

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA GESTION DE L'INTÉGRATION
DANS UNE FUSION D'ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES
DE CULTURES DIFFÉRENTES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION DES AFFAIRES

PAR
MÉLODIE FAUCHER

SEPTEMBRE 1999

REMERCIEMENTS

Je tiens en premier lieu à remercier de façon toute spéciale ma directrice de mémoire, Ann Langley pour ses conseils judicieux, sa façon bien à elle de me guider subtilement vers le droit chemin, sa disponibilité ainsi que son support financier qui ont grandement contribué la réalisation de ce mémoire.

Ma reconnaissance va également à mon co-directeur de mémoire, Jean-Louis Denis pour ses commentaires avisés ainsi que son support. De même, je souhaite exprimer ma gratitude à Taïb Hafsi ainsi qu'à Lise Lamothe pour avoir accepté d'être les lecteurs de ce mémoire.

Il m'est impossible de passer sous silence la contribution des gens qui ont bien voulu partager avec nous une partie de leur vécu à travers les entrevues réalisées. Leur temps et leur confiance sont grandement appréciés.

Je tiens à souligner en outre le travail de révision et de correction réalisé par Nathalie Nadeau et de Catherine Guay, consœurs d'université et amies. Enfin, je ne saurais oublier le support continu de mes parents et de mon copain, Gaétan Arnaud, qui furent présents durant les moments les plus difficiles pour m'encourager, sincèrement merci!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ACRONYMES.....	ix
RÉSUMÉ	x

CHAPITRE I : LE PHÉNOMÈNE DES FUSIONS ET LA GESTION DE LEUR INTÉGRATION EN MILIEU PROFESSIONNEL-HOSPITALIER

1.1 État de la situation	1
1.2 Projet de recherche sur la transformation des hôpitaux universitaires.....	7
1.3 Objet et questions de recherche	8
1.4 Structure du mémoire.....	9

CHAPITRE II : VERS LA DÉTERMINATION DE PROCESSUS DE GESTION

2.1 Introduction	13
2.2 La fusion ; un processus séquentiel	14
2.2.1 La phase stratégique	15
2.2.2 La phase tactique	15
2.2.3 La phase de réalisation.....	16
2.2.4 La phase d'évaluation critique	19
2.2.5 La phase d'apprentissage.....	20
2.3 Culture et structure ; la recherche d'une convergence	20
2.4 Le dirigeant local ; un rôle clé dans la fusion.....	22
2.5 La coopération ; une nécessité au changement.....	24
2.6 Les processus d'intégration; six modèles	25
2.6.1 Allaire et Firsirotu (1983, 1985).....	27
2.6.2 Covin et Kilmann (1990)	30

2.6.3 Galpin et Robinson (1997)	34
2.6.4 Hafsi et Demers (1989); Hafsi et Toulouse (1991)	39
2.6.5 Haspeslagh et Jemison (1991)	41
2.6.6 Mirvis et Marks (1992)	47
2.7 Analyse comparative des modèles présentés	52
2.8 Proposition d'un modèle-synthèse	61

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1 Approche de la recherche	67
3.1.1 Le contextualisme ; une perspective globale	67
3.1.2 Apports de l'approche prescriptive	69
3.1.3 Apports de l'approche descriptive	69
3.1.4 Méthode d'analyse.....	70
3.2 Design de la recherche	70
3.2.1 Étude de cas	71
3.2.2 Choix de l'échantillon.....	73
3.2.3 Principales sources de données	74
3.2.3.1 L'entrevue	74
3.2.3.2 La recherche documentaire.....	75
3.2.3.3 L'observation.....	76
3.3 Réalisation de la recherche.....	77
3.3.1 Collecte des données	78
3.3.1.1 Procédures d'entrevues	79
3.4 Traitement et analyse des données	80
3.4.1 Analyse des résultats.....	82
3.5 Validité et fidélité de la recherche.....	83
3.6 Éthique.....	84

CHAPITRE IV : LE CONTEXTE ; UNE VUE D'ENSEMBLE

4.1	Introduction	87
4.2	L'hôpital, une bureaucratie professionnelle	90
4.3	Les prémisses de la dominance professionnelle médicale	91
4.4	La dimension décisionnelle d'une organisationnelle hospitalière	93
4.4.1	Une structure ; plusieurs hiérarchies.....	93
4.4.1.1	La hiérarchie professionnelle ; le CMDP.....	94
4.4.1.2	La hiérarchie administrative.....	95
4.4.2	La haute direction	98
4.5	La dimension opérationnelle d'une organisation hospitalière.....	101
4.5.1	La place des médecins	101
4.5.2	La place du personnel infirmier.....	102
4.6	Le CHUx ; fondements, mission et valeurs.....	103
4.7	Un paradoxe ; développement vs coupures budgétaires.....	106
4.8	Le caractère particulier de chaque campus.....	107
4.8.1	Les débuts historiques des trois hôpitaux	108
4.8.1.1	L'hôpital A	108
4.8.1.2	L'hôpital B	109
4.8.1.3	L'hôpital C	110
4.8.2	Particularités sur les plans culturel, structurel et individuel.....	111
4.8.3	Le choc de la fusion.....	118
4.9	L'enjeu de la complexité.....	129
4.10	Principaux effets du contexte macro sur la fusion	131

CHAPITRE V : LE CONTEXTE ; REGARD SUR DEUX FUSIONS D'UNITÉS

5.1	Introduction	135
5.2	Unité mère-enfant	136
5.2.1	Déroulement des événements critiques.....	136
5.2.2	Particularités de l'unité mère-enfant du campus B.....	140
5.2.3	Particularités de l'unité mère-enfant du campus C.....	143

5.2.4 Implications des particularités relatives aux campus pour la fusion.....	146
5.2.5 Niveau de complexité de la fusion des structures organisationnelles.....	153
5.3 Unité de gériatrie.....	156
5.3.1 Déroulement des événements critiques.....	156
5.3.2 Particularités de l'unité de gériatrie du campus A	159
5.3.3 Particularités de l'unité de gériatrie du campus B	162
5.3.4 Particularités de l'unité de gériatrie du campus C	164
5.3.5 Implications des particularités relatives aux campus pour la fusion.....	166
5.3.6 Niveau de complexité de la fusion des structures organisationnelles.....	175
5.4 Bilan comparatif des niveaux de difficulté relatifs	178

CHAPITRE VI : ANALYSE DES MÉCANISMES DE GESTION ET RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DES MICRO-FUSIONS

6.1 Introduction	181
6.2 Qu'est-ce qu'une fusion réussie ?	182
6.3 Analyse des résultats de la fusion mère-enfant	183
6.3.1 Défi de communication	184
6.3.2 Défi de direction.....	188
6.3.3 Défi humain	195
6.3.4 Défi du rythme	200
6.3.5 Défi technique.....	201
6.3.6 Évaluation globale	206
6.4 Analyse des résultats de la fusion de gériatrie	207
6.4.1 Défi de communication	208
6.4.2 Défi de direction.....	210
6.4.3 Défi humain	216
6.4.4 Défi du rythme	221
6.4.5 Défi technique.....	223
6.5 Interprétation des résultats en regard des mécanismes de gestion utilisés	228

CHAPITRE VII : SYNTHÈSE ET CONCLUSION

7.1 Synthèse.....	233
7.2 Limites de la recherche	243
7.3 Contributions pour la recherche et la pratique	246
7.4 Pistes de recherches futures.....	247
Annexe A	249
Annexe B	251
Annexe C.....	253
Annexe D.....	256
Références	257

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1	Structure du mémoire.....	10
Figure 2.1	Modes d'intégration d'une fusion.....	17
Figure 2.2	Modèle évolutif des micros fusions.....	19
Figure 2.3.	L'organisation.....	21
Figure 2.4	Les processus de gestion et leurs relations d'influence.....	26
Figure 2.5	Le processus d'acquisition.....	42
Figure 2.6	Les processus de gestion de l'intégration.....	62
Figure 3.1	Design de l'étude de cas.....	72
Figure 3.2	Matrice démontrant les possibilités de comparaison.....	73
Figure 4.1	Le contexte et ses relations d'influence.....	88
Figure 4.2	La structure hospitalière ; deux hiérarchies parallèles.....	93
Figure 4.3	Dynamiques du niveau décisionnel.....	95
Figure 4.4	Représentation du corps médical au sein de la structure hospitalière.....	100
Figure 4.5	Campus A.....	113
Figure 4.6	Campus B.....	115
Figure 4.7	Campus C.....	117
Figure 4.8	Le choc de la fusion.....	119
Figure 5.1	Unité mère-enfant du campus B.....	142
Figure 5.2	Unité mère-enfant du campus C.....	145
Figure 5.3	Structure organisationnelle fusionnée du secteur mère-enfant.....	155
Figure 5.4	Unité de gériatrie du campus A.....	161
Figure 5.5	Unité de gériatrie du campus B.....	163
Figure 5.6	Unité de gériatrie du campus C.....	165
Figure 5.7	Structure organisationnelle fusionnée de l'unité de gériatrie.....	176
Figure 7.1	Synthèse des analyses relatives à la fusion du secteur mère-enfant...	242
Figure 7.2	Synthèse des analyses relatives à la fusion de la gériatrie.....	243

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1	Dynamiques du changement stratégique	28
Tableau 2.2	Gestion du stress associé aux fusions : symptômes et traitements	49
Tableau 2.3	Comparaison des typologies présentées.....	57
Tableau 3.1	Design de l'étude de cas	72
Tableau 3.2	Matrice démontrant les possibilités de comparaison.....	73
Tableau 4.1	Tableau comparatif des particularités culturelles et structurelles des campus A, B et C.....	121
Tableau 4.2	Effets des principaux éléments du contexte macro sur la fusion.....	134
Tableau 5.1	Déroulement des événements critiques de la création de l'unité mère-enfant.....	138
Tableau 5.2	Tableau comparatif des particularités culturelles et structurelles des campus B et C.	146
Tableau 5.3	Déroulement des événements critiques de la fusion de gériatrie	157
Tableau 5.4	Tableau comparatif des particularités culturelle et structurelle des campus A, B et C.....	166
Tableau 5.5	Bilan comparatif des niveaux de difficultés relatifs à la réalisation des micro-fusions en fonction des éléments contextuels étudiés.....	178
Tableau 6.1	Évaluation des mécanismes de gestion de la fusion mère-enfant.....	207
Tableau 6.2	Évaluation des mécanismes de gestion de la fusion de gériatrie	228
Tableau 6.3	Analyse comparative des résultats en terme d'intégration et de qualité du service offert.	232

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUx	Centre hospitalier de l'université x (celui étudié)
CHUy	Centre hospitalier de l'université y (un autre que celui étudié)
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
DG	Directrice générale
DSH	Direction des services hospitaliers
DSI	Direction des services infirmiers
DSP	Direction des services professionnels
FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
SICHUx	Société d'implantation du CHUx

RÉSUMÉ

L'objectif de la présente recherche consiste à développer un modèle conceptuel des capacités managériales nécessaires lors de l'intégration de fusions d'organisations professionnelles en situation de complexité. La recension des écrits permet de constater qu'en vertu d'un nombre croissant de ce type d'activité, il demeure toujours une proportion élevée d'échec. Par ailleurs, il existe, à notre connaissance, peu d'études portant sur la détermination de telles capacités.

