris : INSEP, 1992. p. 89.

Les cadres de santé ont, là encore, un rôle essentiel à jouer, d'une part pour repérer et valoriser les initiatives du terrain, et d'autre part pour mettre en place les actions collectives.

4.2.2 Accompagner les cadres de santé.

Pour les cadres confrontés aux fusions, il est utile de :

« Ne pas craindre :

- La complexité (paradoxes, contradictions,...)
- Le chaos (ordre + désordre → création)
- Les conflits (opportunités de changement)
- Les échecs (ce sont des passages et des enseignements)
- Le changement (c'est une espérance). »⁴⁷

4.2.2.1 *Jouer la carte de la confiance.*

Pour jouer pleinement leur rôle de « marginal-sécant » les cadres ont besoin d'acquérir de l'assurance et de la confiance en eux. Par la confiance qu'elle leur témoigne l'I.G. peut les aider à affirmer leur position.

En effet, plus les cadres sont reconnus et valorisés, plus ils sont aptes à soutenir et aider les équipes.

C'est aussi à travers leurs réalisations communes, qu'il convient de susciter une confiance partagée, pour qu'ils forment :

« Une équipe unie au sein de laquelle les problèmes de l'un sont à la fois siens et ceux de tous ; et traités comme tels. Une équipe cohérente pour laquelle changements, croissance, résultats prennent leur vraie place dans ce que l'on pourrait appeler une culture du sens individuel et collectif. »⁴⁸

Par exemple, il est possible de déléguer à des binômes de cadres (originaires de sites différents) l'animation et la gestion de groupes de travail.

⁴⁷ In LENHARDT V. *Les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team-building*. Paris : INSEP, 1992. Annexe par Jean LESAGE, p. 295.

⁴⁸ Ibid. Préface de Pierre CASPAR, p.9.

Ainsi pourra voir le jour une plus grande autonomie⁴⁹ dans un climat de véritable partenariat.

4.2.2.2 *Former.*

Pendant ces périodes de forte turbulence, l'effort de formation doit concerner prioritairement les cadres de santé.

C'est un choix institutionnel que l'I.G. devra argumenter auprès de l'équipe de direction.

Plutôt que des formations individuelles, des thèmes concernant l'ensemble du groupe de cadres sont à privilégier : le changement, la gestion des conflits, les théories du management... peuvent, par exemple être retenus. Le choix dépendra essentiellement des besoins exprimés par le groupe.

Un des intérêts de cette formation « collective » est d'une part de favoriser la communication et le partenariat entre les cadres, et d'autre part de créer une « Enveloppe Culturelle Minimale », (...) «C'est à dire qu'ils soient d'accord entre eux sur un minimum d'éléments communs qui sont : les valeurs, les objectifs, une expérience partagée, (...), des compétences, des modèles et des langages communs, une certaine ouverture au changement. »⁵⁰

4.2.2.3 *Mettre en place une action de « coaching » .*

Nous définissons le « coaching » comme l'accompagnement d'une personne ou d'une équipe par un tiers capable de considérer la personne dans son fonctionnement individuel mais plus encore dans son potentiel professionnel.

Face à la complexité que vivent les organisations confrontées à la fusion, le regard d'un « spécialiste » extérieur au système nous semble indispensable, tant pour aider à la compréhension des phénomènes que pour permettre aux cadres de devenir des « responsables porteurs de sens » .

En effet, face à la gestion des crises, les cadres ont tendance à s'enfermer dans trois paradoxes qui les empêchent d'agir :

⁴⁹ Nous employons le terme autonomie dans le sens d'interdépendance où chacun devient capable de prendre en compte l'autre comme un élément du système d'action et non dans le sens d'indépendance.

⁵⁰ LENHARDT V. *Les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team-building.* Paris : INSEP, 1992. p. 51.

« - Premier paradoxe : c'est au moment où il a le plus besoin d'aide, que le responsable est le plus seul.

- Deuxième paradoxe : ceux qui seraient le plus désireux d'aider le responsable, ses proches, ne sont souvent que trop peu compétents en ce qui concerne le métier et l'environnement professionnel du responsable, ou contaminés par leurs liens affectifs pour avoir un jugement suffisamment objectif.