Le modèle développé à partir de la littérature comprend cinq grands défis managériaux à combler. Ce dernier est appliqué à un milieu particulier, soit le milieu des fusions hospitalières québécoises. Une étude de cas est réalisée dans laquelle l'accent est mis sur le processus de fusion de deux unités, soit l'obstétrique-gynécologie et la gériatrie.

Notre modèle stipulant une relation entre le contexte, les mécanismes de gestion utilisés et les résultats obtenus, nous avons analysé chacune de ces variables au cours des différents chapitres de ce mémoire.

Afin de vérifier notre modèle, un total de vingt-quatre entrevues sont réalisées auprès d'individus reliés de près à la fusion et provenant de différents niveaux ainsi que de différentes professions. Ces entrevues sont enregistrées avec l'accord des participants et analysées à partir d'une codification de leur contenu.

Les résultats permettent de confirmer qu'il existe en effet un lien important entre le contexte, les mécanismes de gestion utilisés pour réaliser la fusion de même que les résultats préliminaires obtenus. Par ailleurs, ils indiquent également qu'une bonne évaluation des défis managériaux se traduit par de meilleurs résultats préliminaires et qu'une faible évaluation des défis managériaux correspond également à de faibles résultats préliminaires.

CHAPITRE I

LE PHÉNOMÈNE DES FUSIONS ET LA GESTION DE LEUR INTÉGRATION EN MILIEU PROFESSIONNEL-HOSPITALIER

1.1 État de la situation

Nous assistons, au seuil de l'an 2000, à une vague de restructuration industrielle mondiale. Les nombreux changements socio-politiques des vingt dernières années, les différentes alliances géo-économiques de même que l'arrivée sur le marché des technologies de communication de pointe, sont tous des facteurs à l'origine de la dynamique actuelle de consolidation des marchés. L'une des conséquences d'une telle consolidation des marchés est certes l'augmentation du niveau de concurrence à l'intérieur de ces derniers. Les fusions et les acquisitions représentent pour les organisations, en période de consolidation, l'une des options permettant de se repositionner sur ces marchés.

En fait, depuis les années '80, les fusions et les acquisitions ne cessent de cumuler d'importants records et aucun signe n'a depuis annoncé l'approche d'un ralentissement (Davidson, 1996). Par ailleurs, au cours de l'année 1997 le Canada a atteint un nouveau sommet cyclique en terme du nombre d'annonces de fusions et d'acquisitions et ces activités n'ont ralenti que très légèrement depuis (Crosbie & Company, fév. 1999). L'actuelle vague de fusions et d'acquisitions serait, en fait, le fruit d'une combinaison de facteurs micro et macro économiques avec d'autres émanants directement de perturbations sectorielles, tel que par l'augmentation du

niveau de compétition au sein de certains secteurs (Crosbie & Company, fév. 1998) (Derhy, 1997).

Toujours en gardant pour objectif ultime, la recherche d'un meilleur positionnement au niveau du jeu de la concurrence, la mise en commun d'organisations peut apporter des avantages sur différents plans. Parmi ceux-ci, notons la capacité des fusions et acquisitions à renforcer le pouvoir de négociation et celui de la part de marché, à favoriser l'entrée sur de nouveaux marchés (Derhy, 1997), à réaliser des économies d'échelles et de partage de coûts (Derhy, 1997) (Combs, 1996), à élargir la gamme de ses produits, à bénéficier d'un nouveau créneau en matière de recherche et développement ainsi qu'à acquérir des connaissances dans un marché à multiples facettes (Vachon, 1997) (Gerpott & Bloch, 1992). McCann et Gilkey (1988) ajoutent à cette liste la réduction du risque, les bénéfices légaux et ceux relatifs aux taxes ainsi que la motivation psychologique des dirigeants.

Peu à peu, l'importante vague de fusions et d'acquisitions a atteint sur son passage un nombre grandissant de secteurs. Tout récemment, le milieu hospitalier au Québec a joint les rangs pour suivre l'influx de cette vague. Encore ici, plusieurs facteurs peuvent être pointés comme étant des initiateurs de ce mouvement. Parmi les principaux, nous notons un nombre considérable de fusions et d'acquisitions réalisées aux États-Unis (Conklin, 1994) (Leroux, 1997) (Maynard, 1995) (Reardon et Reardon, 1995) et en France (Guiraud-Chaumeil et Ghisolfi, 1996) au cours des dernières années dans le domaine de la santé. Plus près de nous, en Alberta, au Nouveau-Brunswick et en Ontario, certains hôpitaux universitaires ont déjà entamé le pas. Les changements apportés au niveau du secteur hospitalier dans le monde entier génèrent une pression concurrentielle considérable pour les hôpitaux universitaires du Québec, une pression qui se définit en terme de compétences médicales, de recherche et développement ainsi que de notoriété.

Parallèlement, nous assistons à une prise de conscience généralisée de l'état de la situation de la recherche et du développement de la médecine sur le plan international. Les hôpitaux québécois ressentent actuellement le besoin de se repositionner face à cette situation et cherchent les moyens nécessaires pour s'ajuster (Présentation générale, automne 1998). Cette prise de conscience, jumelée aux nombreux regroupements en santé au Canada et à l'étranger, se traduit par une importante volonté de maintenir la position concurrentielle des hôpitaux universitaires québécois sur un plan local, national et international.

De façon conjointe aux éléments précédents, nous avons assisté, au cours des 20 dernières années, à une augmentation importante des dépenses de santé. En France, cette augmentation est telle que ces dépenses s'accroissent de deux à trois fois plus rapidement que le produit intérieur brut du pays (Guiraud-Chaumeil, 1996). Aux États-Unis, l'augmentation des coûts de l'industrie de la santé est de l'ordre de 70% de plus que le coût de la vie depuis 1970 (Reardon et Reardon, 1995). Avec l'avènement de l'augmentation des dépenses en santé et une volonté des gouvernements provincial et fédéral à assainir leurs finances publiques, les hôpitaux se sont vite retrouvés dans un contexte de restrictions budgétaires.

Outre la problématique des contraintes budgétaires dans le milieu médical, soulignons les départs de médecins surspécialisés pour des institutions de plus haut niveau. Prendre les moyens nécessaires pour être en mesure de garder ces surspécialités signifie, avant tout, de créer une institution pouvant attirer suffisamment de patients pour alimenter toutes ces spécialités, de regrouper suffisamment de ressources médicales afin d'être en mesure d'offrir une formation de haut niveau, de disposer des ressources nécessaires à la poursuite de grands travaux de recherche et de permettre l'obtention d'équipement à la fine pointe de la technologie (Présentation générale, automne 1998).

Les fusions et acquisitions représenteraient, selon plusieurs, la solution optimale à la situation décrite dans les lignes précédentes. Pour Reardon et

Reardon (1995), cette solution permettrait de surcroît d'optimiser les services de soutien et l'utilisation des appareils de haute technologie par une réduction du caractère duplicatif de ces derniers.

Or, derrière les records d'activité des fusions et acquisitions enregistrées et des avantages qu'elles font miroiter, se trouve un paradoxe important. En effet, comme le souligne la grande majorité des études en la matière, la proportion de contre-performances est très élevée. Tous les moyens d'évaluation confondus, le verdict est clair : la majorité des fusions et acquisitions échouent (Clark, 1991). Selon Cartwright et Cooper (1993), ce serait au mieux la moitié de toutes les acquisitions qui atteindrait leurs attentes financières. Ces derniers rapportent de plus un taux d'échec global de 50 % à 60 %. Pour Marks et Mirvis (1986), le taux d'échecs financiers pourrait aller jusqu'à 80%. Une étude de Coley et Sigurd (1988) conclue, pour sa part, que 61% des transactions examinées en Angleterre et aux États-Unis n'apportent pas de retour sur les fonds investis. Enfin, Myron (1984) estime qu'une fusion sur trois est éventuellement démantelée. Selon une étude réalisée sur les performances des fusions et acquisitions canadiennes et américaines, les Canadiens obtiendraient cependant de meilleurs résultats avec cinq réussites sur huit acquisitions alors que les Américains en réussiraient moins de la moitié (Crosbie & Company, avril 1998).

Différentes causes peuvent être invoquées pour expliquer ces contre-performances. Pour Hayes (1979), le choc provenant de la mise en commun d'individus constitue l'une des principales raisons expliquant l'échec. Selon Kransorff (1993), il serait question d'un manque de compréhension de la culture des groupes. Enfin, nombre d'autres auteurs attribuent également aux facteurs humains les embûches à l'atteinte du succès (Buono, Bowditch et Lewis, 1985) (Cartwright et Cooper, 1993) (Mirvis, 1985). D'autres raisons plus précises servant à expliquer les échecs sont également invoquées par la firme de consultation Mercer (1991). On fait référence ici à une stratégie d'acquisition inadéquate ou inexistante, à la pression temporelle, à un prix payé trop élevé, à une évaluation suroptimiste des

avantages, à une confiance excessive quant au rendement attendu, à une mauvaise évaluation des synergies ainsi qu'à une gestion inefficace une fois la transaction réalisée.

L'importante proportion d'échecs au niveau des fusions et des acquisitions ne signifie pas que l'on ne devrait pas en faire. Il faut simplement être conscient des différents coûts et obstacles possibles ainsi qu'apprendre à les gérer. Actuellement, la tendance veut que l'on sous-estime trop fréquemment les coûts associés à la négligence de la gestion de l'intégration des organisations sur le plan humain. En effet, lors de l'acquisition d'une entreprise, les préoccupations d'ordre humain sont souvent mises de côté, voire ignorées, et ce au détriment des préoccupations financières, juridiques et structurelles (Buono, Bowditch, 1989). Il ne s'agit d'aucune façon de réduire ces dernières préoccupations puisqu'elles sont nécessaires à son existence mais il ne faut pas n'ont plus considérer le facteur humain comme un simple détail et croire qu'il suivra avec le reste.

Les coûts humains auxquels nous faisons référence concernent, dans un premier temps, tout ce qui concerne les réactions négatives de type psychologique et comportemental découlant de la combinaison des organisations. Selon Rentsch et Schneider (1991), ces derniers sont caractérisés par un haut niveau de stress, un roulement accru du personnel, un moral faible, une baisse de la productivité, une diminution de l'estime de soi, une augmentation des préoccupations, une hausse du niveau d'agressivité ainsi que de maladies physiques et psychologiques. Covin et al. (1996) ajoutent à cette liste une perte de l'identité chez les employés. Ces réactions négatives amèneraient les employés à vivre une diminution significative de la satisfaction au travail, de la sécurité face à leur emploi ainsi qu'une attitude plus défavorable à l'égard de la direction (Buono et Bowditch, 1989).

Dans un deuxième temps, il est question de coûts humains plus techniques qui sont souvent oubliés ou mis de côté lors de la prise de décision consistant à procéder à une fusion ou une acquisition. Cet aspect inclut tout ce qui touche le

déplacement de personnel, l'habituación à une nouvelle situation, le temps passé en réunion, le temps passé à régler des problèmes engendrés par l'intégration, la réaction des clients quant à l'adoption des nouvelles politiques et procédures, etc.