- Troisième paradoxe : le responsable et ceux qui sont les plus concernés par le problème deviennent les personnes les moins compétentes pour résoudre les problèmes relationnels dont ils ont la charge. »⁵¹

A contrario des formations, pensées dans un cadre collectif, le « coaching » doit être une approche individuelle, dans un premier temps, pour donner toute son efficacité.

Il présente un intérêt à chaque niveau de responsabilité et doit être proposé également aux membres de l'équipe de direction, car de la même manière, il leur permettra de devenir un véritable soutien pour les personnels d'encadrement.

Là encore le plus important n'est pas de reproduire un phénomène de mode ou d'appliquer une recette toute faite, mais bien d'apporter une réponse adaptée aux besoins des individus.

4.3 CONSTRUIRE POUR L'AVENIR.

« Venir ensemble est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est un succès. »

Henry FORD.

La réussite d'une fusion peut être mesurée par l'adhésion d'ensemble à un projet qui dépasse les craintes individuelles. Dès lors, une fois décidée, la stratégie de pilotage doit être centrée sur cette adhésion d'ensemble au projet.

⁵¹ Ibid. pp. 31 – 32.

4.3.1 Donner de la souplesse aux organisations.

Dans les fusions tout est à inventer, c'est pourquoi il faut laisser de la place à l'innovation.

Pour cela chaque acteur doit posséder une marge de manœuvre suffisante. En effet, pour croître un système doit être ouvert et échanger de l'énergie et de l'information avec l'environnement.

4.3.1.1 *Diffuser les compétences internes.*

Quelle que soit la forme utilisée, le système, pour se développer, doit communiquer ses compétences en interne mais aussi en externe.

Les interventions lors de conférences ou de congrès, mais aussi la rédaction et la publication d'articles représentent un premier moyen de « sortir » de l'établissement.

L'organisation de journées à thème (ouvertes à d'autres établissements) au sein même de la structure permet, à l'inverse, de « faire venir du monde ».

Ces actions sont de nature à favoriser un sentiment de fierté chez les personnels. Cette fierté partagée développe l'émergence d'une identité collective, base indispensable à la construction d'une culture commune.

4.3.1.2 *Initier un partenariat.*

Une fois les compétences reconnues il convient de les mettre en action sur l'ensemble de l'établissement. Pour cela, des référents « experts » (un ou deux par thème) peuvent être nommés.

Il importe qu'ils représentent un panel le plus large possible des différentes métiers de soins et des différents services. Ils doivent, par ailleurs, se rendre sur le terrain, car leur présence, au quotidien des soins, peut favoriser la mise en place d'un réel partenariat entre personnels mais aussi entre équipes.

Egalement, l'organisation d'échanges de personnels inter services et inter sites est matière à faciliter les actions de collaboration dans l'institution.

Le travail en commun initié au sein du groupe de cadres de santé peut jouer dans ce domaine un rôle d'exemplarité.

4.3.1.3 *Créer une Commission des Services de Soins⁵² inter hospitalière.*

La fusion concerne les budgets, les organisations, mais aussi les instances.

L'article L.714-26 de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 dispose :

« Il est créé dans chaque établissement, un Service de Soins Infirmiers (S.S.I.) dont la direction est confiée à l'Infirmier Général, membre de l'équipe de direction.

Une Commission, présidée par le D.S.S.I. et composée des différentes catégories de personnels du S.S.I. est instituée en son sein. Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :

- L'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;
- La recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;
- L'élaboration d'une politique de formation ;
- Le projet d'établissement. »

La fusion impose une dissolution des C.S.S.I. de chaque site et la constitution d'une nouvelle commission composée de personnels de l'ensemble de la structure. C'est une occasion pour l'I.G. d'assouplir le fonctionnement de cette instance.

En effet, si la répartition des membres des différents collèges est prévue par voie réglementaire, rien n'empêche d'y associer des membres permanents. Dès lors, il devient possible d'élargir la commission à l'ensemble des personnels paramédicaux et sage femmes volontaires, et favoriser ainsi la fédération des personnels autour du soin.