La négligence de la gestion de l'intégration du facteur humain a généralement des répercussions à long terme sur l'organisation et le processus de fusion est souvent très avancé lorsque la présence d'un tel problème est diagnostiquée. Il faut certes beaucoup plus d'énergie pour réparer de telles conséquences que pour mettre en œuvre des moyens pour les prévenir. Il n'existe cependant pas de recette magique pour éliminer le problème des coûts et des échecs mais il existe des façons de réduire l'impact dysfonctionnel que peut engendrer une acquisition.

Selon Smith (1998), il serait donc possible d'améliorer les probabilités réservées aux résultats en terme de succès et d'échec par une gestion attentionnée de l'intégration des organisations à mettre en commun. Enfin, bien que les gestionnaires des années 90 semblent être relativement alertes à la problématique du facteur humain lors de changements majeurs, il semble exister un écart important entre le discours et la réalité (Lefèvre, 1993). Il importe ainsi d'être non seulement alerte à cette problématique mais il faut également savoir comment s'y prendre lorsque l'on veut réaliser une fusion ou une acquisition.

Prenant en considération le nombre de fusions et d'acquisitions réalisées annuellement dans le monde entier, on en connaît peu sur l'impact de ces activités sur les organisations et les individus. Selon Marks (1982) la littérature en dit encore moins sur l'efficacité des différentes approches utilisées pour gérer l'aspect humain lors des processus de fusions et d'acquisitions.

Compte tenu de l'ensemble des considérations mentionnées ci-haut, ce mémoire porte sur la gestion de l'intégration d'un cas de fusion d'organisations professionnelles dans le domaine hospitalier au Québec. La partie qui suit introduit

le lecteur à un niveau plus spécifique du cadre d'analyse à l'intérieur duquel est produit ce mémoire par une brève présentation du projet de recherche sur la transformation des hôpitaux universitaires.

1.2 Projet de recherche sur la transformation des hôpitaux universitaires.

Le présent mémoire s'inscrit à l'intérieur d'un projet de recherche beaucoup plus large mené par deux chercheurs dans le domaine de l'administration de la santé, Jean-Louis Denis, professeur agrégé au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et Ann Langley, professeure à l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal. Ces derniers travaillent également en coopération avec Lise Lamothe, professeure en gestion à l'Université Laval, qui effectue une étude similaire dans un autre CHU.

Ce projet de recherche porte sur l'étude du processus de transformation des hôpitaux universitaires et s'attarde de façon plus spécifique, à l'étude de la création du CHUx. Il s'étend sur une période de plusieurs années, suffisamment grande pour saisir toute l'évolution naturelle du processus de la fusion. Les principaux objectifs visés par le projet sont :

- 1) décrire les facteurs facilitants et les obstacles au niveau stratégique et opérationnel rencontrés dans le processus de création et de mise en oeuvre du CHUx;
- 2) analyser le rôle des différents acteurs, groupes et organisation dans le processus de création et de mise en oeuvre du CHUx;
- 3) analyser la dynamique de leadership aux différentes phases de réalisation du CHUx;
- 4) analyser l'ensemble des compétences et outils de gestion critiques aux différentes phases de réalisation du CHUx.

Source : Denis, J.L. et Langley, A. *Le processus de transformation des hôpitaux universitaires*, Novembre 1996. (Document non publié)

Bien qu'il touche un peu à tous les objectifs du projet de recherche, le présent mémoire, s'attarde principalement aux premier et quatrième objectifs, soit les facteurs facilitants et les obstacles de même que les outils de gestion critiques à la phase d'intégration de la fusion des hôpitaux. Passons maintenant à la présentation des objectifs et questions spécifiques à cette présente recherche.

1.3 Objet et questions de recherche

Ce mémoire veut contribuer aux connaissances sur les fusions d'organisations professionnelles et principalement à une compréhension accrue des facteurs de succès inhérents à la réussite des fusions. Pour ce faire, il pose un regard particulier sur la gestion des fusions d'organisations en privilégiant, avant tout, le point de vue des individus.

Il vise à développer dans un premier temps un modèle conceptuel portant sur la mise en oeuvre du processus d'intégration d'organisations axé sur les processus et outils de gestion.

Elle cherche, dans un second temps, à analyser un cas réel de fusion d'organisations hospitalières en fonction du modèle d'intégration développé. Pour ce faire, nous procéderons à une analyse contextuelle de la création du Centre Hospitalier de l'Université x (CHUx) ainsi que de la fusion de deux services spécifiques. Nous effectuerons également une analyse des mécanismes de gestion utilisés pour réaliser l'intégration dans ces deux cas. Enfin, nous tenterons de démontrer les liens existants entre ces analyses et les résultats préliminaires des deux micro-fusions.

Concrètement, ces objectifs se traduisent en questions de recherche qui guideront le déroulement de notre recherche. Notre question de recherche principale est donc la suivante :

- Quelles sont les capacités managériales qui doivent être mobilisées pour réussir une fusion d'organisations de structure et de culture différentes ?

Quant aux questions empiriques développées pour l'analyse du cas, nous en avons élaboré cinq principales qui nous serviront, éventuellement, à couvrir l'analyse du cas à l'étude :

- Quelles sont les particularités relatives au contexte global de la fusion des organisations professionnelles médicales ?
- Quelles sont les principales différences structurelles et culturelles entre les trois organisations ?
- Comment les principales différences structurelles et culturelles affectent-elles le processus d'intégration au sein des deux micro-fusions ?
- Jusqu'à quel point a-t-on adopté les mécanismes préconisés dans la littérature ?
- Quels sont les résultats en terme du degré d'intégration structurel et culturel ainsi qu'en terme d'efficacité de fonctionnement ?

1.4 Structure du mémoire

Ce premier chapitre avait pour objet de présenter la problématique dans laquelle s'inscrit ce mémoire. Il a fait part de l'état de la situation des fusions et des acquisitions et s'est penché vers le cas plus particulier du secteur hospitalier au Québec. Par la suite, il a relié ce mémoire au plus grand projet de recherche à l'intérieur duquel il se situe. Dans un troisième temps, il a fait état des questions de recherche qui serviront à guider le mémoire tout au long de son déroulement. Enfin, il présente la structure de la recherche. C'est à ce point même que nous nous situons actuellement.

Les chapitres subséquents de même que les liens qui unissent leurs composantes peuvent être représentés à l'intérieur d'un schéma auquel nous aurons recours tout au long du mémoire (Figure 1.1). Cette figure indique par ailleurs la perspective avec laquelle nous abordons la présente recherche. Ainsi, nous croyons que le contexte détient une importante influence à la fois sur les

mécanismes de gestion utilisés et sur les résultats de la fusion (directement et indirectement). Cependant, nous soutenons également que le recours à certains mécanismes de gestion puisse favoriser l'atteinte de résultats positifs quant aux regroupements d'organisations. Ainsi, selon nous, la façon dont est pris en main ce changement compte pour beaucoup dans l'atteinte ou non des objectifs encourus.

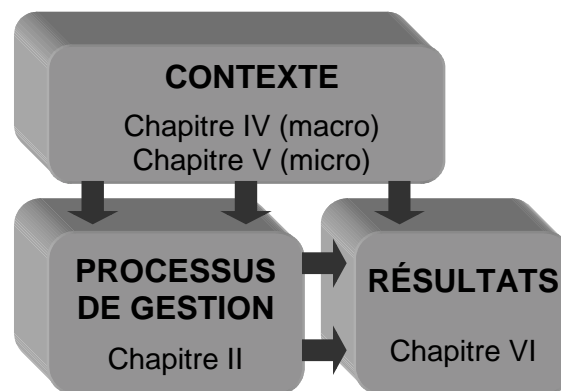


Figure 1.1 Structure du mémoire

Le deuxième chapitre, constitue la base théorique du présent mémoire. Il regroupe dans un premier temps les notions permettant de situer et de justifier le recours à des mécanismes de gestion dans l'objet de réaliser l'intégration d'organisations. Il présente par la suite, six différents modèles portant sur la gestion des fusions et des changements radicaux. Il met enfin en relief la nomenclature de ces différentes théories par une analyse comparative de leurs composantes et propose un modèle-synthèse. Ce modèle constitue le fondement théorique à partir duquel seront analysés les mécanismes de gestion utilisés dans la fusion.

Le troisième chapitre est composé du cadre méthodologique de la recherche. Il traite principalement des choix méthodologiques relatifs à l'approche privilégiée, des caractéristiques associées au design de la recherche, de la réalisation de la recherche et du traitement des données ainsi que les aspects relatifs à la fidélité, à la validité et à l'éthique.

Le quatrième chapitre du mémoire, quant à lui, s'appuie sur une analyse macroscopique du contexte à la fois théorique et pratique. En effet, la première partie tente de situer le lecteur au sein du contexte professionnel-médical présent au sein des organisations hospitalières. Ces organisations possèdent une dynamique particulière qu'il importe de bien comprendre afin d'analyser les mécanismes de gestion selon une perspective adéquate. Ce contexte est analysé à partir des observations d'auteurs ayant écrit sur le domaine. La seconde partie, pour sa part, nous introduit au cas du CHUx ainsi qu'aux particularités relatives à son contexte et aux éléments qui le composent.

Le cinquième chapitre, vient resserrer le sujet du mémoire pour le recentrer sur deux sujets particuliers d'analyse, soit la fusion des unités et services de gériatrie et d'obstétrique. Pour ce faire, il comporte une reconstitution de la séquence des événements critiques reliés au déroulement de ces micro-fusions. Il présente par la suite une analyse individuelle des unités permettant de faire ressortir des particularités sur les plans culturels, structurels et individuels. Il attire ensuite l'attention sur le niveau de complexité des micro-fusions en fonction des structures organisationnelles. Enfin, il tire une analyse comparative à partir des principaux facteurs contextuels relatifs à chacune des micro-fusions et des effets sur leur déroulement.

Le chapitre VI fait référence, pour sa part, à l'analyse des mécanismes de gestion utilisés pour réaliser l'intégration de même que l'analyse des résultats préliminaires des micro-fusions respectives. Il tente enfin, d'avancer des conclusions, à partir des analyses comparatives réalisées, en ce qui concerne le recours aux différents mécanismes de gestion.

En dernier lieu, le chapitre VII correspond à la synthèse de même qu'à la conclusion du mémoire. Ce chapitre représente l'aboutissement de l'ensemble des chapitres précédent. Il fait donc un bref rappel de l'information contenue dans ces

chapitres en réponse aux questions de recherche posées au chapitre premier. Il tente également de faire ressortir les relations entre le contexte, les processus de gestion de l'intégration et les résultats obtenus. Enfin, il présente une discussion sur les principales limites du mémoire ainsi que sur les pistes de recherches proposées.

CHAPITRE II

LE CADRE CONCEPTUEL; LES DÉFIS DE GESTION DE L'INTÉGRATION

La mise au point de l'intervention qui permet le changement le plus approprié correspond surtout à la préparation des personnes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement de l'organisation. Cette préparation passe par l'acceptation du changement comme un fait inévitable et peut-être même souhaitable, malgré les souffrances qu'il engendre pour les membres de l'organisation, parce qu'il fournit aussi les apprentissages qui permettent l'adaptation et la survie future.

Hafsi et Fabi, 1997, p.372

2.1 Introduction

Ce chapitre constitue l'essentiel d'un cheminement menant à un modèle théorique des principaux défis managériaux en situation d'intégration de fusion. Il est le fruit d'un amalgame de travaux scientifiques sélectionnés pour leur rigueur et leur complémentarité.

Dans un premier temps, ce chapitre situe l'objet principal de ce mémoire au niveau d'un cadre d'analyse séquentiel. Deuxièmement, il s'attarde à l'effet des fusions sur la synchronisation de la culture et de la structure des organisations. Troisièmement, il met en lumière l'importance des rôles des dirigeants locaux à cette étape précise de la fusion. Il enchaîne avec un discours portant sur la nécessité de la coopération.

Il présente, par la suite, un éventail de typologies, portant sur l'essence même des rôles des dirigeants locaux, élaborées par des auteurs dans le domaine des fusions et des changements radicaux. Sixièmement, il met en relief la nomenclature de ces différentes théories par une analyse comparative de leurs composantes. Il propose enfin un modèle-synthèse des défis managériaux favorisant la réussite des fusions. Ce modèle servira de fondement pour analyser une situation de fusion dans le domaine hospitalier au Québec. Nous y ferons donc fréquemment référence dans les chapitres subséquents.

2.2 La fusion ; un processus séquentiel

Le sujet de ce mémoire s'inscrit à l'intérieur du processus dynamique d'une fusion. Il est partie intégrante de l'une des phases de déroulement de son processus séquentiel. Avant d'exposer quelque théorie que ce soit sur sa nature, précisons tout d'abord dans quel contexte il se situe afin de préciser la position de notre recherche en regard de l'ensemble du processus.

Rousseau (1990) propose un cadre de référence simplifié des regroupements d'organisations qui met l'accent sur l'enchaînement logique des événements. Pour ce faire, elle regroupe les principales activités du processus de fusion autour de quatre phases. Nous nous inspirerons de ce modèle tout en l'adaptant à une situation de fusion d'organisations complexes.

Notons que la référence à ce modèle demeure à titre indicatif seulement. Le modèle de Rousseau est utilisé exclusivement pour faciliter la compréhension quant à la position temporelle de l'objet de ce mémoire en fonction de l'évolution d'une fusion. Nous sommes conscient de l'existence d'une grande variété d'autres modèles dans ce domaine et ne plaidons aucunement le caractère absolu de son application, là n'est pas l'objet de ce mémoire. Nos critères de sélection étant la simplicité et la clarté, c'est sur eux que repose entièrement la justification du choix de ce modèle.

2.2.1 La phase stratégique

La première étape fondamentale du modèle de Rousseau se trouve à être la phase stratégique. Cette phase se distingue, en premier lieu, par une collecte d'information puisée dans l'environnement externe de l'organisation. Les renseignements recueillis servent, par la suite, à la formulation des objectifs des organisations intéressées à fusionner.

L'organisation intéressée doit également profiter de cette occasion pour auto-évaluer ses principales forces et faiblesses, c'est ce que Rousseau désigne comme étant le diagnostic. En effectuant l'autodiagnostic de leur organisation les dirigeants ne doivent certes pas omettre d'évaluer les aptitudes, l'expérience et la formation de leurs propres gestionnaires ainsi que de connaître leurs intérêts face aux diverses activités de l'organisation.

La conclusion de cette activité mène à l'élaboration d'un plan stratégique découlera de l'ensemble de ces activités. Vient enfin un plan de fusion, ce dernier consiste à établir concrètement les objectifs à atteindre et les stratégies choisies pour réaliser ces objectifs. Pour ce faire, il est essentiel, selon Rousseau, de tenir compte des informations provenant de l'environnement externe ainsi que du diagnostic préalablement effectué. Enfin, ce dernier plan consiste avant tout à situer l'organisation le plus près possible de la réalité et d'éviter, autant que possible, le piège d'un projet trop ambitieux et qui se verrait dès lors irréalisable.

2.2.2 La phase tactique

La seconde étape du modèle de Rousseau consiste au déroulement de la phase tactique. Celle-ci constitue la suite logique du plan stratégique en ce qu'elle correspond à la mise en application des décisions découlant du plan de fusion.

Pour la réaliser, il est donc nécessaire, selon cette auteure, de procéder à l'identification des organisations cibles potentielles en conformité avec le plan de fusion. Un tri des différentes organisations retenues est alors effectué en procédant à leur évaluation superficielle sur la base des critères de fusion préétablis. Parallèlement, l'amorce d'un plan en préparation à la phase de réalisation est effectué afin de déterminer les grandes lignes d'une fusion possible avec ces autres organisations.

Les entités choisies participent, par la suite, à une évaluation plus approfondie ainsi qu'à l'amorce des négociations. Ce processus de négociation se subdivise en trois principales activités, soit, le contact initial, l'amorce de la négociation ainsi que la négociation proprement dite.

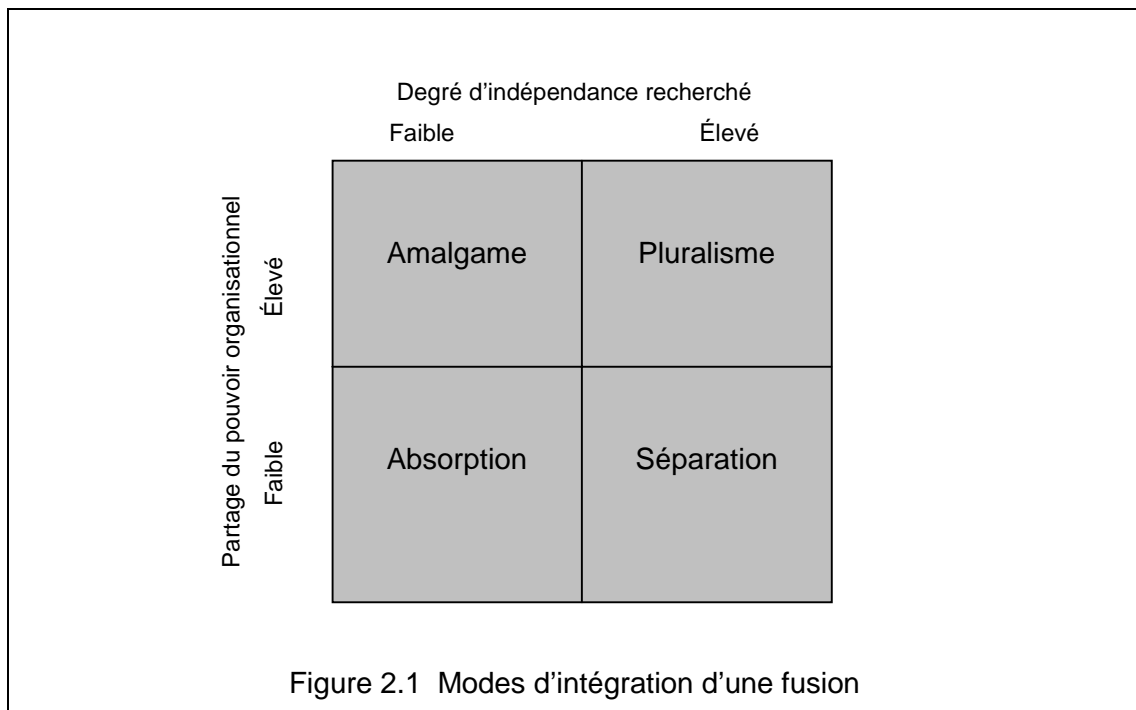
Enfin, selon Rousseau, il est préférable que le déroulement du processus de négociation se fasse dans la plus grande discrétion et même dans le secret le plus total. Il importe néanmoins de veiller à la préparation des canaux de communication en vue de la conclusion d'une entente.

2.2.3 La phase de réalisation

La phase tactique cède par la suite sa place à la phase de réalisation. Selon Rousseau, cette dernière se subdivise en deux grandes parties, soit l'entente et l'intégration. La première est principalement d'ordre juridique puisqu'elle est caractérisée par l'accord officiel des parties au sein des conseils d'administration respectifs. La seconde fait plutôt référence à la gestion. C'est également le moment de veiller à la diffusion adéquate et efficace de l'information par l'intermédiaire de messages officiels adaptés aux destinataires. À partir de ce moment critique, les directions se doivent de maintenir informés leurs employés de façon suffisante et constante.

La seconde partie de cette phase fait référence, pour sa part, à la mise en œuvre du changement et donc, de l'intégration en tant que telle. Pour Rousseau, l'intégration implique la mise en commun des différents départements et fonctions des entreprises.

La principale difficulté de l'intégration réside dans le fait qu'elle signifie également la mise en commun des systèmes humains, systèmes possédant chacun leur propre histoire et une culture bien à eux. Le degré de difficulté de cette phase est intimement lié au degré d'intégration désiré. Il existe ainsi divers degrés d'intégration possible dans une stratégie de fusion. En s'inspirant des modèles de Bueno et Bowditch (1989) ainsi que de Jemison et Haspeslagh (1991) sur les différents modes d'intégration, nous avons créé notre propre modèle binaire (figure 2.1). Ce dernier fait ressortir quatre principales stratégies d'intégration possible concernant les fusions pures.



Nous définissons les différents modes d'intégration de la façon suivante:

- A) Amalgame – Fusion de deux ou plusieurs entités égalitaires pour former une nouvelle organisation, possédant une culture à la fois nouvelle et unifiée. C'est la fusion détenant le plus fort degré d'intégration et par le fait même la plus difficile à réaliser sur le plan humain.
- B) Pluralisme – Fusion à l'intérieur de laquelle les entités demeurent semi-indépendantes mais bénéficient surtout des nombreux bénéfices en liens avec leur union. On retrouve dans ce type de fusion par exemple, des organisations qui mettent en commun leur département de recherche et développement.
- C) Absorption – Fusion qui ressemble davantage à une acquisition pure et simple. Il y a domination de pouvoir par l'une des organisations. Éventuellement, la culture de cette organisation sera la culture prédominante.
- D) Séparation – Fusion à très faible degré d'intégration. Les parties conservent leur entière indépendance. Cette fusion ressemble plutôt à une association dans laquelle les parties recherchent la force à travers la diversité.

Hafsi et Demers (1989) révèlent que même si la formulation d'une décision stratégique est importante dans une organisation à haut niveau de complexité, c'est plutôt dans sa mise en œuvre que réside le défi. Enfin, selon Rousseau, la capacité de gérer le changement s'avère un élément déterminant de la réussite ou non de la fusion.

Cette période qu'est l'intégration est celle retenue pour la poursuite de ce mémoire. La justification en est simple puisque c'est à cette étape que sont mis en relief au maximum les variables en rapport avec l'étude, soit les compétences managériales.

Parallèlement à ces activités, il est essentiel de mettre en place des mécanismes de contrôle qui deviendront primordiaux lors de la phase d'évaluation critique.

2.2.4 La phase d'évaluation critique

La phase d'évaluation critique est la phase finale du modèle linéaire de Rousseau. L'activité principale de cette étape consiste à tracer un bilan des activités de la fusion. Il s'agit ici d'évaluer les résultats en fonction des objectifs visés à la phase stratégique. Un tel examen permet aux gestionnaires de prendre des décisions plus éclairées et ce, au bon moment. Cette mise au point sert à la formulation de leçons qui pourront servir à l'organisation dans l'avenir.

Une fusion d'organisations complexes ne peut s'effectuer d'un seul coup mais elle doit plutôt se réaliser en plusieurs étapes. Dans ce cas-ci, la fusion peut être accomplie département par département ou fonction par fonction, de façon subséquente ou encore, de façon chevauchée. Pour l'objet de ce mémoire, nous appellerons chacune de ces étapes une micro fusion. À chacune de ces micros fusions vient se greffer chacune des phases du modèle de Rousseau pour former, à la fin, un patron répétitif (voir figure 2.2).