Par ailleurs, les membres étant tirés au sort parmi des volontaires faisant acte de candidature, cette nouvelle commission sera composée de personnels favorables à la nouvelle organisation et tournés vers l'avenir.

Lors de sa première réunion il conviendra, dans un souci de continuité, d'inviter les membres des commissions dissoutes et de présenter un bilan des

⁵² Au terme Commission des Services de Soins Infirmiers (C.S.S.I.) nous préférons celui de Commission des Services de Soins qui correspond mieux à notre propos.

actions réalisées durant les dernières années. Ce bilan servira de base à l'élaboration de nouveaux objectifs de travail.

4.3.2 Bâtir un Projet de Soins⁵³ commun.

« Le futur n'est jamais donné dans sa totalité. Il ne peut être déterminé que par les choix des hommes appliqués à construire leur avenir ».

Joël de ROSNAY.

Institué par la loi du 31 Juillet 1991, le Projet de Soins Infirmiers représente un volet essentiel du Projet d'Établissement dont le caractère obligatoire est confirmé par l'Ordonnance du 24 Avril 1996.

Qu'il existe ou non des projets de soins infirmiers de sites, l'élaboration du projet de soins commun présente une avancée majeure sur la voie de la construction d'une culture inter hospitalière.

En effet, il concrétise la politique de soins de l'établissement énoncée par l'I.G. Le projet de soins se fonde ainsi sur des valeurs partagées auxquelles adhèrent l'ensemble des soignants.

Egalement, il symbolise une construction pour l'avenir, dans la mesure où il allie vision prospective et stratégique, et par ailleurs s'appuie sur un processus dynamique d'anticipation et d'adaptation.

Son élaboration nécessite une étape d'évaluation de l'existant, car là encore, il n'est pas question de nier le passé et le présent pour entrer dans une « histoire neuve ». Au contraire, il doit s'inscrire dans la continuité plutôt que dans la rupture.

Ses actions doivent être suffisamment concrètes et en lien avec la réalité pour créer l'adhésion du plus grand nombre. Ainsi, à un discours conceptuel, il semble nécessaire de préférer une approche pragmatique.

Par ailleurs, il faut se souvenir que les organisations sortent épuisées des phases de restructuration, c'est pourquoi il faut éviter les projets trop ambitieux et leur préférer ceux se limitant à quelques axes de travail, quitte à les développer dans un second temps.

⁵³ Là encore, à l'appellation Projet de Soins Infirmiers, nous préférons le terme de Projet de Soins, plus fédérateur dans un contexte de fusion, dans la mesure où il s'applique à l'ensemble des personnels paramédicaux concourant aux soins.

Comme l'a dit un cadre de santé lors des entretiens, le maître mot d'une fusion réussie c'est l'humilité, ainsi, la mobilisation de toutes les catégories d'acteurs de soins autour d'un projet représente en soi une réussite car elle scelle la première étape de la « fusion culturelle » .

« Et si l'on trouve bien difficile de trouver un sens et une cohérence à chacun de nos actes, rappelons-nous que l'important dans le voyage n'est pas tant de voir l'étoile mais d'abord de trouver la direction de l'étoile. Car celui qui crée du sens dans le quotidien, dans la société dans laquelle il vit, même s'il a l'impression que c'est du « petit sens » éprouve et fait éprouver aux autres que le sens du Tout se situe dans la ligne du petit. Il sait alors qu'il est sur le chemin, même s'il ne sait pas quand se situe l'aboutissement de la quête. »

Pierre CASPAR.

CONCLUSION

Le paradigme de la coopération hospitalière s'impose désormais comme une impérieuse nécessité et confronte les hôpitaux à des changements majeurs.

Rapprochements, restructurations et surtout fusions sont des processus de grande complexité qui génèrent un profond bouleversement dans les organisations hospitalières.

Pourtant, si difficile soit-elle, la fusion administrative ou budgétaire n'est rien comparée aux difficultés majeures que représente l'affrontement de groupes aux logiques opposées.

En effet, parce qu'elle ne va pas de soi, la fusion provoque une rupture des logiques existantes et l'émergence de nouvelles formes de résistance au changement.

De plus, elle occasionne un véritable choc culturel qui remet en cause le sens de nos actions et les valeurs qui les sous-tendent.

Pour autant, elle présente un formidable défi lancé aux responsables susceptibles de participer à la restructuration du tissu hospitalier et à une véritable « révolution culturelle. »

L'I.G., au carrefour des logiques administrative et soignante, joue au sein des équipes de direction un rôle essentiel de « porteur de sens » pour les personnels soignants.

D'une part, sa manière d'animer et de dynamiser l'équipe de cadres de santé conditionne largement la concrétisation de la fusion, d'autre part, l'élaboration d'un projet de soins fédère les personnels soignants autour d'un objectif commun.

Toutefois, il faut réaffirmer que la fusion n'est pas une fin en soi, et que sa réussite ne représente qu'une étape dans l'histoire de l'institution.

En effet le véritable changement est bien la « naissance » d'une structure nouvelle capable d'intégrer son passé, de vivre son présent et de se projeter dans l'avenir.

Alors seulement, l'existence d'une culture inter hospitalière, enjeu majeur dans les phénomènes de fusion, assure la pérennité du nouvel hôpital.

Bibliographie

OUVRAGES

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil, 1996. 245 p.

ALTER N. *La gestion du désordre en entreprise*. Paris : L'Harmattan, 1990. 207 p.

ARBUZ G., DEBROSSE G. *Réussir le changement de l'hôpital*. Paris : Interéditions, 1996. 249 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 1985. 382 p.

BOUDET P. *Fédérer les énergies à l'hôpital. Culture et histoire d'entreprise*. mémoire E.D.H. Rennes : E.N.S.P., 1996. 65 p.

CALMES G., SEGADÉ J-P., LEFRANC L. *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité*. Paris : Masson, 1998. 170 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977. 500 p.

KOURILSKY-BELLIARD F. *Du désir au plaisir de changer*. Paris : InterEditions, 1995. 324 p.

LENHARDT V. *Les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team-building*. Paris : INSEP, 1992. 302 p.

MENDRAS H., FORSE M. *Le changement social*. Paris : Armand Colin, 1983. 284 p.

MORIN E. *Sociologie*, édition revue et argumentée par l'auteur, Paris, Seuil, 1994. 459 p.

ROSNAY (DE) J. *Le microscope. Vers une vision globale*. Paris : Seuil, 1975. 346 p.

WATZLAWICK P. *Changements, paradoxe et psychothérapie*, Paris, Seuil, 1975. 190 p.

WATZLAWICK P. *Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique*, Paris, Seuil, 1980. 184 p.

PERIODIQUES

ABRAHAM J. Identité hospitalière, culture de métiers. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, Juillet Août Septembre 1998, n°28, pp. 3 à 14.

BARRAL B. Les difficultés juridiques et pratiques rencontrées lors d'une fusion hospitalière. *Gestions Hospitalières*, Octobre 2000, n°399, p. 611 à 615.

BEDIER P. Former pour accompagner la fusion. *Revue Hospitalière de France*, Novembre Décembre 1999, n° 6, pp. 62 à 65.

BOUDES T., CHRISTIAN D. Il était une fois le changement. *Revue française de gestion*, Septembre Octobre 1998, n° spécial 120, pp.110 à 118.

BOURDEUX C. Management et politique de soins. *Soins Psychiatrie*, Janvier Février 2001, n°212, pp. 21 à 25.

BUBIEN Y. L'hôpital, une ville dans la ville. *Revue Hospitalière de France*, Novembre Décembre 1999, n° 6, pp. 18 à 21.

CALMES G., LEFRANC L. Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000. *Gestions Hospitalières*, Octobre 2000, n°399, pp. 586 à 589.

CONINCK (DE) F. Les bonnes raisons de résister au changement. *Revue française de gestion*, Septembre Octobre 1998, n° spécial 120, pp.162 à 168.