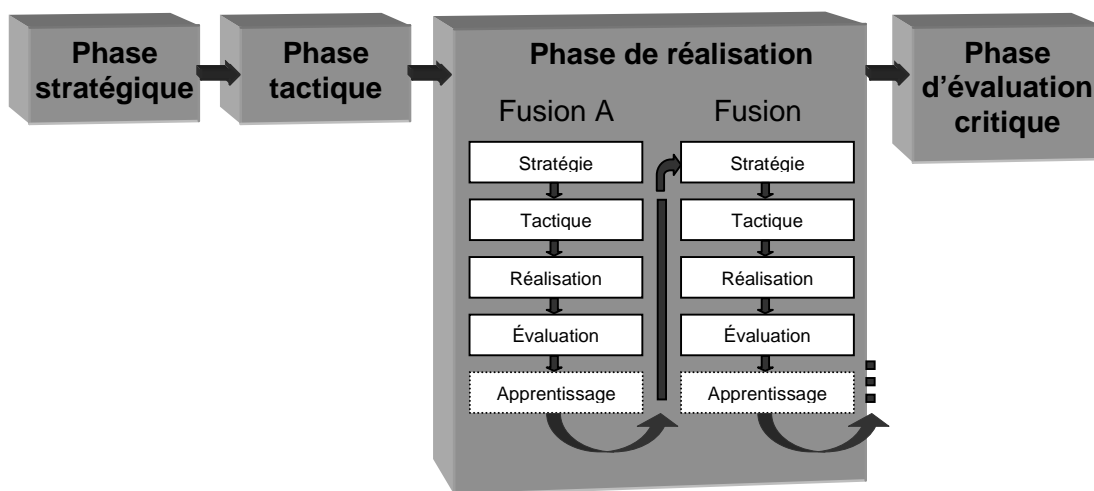


Figure 2.2 Modèle évolutif des micros fusions

Bien qu'à ce niveau les différentes phases du processus fusionnel renferment un caractère plus officieux et qu'elles soient de moindre ampleur, elles renferment la même essence et permettent une compréhension efficace de l'ensemble du processus.

2.2.5 La phase d'apprentissage

Aux phases du modèle séquentiel de Rousseau, nous ajoutons la phase d'apprentissage et ce, pour souligner l'importance de la transmission des leçons apprises. Cette étape est introduite afin d'adapter au maximum le modèle présenté au contexte des micro-fusions composant les fusions d'organisations complexes. Il s'agit ici de transformer l'apprentissage départemental ou fonctionnel en un apprentissage organisationnel.

L'apprentissage se doit alors d'être transmis aux personnes responsables des micro-fusions des autres départements et fonctions qui s'apprêtent à une mise en commun. Enfin, c'est ainsi que cette phase vient influencer la phase stratégique de chacune des micros fusions à venir.

2.3 Culture et structure ; la recherche d'une convergence

D'après Allaire et Firsirotu (1984), un changement radical, tel que véhiculé au cours d'une fusion affecte l'aspect formel de l'organisation, mais a également un impact important sur les valeurs, les croyances et la vision de chacun au sein de l'organisation.

Tout au long de son développement naturel et de sa croissance, l'organisation développe des liens très fins entre sa structure et sa culture. Lorsqu'un changement majeur est effectué auprès de la structure d'une organisation elle n'est plus supportée ni légitimée par sa culture. Dès lors, la structure et la culture de

l'organisation possèdent une orientation divergente et il devient impératif de rétablir une nouvelle synchronisation.

Afin de mieux comprendre le lien entre la structure et la culture attardons-nous au contenu de chacun de ces concepts ainsi qu'à la nature et aux types de relations liant les membres de l'organisation en regard de ces dimensions (Figure 2.3).

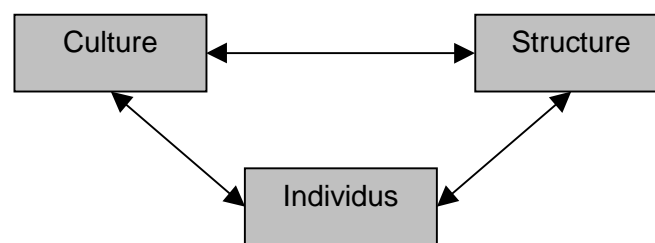


Figure 2.3. L'organisation

Tiré de Allaire et Firsirotu (1984)

La *structure* d'une organisation, selon Allaire et Firsirotu, est composée de ses buts et stratégies, de sa forme organisationnelle, de ses politiques internes et externes, de ses systèmes de gestion et de contrôle, de ses structures d'autorité ainsi que de tout le matériel physique appartenant à l'organisation.

La *culture* quant à elle se rapporte à tout ce qui est intangible dans une organisation. Elle fait référence aux valeurs, aux traditions, aux croyances, aux habitudes, aux significations des actions, etc. qui émergent de son histoire propre.

Les *individus*, tel qu'entendu ici, font référence à l'ensemble des personnes œuvrant pour une organisation sans aucune distinction de niveau ou de fonction. Ce sont ceux qui interprètent les messages sur la base des croyances intégrées au cours du temps et qui réagissent en fonction de leurs habitudes et valeurs.

La fusion est un changement effectué au niveau de la structure qui vient déstabiliser l'équilibre bâti au cours des années. Si la structure est changée mais

que la culture demeure sensiblement la même, il advient une dissociation entre la culture et la structure. Les personnes en charge de l'organisation se doivent de rétablir un nouvel équilibre par des gestes concrets.

La plus grande part d'instabilité sera générée lors de la phase de réalisation puisque c'est à ce moment que les membres percevront et ressentiront les effets réels de la fusion. Afin de rétablir la synchronisation qui permettra d'assurer à l'organisation sa survie future, les dirigeants doivent impérativement rechercher des mécanismes aidant à modifier la structure ainsi qu'arriver à faire correspondre la culture en conséquence et ce, dès le déclenchement de la phase stratégique.

2.4 Le dirigeant local ; un rôle clé dans la fusion

Afin d'être le plus explicite possible, jetons à l'instant une lumière sur le concept de *dirigeant local*. En fait, il possède une signification qui s'apparente au concept tel qu'utilisé par Shirley (1977). Nous entendons par cette expression, l'individu chargé de la gestion de la fusion de son département. Expression qu'il ne faut pas confondre avec le terme *dirigeant* qui lui, fait partie exclusivement de la haute direction. Il peut néanmoins arriver, au cours de ce mémoire, que l'expression *gestionnaire d'unité d'opération* soit utilisée ou même simplement *gestionnaire* afin d'alléger le texte, ils possèdent pour nous la même signification.

Bien qu'il soit téméraire de croire que les dirigeants locaux contrôlent la totalité des variables qui contribuent au succès de fusions d'entreprises, on ne peut nier l'importance du rôle de ces derniers. Il n'en demeure pas moins qu'ils sont l'un des pivots des forces intégratives de l'organisation. Il est par conséquent question, ici, de s'attarder au rôle fondamental que jouent ces personnes clés dans la mise en œuvre de la fusion.

Dans une étude sur les fusions d'organisations, Robert Shirley (1977) arrive à la conclusion que ce n'est pas tant l'ampleur du changement vécu que la façon dont la

fusion est implantée qui influence l'attitude des individus envers la fusion. Mitchell Lee Marks (1982) vient par ailleurs corroborer ces résultats en affirmant que les employés satisfaits de la façon dont le changement est géré tendent à avoir une attitude plus positive face à la fusion que ceux qui se sentent mal informés et peu ou pas impliqués. Ces individus croient, entre autres, que la fusion améliorera l'organisation ainsi que leur situation de travail personnelle.

De plus, Gambrell et Stevens (1992) soutiennent le fait que plus l'aspect humain est compris, plus l'organisation sera en mesure d'offrir un environnement de travail positif et plus elle détiendra une position compétitive. Ces mêmes auteurs affirment également que même si la plupart des organisations sont sujettes à une baisse de productivité, de qualité et de motivation durant un changement majeur, les gestionnaires d'unité d'opération sont en mesure de minimiser cette phase temporaire.

La gestion du changement ayant un impact important sur la façon dont les employés réagissent et acceptent le changement organisationnel, elle se retrouve en lien direct avec l'ampleur de cette phase temporaire d'affaiblissement. Les dirigeants locaux doivent, par conséquent, faire preuve d'une grande force. Ils doivent non seulement vaincre leur propre crainte face au changement mais ils doivent de surcroît surmonter la résistance pour rendre réalisable et conduire ce changement.

Le rôle du dirigeant local se voit modifié en période de changement. En temps normal, ce dernier se consacre au maintien de la congruence à l'intérieur de l'organisation par le renforcement de la mission et des valeurs de base. En période de changement, il se doit plutôt de participer à la définition de la nouvelle stratégie, de nouvelles structures, des processus organisationnels de même qu'au développement ainsi qu'à l'implantation de nouveaux plans.

2.5 La coopération ; une nécessité au changement

La tâche du dirigeant local est très délicate puisqu'elle influence directement la continuité de la coopération au sein de l'organisation (Barnard, 1937). Selon lui, la coopération constitue le fondement de l'organisation. Sans elle, cette dernière ne peut survivre ni même exister. Sa théorie de l'échange stipule que la présence de coopération ne peut se faire que s'il y a équilibre entre la perception des individus de leur contribution et ce qu'ils reçoivent en échange. L'efficacité de la relation de coopération est évaluée selon le degré d'atteinte des objectifs visés par le système, tandis que l'efficience du système de coopération constitue le résultat de la somme des efforts fournis par les individus de l'organisation.

Selon Barnard, la principale fonction du gestionnaire est de faire en sorte que la coopération soit maintenue à l'intérieur de l'organisation (Hafsi et Demers, 1997). Pour assurer cette tâche les dirigeants locaux doivent :

... inspirer confiance et respect, et pour cela, ils doivent être le symbole et la personnification de valeurs morales et éthiques élevées, dont la précarité et la délicatesse augmentent à mesure que le niveau de responsabilité s'accroît.

Hafsi et Demers, 1997

Enfin, Barnard soutient que le changement représente une force déstabilisatrice qui vient remettre en cause les fondements sur lesquels la coopération a été construite jusque là. Ainsi, une étroite collaboration des membres de l'organisation touchés par le changement est, plus qu'à tout autre moment, essentielle. En situation de fusion la tâche principale du dirigeant local sera donc d'assurer la coopération initiale malgré le déséquilibre créé.

2.6 Les processus d'intégration; six modèles

La mise en commun d'organisations dans une fusion nécessite la mobilisation d'une grande quantité d'énergie afin de permettre la consolidation d'un grand nombre de pratiques. Elle nécessite la relocalisation d'espaces, la relocalisation d'équipements pour répondre aux nouveaux besoins ainsi que la réorganisation de la distribution de ressources financières. Mais le vrai défi selon Feldman et Spratt (1994) repose :

... in merging organisation structures, management styles, employee expectations, policies, and cultures. This is the human side of the postmerger equation. It drives performance, consumes most of the operating costs, and suffers the most severe debilitating impact from a merger.¹

Compte tenu de ce propos, nous soutenons, dans le cadre de ce mémoire, la position selon laquelle une fusion d'organisations est avant tout une fusion d'individus et de groupes d'individus (Buono et Bowditch, 1989).