CROUZILLES C., JOUBERT A. Restructuration hospitalière. Une expérience d'accompagnement par la formation. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, n°399, pp. 590 à 593.

DOGUE M., BEDIER P., VITTOT P. Fusion d'établissements et formation. *Revue Hospitalière de France*, nov./déc. 1999, n° 6, pp. 69 à 72.

FABIEN F. Encadrement infirmier : soignant ou administratif ?. *Soins Psychiatrie*, janv./fév. 2000, n°212, pp. 18 à 20.

FORCIOLI P. Fusions d'hôpitaux et conflits à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, avril 1999, n° 385, pp. 256 à 260.

FORCIOLI P. Fusion hospitalière mode d'emploi. *Revue Hospitalière de France*, nov./déc. 1999, n° 6, pp. 22 à 35.

GROUPE LAENNEC Accompagner les restructurations. Carnets de route ... *Gestions Hospitalières*, avril 1999, n° 385, pp. 261 à 265.

HART J. Positionnez-vous !. *Gestions Hospitalières*, fév. 2000, n°393, pp. 122 à 127.

HART J., MUCCHIELLI A. Les racines de la culture affective des établissements de santé. *Gestions Hospitalières*, janv. 1994, n° 332, pp. 10 à 14.

KOURILSKY F. Comment ne pas bloquer le changement ? *Gestions Hospitalières*, avril 1999, n°385, pp. 266 à 267.

MOINGEON B. L'apprentissage organisationnel. *Sciences Humaines*, juin 1996, n° 62, pp. 36 à 39.

PIPERINI M-C. Psychologie des organisations et management. *Soins Psychiatrie*, janv./fév. 2001, n°212, pp. 26 à 29.

QUEHE N. Les cadres et le changement dans la fonction publique. *Gestions Hospitalières*, janv. 2000, n° 393, p. 121.

Liste des annexes

Annexe n° 1 :

Grille d'entretien

Annexe n° 2 :

Carte du pays du Léman

Annexe n° 3 :

Nombre de lits exploités au 15 avril 2001, tableau récapitulatif

Annexe n° 4 :

Répartition des activités en 1999

Annexe n° 5 :

Répartition des activités en 2004

GRILLE D'ENTRETIEN

IDENTIFICATION

Site :

Grade :

Ancienneté dans le grade :

Ancienneté dans l'établissement :

Etiez-vous présent lors de la fusion :

Si oui à quel poste :

Sur quel site :

Etiez-vous présent lors de la constitution du SIH :