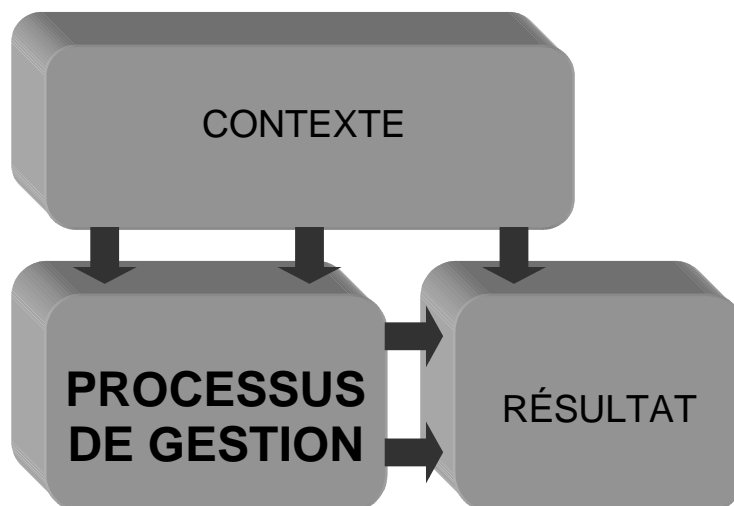
Nous maintiendrons, dans le cadre de ce mémoire, l'utilisation du concept *défi* en ce qu'il représente souvent le plus grand défi qu'un gestionnaire aura à vivre au cours de sa carrière. De surcroît, la proportion considérable d'échecs dans le domaine des fusions et des acquisitions fait de sa réalisation un défi certes non négligeable.

Gill et Foulmer (1978) relèvent, quant à eux, une série de problèmes communs aux fusions qui pourraient être résolus de façons similaires. Ils proposent de faire appel à des solutions qui nécessitent une gestion plus sophistiquée et ce, particulièrement au niveau de l'élément humain.

¹ dans la fusion des structures organisationnelles, des styles de gestion, des attentes des employés, des politiques internes ainsi que des cultures. Ceci correspond à l'aspect humain de l'équation postacquisition. Il influence la performance, consomme presque la totalité des coûts d'opération et souffre le plus durement de l'impact de la fusion.

Les défis managériaux tel qu'entendu ici concernent, en fait, les processus de gestion qui contribuent à favoriser le succès de la fusion de l'élément humain et ce, au cours de la phase d'intégration. La figure 2.4 nous permet de comprendre, de façon schématique, comment s'insèrent ces processus de gestion lors de l'intégration d'une fusion. En fait, cette figure met en relief les relations entre les principales variables couvertes dans ce mémoire et démontre la façon dont les processus de gestion en viennent à influencer les résultats.

Figure 2.4 Les processus de gestion et leurs relations d'influence



À la lumière de ce qui précède, nous stipulons donc qu'une bonne maîtrise du processus de gestion aura un effet positif sur les résultats de la fusion. Ainsi, la façon dont est pris en main ce changement compte pour beaucoup dans l'atteinte ou non des objectifs encourus. Nous tenons cependant à rappeler la présence non négligeable du facteur contextuel et ne tenons, en aucun cas à en diminuer l'importance. En outre, mentionnons que ce facteur comprend les dimensions culture, structure et individu de l'organisation de Allaire et Firsirotu (1983, 1985) abordées précédemment et utilisées plus tard pour l'analyse du cas. Le contexte fera l'objet des chapitres IV et V.

Plusieurs auteurs ont proposé un modèle concernant les facteurs facilitateurs de la phase d'intégration. Nous avons examiné bon nombre de ces modèles pour ne conserver que les six plus complets et plus pertinents pour le cas à l'étude. Nous avons également tenté de choisir ces modèles en fonction de leur complémentarité. Dans cette partie du mémoire nous présenterons, de ce fait, les six typologies retenues.

Lorsque vient le temps de la gérer, la *fusion* peut être considérée d'emblée comme un *changement majeur* puisque ses effets sur les membres d'une organisation sont profonds et déstabilisateurs (Hafsi et Toulouse, 1991) (Galpin et Robinson, 1997). Un changement est considéré comme étant majeur ou radical lorsqu'il touche aux fondements de l'organisation, soit lorsqu'il s'attaque simultanément à tous les éléments au cœur de l'organisation (Hafsi et Demers, 1997).

Par ailleurs, Galpin et Robinson (1997) qualifient l'intégration des fusions comme étant le défi ultime du domaine de la gestion du changement. Ces derniers soutiennent la présence de nombreuses dynamiques de gestion du changement durant les fusions. Selon eux, une mauvaise gestion de ces dynamiques durant la phase d'intégration est l'une des principales causes d'échec des fusions. Ainsi, certains modèles proposés dans cette section proviennent du domaine de la gestion stratégique du changement.

2.6.1 Allaire et Firsirotu (1983, 1985)

Pour Allaire et Firsirotu, toute action auprès de l'une des trois dimensions de la gestion, soit la culture, la structure ou les individus, doit être accompagnée de modifications dans le même sens auprès des deux autres dimensions afin que l'organisation soit en mesure de supporter le changement. Ainsi, les changements radicaux effectués au niveau de la structure des organisations doivent être renforcés par des actions au niveau de sa culture. Afin de réaliser des changements radicaux

le plus harmonieusement possible, trois formes de gestion sont proposées soit, technique, politique et symbolique.

En fait, selon ces auteurs, le principal défi des stratégies radicales est de minimiser la tension entre les systèmes culturel et structurel. Ce qui signifie, de façon plus précise, de réussir à changer la culture et la mentalité des individus pour qu'elles soient en harmonie avec la structure. Portons maintenant un regard sur les dynamiques de changement stratégique sur le plan de la culture, de la structure et des individus (tableau 2.1)

Tableau 2.1 Dynamiques du changement stratégique			
L'organisation	Degré de contrôle de la direction	Rythme de changement	Mode de changement
Structure	Élevé	Modéré à élevé	Gestion politique et technique, légitimité culturelle.
Culture	Faible à modéré	Faible à modéré	Gestion symbolique supportée par les changements structurels.
Individu	Faible à modéré	Faible à modéré	Conversion à travers des remplacements, de la formation, de la rééducation ainsi que par la restructuration de la vision.

Traduction libre de Allaire et Firsirotu, 1985

Allaire et Firsirotu constatent que les gestionnaires possèdent un grand contrôle sur les variables structurelles et elles peuvent être modifiées à un rythme modérément rapide. Les modes de gestion proposés sont le recours à une bonne gestion technique analytique ainsi qu'à une gestion politique efficace des coalitions internes.

Cependant, en ce qui concerne la gestion du changement au niveau culturel, celle-ci semble plus difficile à réaliser. Premièrement parce que le gestionnaire possède un plus faible degré de contrôle sur cet aspect de l'organisation. Deuxièmement parce que de tels changements prennent du temps à se réaliser entièrement. Les auteurs Allaire et Firsirotu suggèrent d'avoir recourt à une gestion

symbolique accompagnée de renforcements structurels tangibles. Les gestionnaires devraient, par ailleurs, inclure une excellente justification du changement ainsi qu'un message clair des modes de comportements attendus.

De telles actions, portant sur les changements structurels et culturels, se doivent d'être bien coordonnées afin de les légitimer et de réorienter les mentalités des individus. Regardons maintenant de plus près les différents modes de gestion du changement proposés par Allaire et Firsirotu.

Gestion politique

Les actions de gestion politique concernent tout ce qui a trait à la gestion des coalitions, tant internes qu'externes. Elles consistent plus particulièrement à gérer les rapports de force entre les personnes et les groupes concernés et veiller à la bonne allocation de l'autorité et du pouvoir. Il est nécessaire de s'assurer que les actions entreprises le soient à l'avantage de la réussite de la fusion et non à celui, uniquement, de certains individus.

De tels actes incluent, entre autres, la répartition des ressources, l'élargissement du support politique, les structures de pouvoir et la sensibilisation des acteurs clés à la nécessité de changement.

À ces actions politiques, Tichy (1983) ajoute la distribution des postes ayant une influence sur la mission et les objectifs de l'organisation, la planification budgétaire, les promotions, les politiques de relève ainsi que tout ce qui influence les carrières des individus et leur pouvoir de décision.

Gestion technique

La gestion technique concerne la part rationnelle de la gestion du changement. Elle comprend des activités d'analyse reliées au système de production et de contrôle, les plans d'action et les systèmes de gestion.

Tichy, pour sa part, y ajoute les mécanismes de fixation d'objectifs, le développement et la formation du personnel ainsi que l'ajustement des individus à leur nouveau rôle.

Gestion symbolique

Le troisième mode de gestion du changement fait référence à l'ensemble des symboles véhiculés ayant pour objet d'orienter les mentalités des individus. Il s'agit du type de gestion le plus complexe et le plus intangible et qui nécessite tact et subtilité pour réussir.

La manipulation symbolique joue sur les croyances et les valeurs des individus. Elle a pour but d'assurer un rôle positif et de permettre un certain contrôle dans le monde des perceptions et des interprétations. Les gestes symboliques sont transmis à travers les canaux de communication mis sur pied. Ils servent à l'adoption de la nouvelle image ainsi qu'au partage des nouveaux objectifs. Parmi ces gestes, notons l'importance du rôle du leader ainsi que l'image qu'il génère face à l'adoption des nouveaux objectifs et de l'idéologie proposée.

2.6.2 Covin et Kilmann (1990)

Covin et Kilmann, pour leur part, ont effectué une étude auprès de gestionnaires, de chercheurs, de consultants externes et internes afin de déterminer quels sont les éléments qui ont un impact important dans une stratégie de changement. De façon plus spécifique, cette étude relève les facteurs de gestion clés, regroupés sous des catégories thématiques, au sein d'un processus de changement de grande envergure. Les conclusions de cette étude font état de

quatre éléments majeurs ayant un impact hautement positif sur le changement ainsi que cinq autres éléments identifiés comme étant critiques à la réussite du processus mais soulevés moins fréquemment par les répondants, toutes catégories confondues.

Dans le texte qui suit, nous nous attarderons plus longuement aux quatre premiers facteurs de réussite mais nous prendrons également soin de présenter un bref aperçu des cinq autres.

Support et engagement des gestionnaires

Cette première catégorie est la plus importante selon les répondants de l'étude. Elle concerne tout ce qui a trait à l'importance d'un leadership fort. La crédibilité, l'engagement, la responsabilisation et l'enthousiasme sont parmi les caractéristiques souhaitables de la part d'un dirigeant qui sont le plus souvent mentionnées. On croit qu'il est également important qu'il soit bien informé sur la situation ainsi qu'en mesure de servir de modèle aux autres.

La haute direction, en particulier, doit offrir un support visible aux membres de l'organisation. Elle doit faire preuve d'un engagement à long terme et enfin, elle se doit de respecter et d'assumer ses engagements. En ce qui concerne les gestionnaires de second niveau, il semble primordial qu'ils démontrent de la persévérance, une forte conviction dans le changement et enfin, qu'ils soient responsables des résultats de fusion de leur unité.

Par ailleurs, les répondants insistent sur les répercussions négatives que peuvent causer une carence de support des gestionnaires ainsi qu'un manque d'engagement sincère ou encore une non-adhésion de certains d'entre eux au changement proposé.

L'encouragement à la participation

Les répondants à l'étude démontrent également un intérêt commun pour ce qui est de favoriser la participation de tous les niveaux d'employés à l'ensemble des phases du changement.

Différents moyens pour favoriser la réussite d'un changement majeur sont proposés. Parmi ceux-ci notons, le fait d'accorder aux employés une plus grande incidence sur leur travail, le recours à des groupes de travail multidisciplinaires, l'implication des syndicats et des représentants des travailleurs tôt dans le processus, une responsabilité partagée par tous les employés concernés par le changement du succès de l'intégration et enfin, l'encouragement des initiatives prises par les individus.

À l'opposé, une indifférence marquée face à la nécessité d'une participation manifeste, une utilisation malsaine ou encore abusive de cette pratique, risquent d'avoir des répercussions négatives sur le changement et sont proscrites. En ce qui concerne les impacts néfastes, les répondants soulignent également les torts que peuvent causer une mauvaise compréhension des participants sur la raison profonde de leur implication, une indifférence de la part des gestionnaires envers les idées et les opinions des employés, une sous-estimation du rôle des employés dans le changement ou simplement le fait de penser que le dirigeant seul peut tout transformer.

Haut niveau de communication

Une communication constante et intégrale a un impact très positif sur le processus de changement selon les répondants. Ceux-ci insistent sur l'importance des messages oraux et écrits dans la coordination des objectifs et des activités reliées au changement. Le type de communication auquel on fait référence ici de façon plus particulière est de nature descendante, soit du haut vers le bas.

Les réponses sur la communication font référence précisément à la nécessité d'échanges fréquents entre les gestionnaires intermédiaires, d'une bonne coordination inter-groupes, de la diffusion d'histoires à succès inhérentes au changement et de rencontres périodiques d'évaluation du processus de changement.

En revanche, l'insuccès à partager l'information, à communiquer les changements nécessaires, ou encore à justifier la nécessité du changement aurait un impact hautement négatif sur le changement selon les répondants. De plus, la malhonnêteté, les cachotteries, l'incapacité à créer un climat favorisant les dialogues ouverts et un piètre système de rétroaction seraient néfastes pour le succès de la fusion.

La reconnaissance de la pertinence du changement

Une forte proportion des employés qui perçoivent la nécessité du changement est considérée comme ayant un impact très positif sur le processus selon les répondants. Selon ces derniers, plus le besoin de changement est clair, compris et logique, meilleures sont les chances du succès. Les gestionnaires et les employés doivent être en mesure de percevoir que le changement doit non seulement correspondre aux besoins réels de l'entreprise mais il doit en faire partie intégrante. L'accent sur les besoins d'affaires du changement doit être au centre des prises de décision.

Inversement, un changement semblant non justifié aux yeux des employés ou un programme de changement inadapté aux besoins ou capacités de l'organisation peuvent le faire échouer. Ainsi, agir sans poser un diagnostic préalable, donner des directives qui semblent non fondées aux yeux des subalternes ou simplement engager l'organisation dans un projet de changement qui semble non essentiel à son succès sont des gestes déconseillés par les répondants de l'étude.

À ces facteurs ayant un impact hautement positif sur le changement, cinq autres demeurant critiques à la réussite du changement peuvent y être ajoutés selon plusieurs répondants. Ils consistent en un système de récompenses en conformité avec les objectifs du changement, à la création d'attentes réalistes, à l'encouragement d'une participation volontaire à l'instar d'une participation obligatoire et enfin, à une assignation claire des personnes en charge du processus.

2.6.3 Galpin et Robinson (1997)

Galpin et Robinson répartissent à l'intérieur de différentes catégories qu'ils nomment *concepts de gestion du changement*, les principales leçons qu'ils ont tirées en assistant des organisations dans leur processus d'intégration. Ces leçons consistent en des actions facilitatrices du succès des fusions qui devraient, selon eux, être appliquées à toute intégration de fusion.

Changer rapidement

Selon Galpin et Robinson il est préférable d'effectuer le processus d'intégration de façon rapide sans pour autant mettre en jeu sa qualité, soit, en évitant de tomber dans le piège de la témérité. La vitesse a pour effet d'atténuer l'incertitude au sein de l'organisation et laisse une plus petite marge de manœuvre temporelle au développement d'une chute importante de productivité. Ainsi, bien qu'une diminution de la productivité, de la performance et du moral des employés soient inévitables lors d'une fusion il est possible, en effectuant la mise en œuvre du changement rapidement, de réduire l'importance de leurs conséquences indésirables.

Un changement soulève, dès ses débuts, nombre d'incertitudes personnelles auprès des membres d'une organisation. Des craintes quant à d'éventuelles coupures de postes, de changements d'horaire et de lieu de travail sont parmi les premières et les plus souvent vécues par les employés. Un rythme lent dans la mise en œuvre du changement ne fait que prolonger cette période d'incertitude et de

turbulence. Un changement rapide n'atténue en rien la souffrance vécue mais permet d'en venir à bout dans un plus court laps de temps, ce qui permet de réaliser des gains plus tôt à tous les niveaux.

Leadership clair et bien défini

Le leadership doit être en mesure de fournir une direction claire dans l'environnement inconnu et incertain créé par la nouvelle situation. Un tel leadership est nécessaire afin d'aider l'individu à comprendre ce qui lui arrive, à diminuer ses craintes et pour hausser le moral des troupes.

La nomination d'une personne en charge de l'intégration ainsi que la définition de lignes d'autorité claires permettent d'atténuer les jeux politiques et de favoriser un retour aux tâches régulières. Un leadership fonctionnel et efficace représente un défi bien particulier en ce qui concerne le domaine des fusions. En effet, lorsque de nouveaux groupes d'individus sont formés, la tendance veut que de nombreux gestionnaires préfèrent jouer la carte de la politique au lieu de fournir leur leadership à l'organisation.

Selon Galpin et Robinson, à moins qu'une personne spécifique ne soit nommée responsable de la réussite de la fusion ou dans le cas d'une fusion d'organisations complexes, de la micro fusion, les efforts engagés seront sujets à de nombreux délais, à de mauvais alignement et risquent d'être teinté de confusion. Toujours selon ces auteurs, afin de relever le défi du leadership la personne en charge de la fusion doit posséder certaines caractéristiques importantes. Ainsi, elle doit être capable de coordonner et gérer un projet, influencer les gens, inspirer le respect et enfin, de faire preuve d'une vision à la fois micro et macro, essentielle à la résolution de problèmes, à la prise de décision et à la configuration de la direction.

Communication massive

Une communication massive permet de fonder de nouvelles bases solides de coopération pour la nouvelle entité créée. Une communication *claire, constante et fréquente* durant la phase de réalisation dissipe les rumeurs et peut amener des réponses à certaines questions soulevées. Les chercheurs Galpin et Robinson suggèrent de faire part des développements de la fusion de façon hebdomadaire (au minimum). Si aucune nouvelle information n'est disponible, un retour sur les événements passés ou un sommaire de la situation peut très bien faire l'affaire. Ces auteurs soutiennent également que le message le plus terrifiant qui existe pour un individu est le silence, d'où l'importance de l'éviter.

Un manque de communication peut entraîner, chez les employés, une perception d'un manque de leadership, de direction et de contrôle, éléments fort nuisibles à leur confiance en l'organisation. Parmi les nombreuses questions auxquelles les employés doivent trouver une réponse, figurent la justification de la fusion, la façon dont l'intégration sera déployée, l'étalement de l'échéancier ainsi que tout autre enjeu technique ou structurel qui touchant les individus.

Accent sur le client

Le gestionnaire doit porter une attention particulière au maintien des standards de qualité quant au service à la clientèle et doit mettre de l'avant les mesures nécessaires si ceux-ci ne sont pas respectés. Ainsi, s'il en voit la nécessité, le gestionnaire peut fournir au personnel de l'information et de la formation sur les nouvelles mesures et techniques, de communiquer clairement aux clients un message de maintien de la qualité des services, etc.

Le processus naturel de toute fusion amène les entités concernées à une démarche d'introspection. L'attention générale est détournée des préoccupations usuelles pour se tourner principalement vers les activités internes.

Il devient risqué, à ce moment, de perdre de vue les besoins et messages provenant de l'environnement externe au détriment de ceux de l'environnement interne, ce qui peut être néfaste pour l'organisation. Les causes d'une diminution de la qualité des services risquent d'être immédiatement attribuées à la fusion. Consommateurs et employés seront amenés à se questionner sur la viabilité de la combinaison, ce qui se traduit par une perte de confiance. Certains clients peuvent alors se tourner vers des concurrents, croyant que la qualité du service ne fait plus partie des préoccupations de l'organisation ou que celle-ci ne répond tout simplement plus à leurs besoins.

Affronter les décisions difficiles

Toute intégration d'une fusion nécessite de nombreuses prises de décision ardues et délicates. Le gestionnaire doit prendre ces décisions *rapidement, les appliquer* et bien sûr, *s'y conformer*.

Qu'il s'agisse d'une décision d'ordre structurel, hiérarchique, de contrôle, de définition de rôles et responsabilités ou de coupures, la réaction des employés est souvent crainte par les gestionnaires. Il en résulte que ceux-ci attendent souvent le plus longtemps possible avant de prendre les décisions difficiles. Ces derniers doivent être conscients dès le départ qu'aucune fusion n'est facile à réaliser et qu'il est presque impossible d'être équitable envers tous et chacun. De surcroît, si les personnes en charge de la fusion n'arrivent pas à gérer certaines décisions, les individus percevront la nouvelle organisation comme étant mal organisée, incapable de décision et déficiente quant à son leadership.

Gérer la résistance

La résistance est un phénomène entièrement naturel en situation de changement majeur. L'être humain, de par sa nature, recherche la stabilité, il est donc normal que sa volonté le pousse à résister toute force déstabilisatrice. La présence d'une résistance humaine, en contexte de fusion, implique simplement que les personnes concernées réalisent l'importance et le sérieux du changement.

Le gestionnaire doit utiliser cette résistance comme outil pour évaluer le processus d'intégration en marche et l'ajuster en conséquence. Les individus faisant preuve de peu de résistance doivent être les premiers à être convaincus de la nécessité et de l'importance du changement par le responsable de la fusion. Ceux-ci forment généralement la majorité et ne savent trop ce qu'ils devraient penser de la situation qui les attend. En concentrant leurs actions sur ces individus, ils seront en mesure d'en convaincre une part considérable. Enfin, ils doivent toujours garder à l'esprit que c'est nécessairement la masse qui fait la différence quant à la réussite du changement.

Convergence des actions

Il est primordial de bien coordonner l'ensemble des activités du processus fusionnel même si certaines d'entre elles semblent, de prime abord, pouvoir se dérouler de façon indépendante. Dans une organisation complexe, une fois le moment propice, chaque micro fusion débute son propre processus d'intégration. Enfin, chaque unité à l'intérieur de ces micros fusions débute également son processus d'intégration au moment venu. Or, ces activités peuvent rapidement résulter en une véritable cacophonie si toutes les actions qui se déroulent simultanément ou subséquentement ne sont pas coordonnées de façon adéquate.