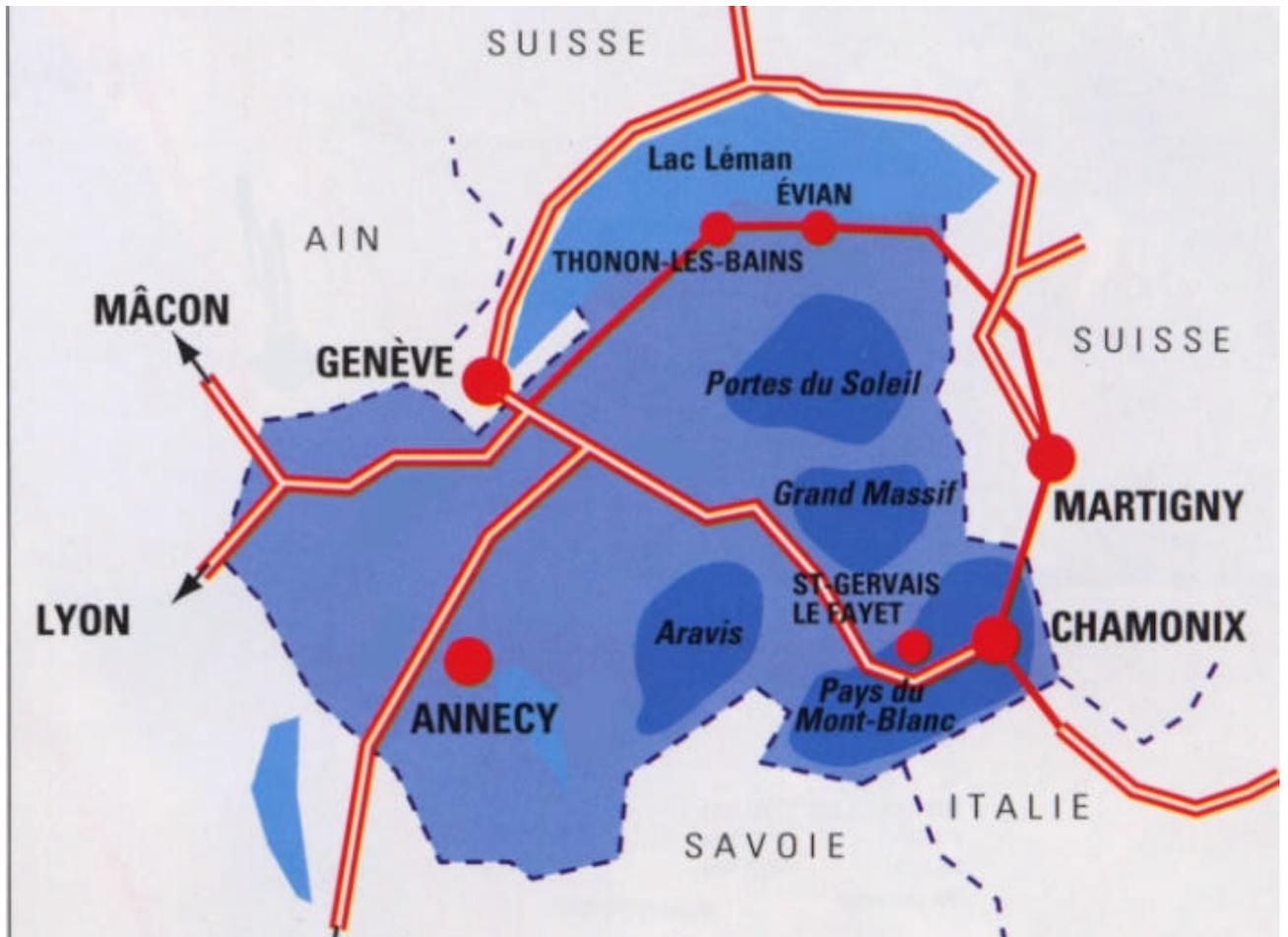
Si oui à quel poste :

Sur quel site :

QUESTIONS

1. Quand et par qui avez-vous entendu parlé de fusion ?
2. Vous souvenez-vous de ce qui vous a été dit ?
3. Comment avez-vous réagi (ressenti) ?
4. Estimez-vous que vous que vous avez eu suffisamment d'information ?
Sinon qu'auriez-vous aimé savoir ?
5. Quels indicateurs ont montré pour vous que la fusion était réalisée :
 - Le nom :
 - La mobilité :
 - Les réunions communes : Lesquelles :
 - Les groupes de travail communs : Lesquels :
 - Les projets communs : Lesquels :
 - Autres :
6. Pensez-vous qu'il existe aujourd'hui une culture d'établissement ?
Si oui, citez 3 indicateurs principaux ?
7. Quels sont à votre avis les étapes clef de la réussite d'une fusion ?
8. Quels sont à votre avis les acteurs clef de cette réussite ?
9. Quels sont les principaux obstacles ?
10. Quel est selon vous le rôle attendu de l'équipe de direction ? I.G. ?
11. Quel est selon vous le rôle attendu des cadres de santé de proximité ?

CARTE DU PAYS DU LEMAN

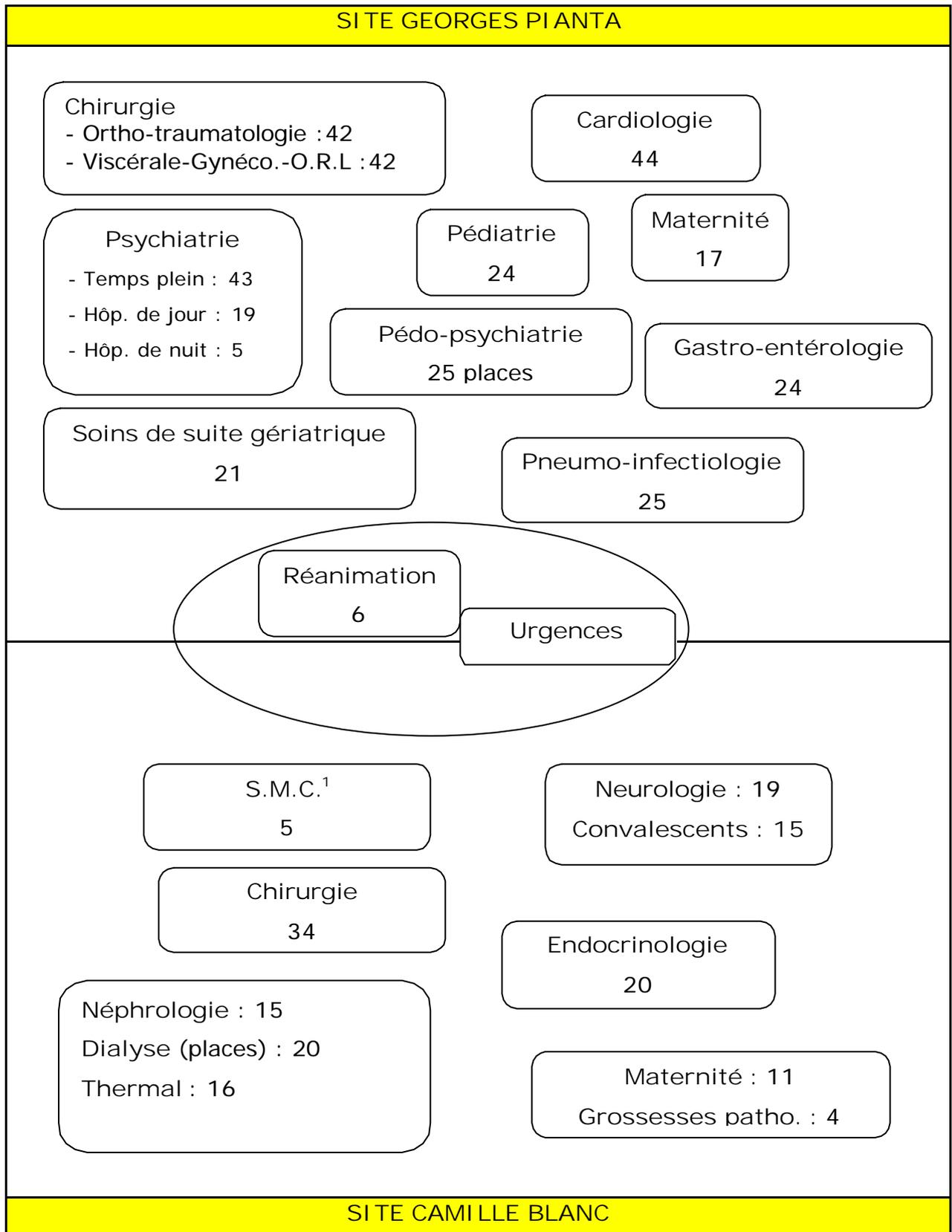


LES HOPITAUX DU LEMAN

NOMBRE DE LITS EXPLOITES AU 15 AVRIL 2001. TABLEAU RECAPITULATIF

Services	EVI AN	THONON	HOPITAUX DU LEMAN
MEDECINE	68	113	181
CHIRURGIE	26	83	109
OBSTETRIQUE	11	17	28
HOPITAL DE JOUR		10	10
TOTAL M.C.O.	105	223	328
TOTAL PERSONNES AGEES	135	185	320
PSYCHIATRIE		92	92
DIALYSE	20		20
MOYEN SEJOUR	14	27	41
TOTAL ETABLISSEMENT	274	527	801

REPARTITION DES ACTIVITES EN 1999



¹ Surveillance Médicale Continue

REPARTITION DES ACTIVITES EN 2004