Une convergence déficiente pourrait en outre occasionner des conflits, superposer certains efforts, favoriser les oublis ou encore, multiplier les orientations d'une organisation devenue fragile. L'équipe de direction se doit donc de prendre en charge la coordination des actions entreprises afin de limiter à leur minimum les activités divergentes qui pourraient nuire au succès de la phase de mise en œuvre.

2.6.4 Hafsi et Demers (1989); Hafsi et Toulouse (1991)

Hafsi et Toulouse désignent les principaux objectifs à atteindre afin de favoriser la réussite d'une fusion de *défis de l'intégration comme changement stratégique*. Ces défis se rapportent particulièrement aux dirigeants, mais comme nous considérons qu'ils concernent aussi les gestionnaires d'unité d'opération et qu'ils peuvent avoir un apport intéressant dans la construction du modèle-synthèse de ce mémoire, nous les présentons dans les lignes qui suivent.

Pour Hafsi et Toulouse ainsi que pour Hafsi et Demers (1989), la légitimité des leaders est une condition *sine quoniam* à la réussite d'un changement d'envergure.

La légitimité est simplement une justification, de nature légale, morale, idéologique ou autre, pour l'action entreprise ou à entreprendre, acceptée par les membres clés de l'organisation.

Hafsi et Demers (1989)

Afin de maintenir cette légitimité tout au long du changement, ces auteurs proposent cinq grands défis à relever par les individus en charge de l'intégration d'une fusion.

Défi conceptuel

Ce défi consiste en une justification claire et précise de la nécessité d'un tel changement. Les membres de l'organisation créée doivent être en mesure de bien comprendre les fondements de la fusion pour y adhérer. Enfin, ils doivent percevoir l'arrivée de ce changement comme faisant partie intégrante de la logique des événements devant se produire.

Ce premier défi implique, dans un premier temps, une *démarche de réflexion stratégique* permettant de définir l'orientation de l'organisation. Enfin, il nécessite la planification des actions qui seront effectuées dans chaque secteur de l'organisation. Tout au long de cette démarche, les individus en charge de la fusion doivent en internaliser le contrôle et se sentir responsables de sa réussite.

Défi organisationnel

Il s'agit ici de bâtir la structure de l'organisation afin qu'elle soit en mesure de supporter le changement. Ce défi comporte les actions effectuées afin de rendre le changement possible. Il se doit également, à ce stade, d'encourager et de supporter les comportements désirables mis en branle au niveau de la démarche de changement. Malheureusement, selon Hafsi et Demers, la quasi-absence d'études sur les relations de cause à effets des activités organisationnelles en situation de complexité nous relègue à un stade encore expérimental en la matière.

Défi culturel

Ce défi a pour objet de rendre possible l'adaptation des personnes au changement de culture nécessaire pour répondre aux nouvelles valeurs. La culture...

[...] joue très souvent un rôle fonctionnel très important en nous permettant de réagir de manière automatique, et donc économique, aux exigences de notre environnement. Elle nous apporte des réponses aux questions quotidiennes et facilite les ajustements de nos comportements face aux exigences des autres.

Hafsi et Demers, 1989

Ce défi passe par la gestion des résistances des membres de l'organisation. Un tel changement exige bien souvent une conciliation des objectifs fixés et d'une mise en œuvre plus réaliste pour le rendre possible. Elle nécessite, d'autant plus, une formation appropriée, un leadership modèle ainsi que beaucoup de temps puisque ce type de changement ne s'effectue pas du jour au lendemain.

Défi humain

Le défi humain consiste à accepter et surmonter les souffrances qui seront générées par le changement. Ici, le leader doit non seulement être conscient de

l'éventuelle présence de ces souffrances mais doit également accepter le fait qu'elles seront nécessaires à la réussite de la fusion. Les dirigeants doivent réaliser qu'ils n'auront pas toujours le beau rôle et qu'ils seront, à l'occasion, perçus comme des *bourreaux* de l'organisation. Ce défi fait donc appel à leur courage.

De plus, il a pour objet la conception d'une forme de support aux individus afin de réduire le choc et de faciliter la mise en commun. Ces solutions nécessitent une créativité hors pair des responsables de la fusion ainsi qu'une grande consommation de temps et d'énergie. Enfin, les leaders doivent être à l'écoute de leurs employés et leur démontrer de l'empathie.

Défi de leadership

Le défi de leadership porte sur la force de la personne en charge de l'intégration. Il fait appel, entre autres, à son courage et à sa détermination quant à la réussite du changement engagé. Ainsi, cette personne se doit de mener l'équipe qu'elle dirige à bon port et ce, même lorsqu'elle a l'impression de ramer en sens inverse. Elle doit se battre pour conduire le changement jusqu'au bout.

De plus, le leader doit prêcher par l'exemple. Il doit démontrer qu'il partage les difficultés de ses membres et démontrer à travers certains sacrifices, par exemple, qu'il prend en charge sa partie du fardeau.

2.6.5 Haspeslagh et Jemison (1991)

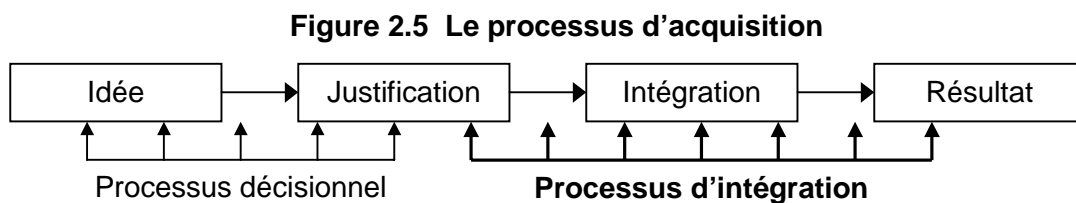
Pour Haspeslagh et Jemison la différence entre la réussite ou l'échec d'une fusion repose sur le degré de compréhension de la fusion et sur la gestion des processus par lesquels les décisions sont prises et intégrées. Selon ces auteurs, une fusion est considérée comme étant réussie lorsqu'il y a réalisation du plein potentiel des bénéfices pouvant en être tirés. L'atteinte d'un tel potentiel passe nécessairement par la création de valeur ajoutée. Ceci signifie que la nouvelle entité créée par la fusion doit être supérieure, en terme d'apport, à l'ensemble de ses

parties prises individuellement. Pour Haspeslagh et Jemison le transfert des compétences est l'intermédiaire par lequel se réalise l'atteinte d'une telle valeur.

Bien que les théories présentées par Haspeslagh et Jemison concernent les acquisitions, nous considérons que le sujet des fusions est connexe à ce domaine. Par conséquent, nous sélectionnons et adaptons les notions qui s'y rapportent.

Haspeslagh et Jemison définissent la phase d'intégration comme étant un processus d'interaction adaptatif et graduel à l'intérieur duquel les individus d'organisations différentes apprennent à travailler ensemble ainsi qu'à coopérer dans le transfert de compétences. Il s'agit d'un processus continu en forte interaction avec les activités antérieures et subséquentes des organisations.

Ces auteurs adhèrent à une perspective dite processuelle, ce sont donc les actions et activités des gestionnaires qui déterminent les résultats et bénéfices de la fusion et non la transaction. La figure 2.5 illustre comment s'insère le processus d'intégration à l'intérieur de celui d'acquisition selon Haspeslagh et Jemison.



Adapté de Haspeslagh et Jemison (1991)

Enfin, Haspeslagh et Jemison mettent en relief les dimensions et les tâches ayant contribué à la réussite des acquisitions qu'ils ont étudiées. Parmi celles-ci, nous nous attarderons à celles qui relèvent spécifiquement du processus d'intégration. Nous traiterons des dimensions relatives à la période de configuration, du climat régnant lors du transfert des compétences et enfin, de certaines spécifications particulières aux absorptions.

Configuration

La configuration consiste une période de transition au cours de laquelle ont lieu des activités visant à supporter l'intégration et à faciliter un éventuel transfert des compétences. Ces activités doivent être effectuées selon un rythme contrôlé. Un plan d'action clair et complet permettant d'agir en suivant un tempo consistant et modérément rapide, est donc nécessaire. L'exploitation de l'impulsion du moment suivant l'entente fait partie des actions clés du succès des fusions. Ainsi, il importe de favoriser les actions proactives au détriment d'une gestion au jour le jour.

L'une des activités faisant partie de cette phase consiste à établir un interface managérial. Cet interface managérial a pour objet de faciliter la gestion de la transition vers une seule et même organisation à l'intérieur de laquelle sont combinées les unités fonctionnelles et opérationnelles. Pour ce faire, les gestionnaires doivent diriger et contrôler les interactions entre les organisations. La gestion de la transition doit être réalisée, selon ces auteurs, par la mise sur pied d'une structure temporaire servant à élaborer et implanter le processus d'intégration. Une telle structure doit permettre de filtrer les informations non désirables, de diriger vers les canaux de communication adéquats celles qui sont acceptables et enfin, de diffuser les informations qui sont désirables. Cette structure possède également pour objectif de favoriser les interactions pouvant contribuer à l'instauration d'un climat favorable au transfert des compétences.

Un second type d'activité a pour objet de supporter le processus d'intégration. Il consiste à mettre les opérations sur un même pied d'égalité. Pour ce faire, il est essentiel de concentrer l'attention des gestionnaires et des employés sur les détails de leur travail quotidien ainsi que sur leur préparation à affronter ensemble les menaces externes plutôt que de se consacrer au règlement de conflits externes. Il est donc fondamental de se centrer sur la compétition externe en se donnant des objectifs de performance. Enfin, il est nécessaire d'alléger les préoccupations par une communication surveillée et de confirmer aux employés ce qui restera inchangé.

Au cours de la phase de configuration, il est également important de déterminer la nouvelle orientation à prendre. Les dirigeants doivent fournir une nouvelle vision se traduisant par une mission claire et crédible ainsi que par des objectifs concrets. Ils doivent également démontrer une volonté à prendre des engagements généraux cohérents avec la future orientation. De plus, cette période de transition étant favorable au développement de mécanismes d'évaluation et de rétroaction, il est fortement suggéré de l'entreprendre lors de cette période. Les gestionnaires doivent chercher à adapter la nouvelle organisation à la réalité et donc, rechercher les problèmes potentiels plutôt que de les ignorer.

Un autre type d'activité consiste au développement d'une compréhension mutuelle entre les membres des partis concernés. Les gestionnaires ne doivent pas sous-estimer les différences perceptuelles issues d'un contexte différent. Haspeslagh et Jemison suggèrent de conscientiser et de former les gestionnaires sur les contextes organisationnels et culturels des organisations à mettre en commun.

Enfin, les individus de la structure temporaire d'intégration doivent se bâtir une crédibilité auprès des membres de paliers hiérarchiques supérieurs ainsi qu'inférieurs. Pour réussir à projeter une image de crédibilité auprès de membres de niveaux hiérarchiques supérieurs, ils doivent tenter de leur fournir des résultats le plus rapidement possible ainsi que de les amener à percevoir un climat post-acquisition sain. Quant aux efforts à mener auprès de membres de niveaux hiérarchiques inférieurs, ils consistent à apporter un soutien réel aux organisations, en faisant foi d'honnêteté dans les communications, à démontrer compétence et justice au personnel ainsi qu'à réaliser les engagements pris.

Haspeslagh et Jemison font état de l'importance d'une communication abondante tout au long de l'ensemble de ces activités.

Climat

Haspeslagh et Jemison soutiennent l'importance de la création d'un climat adéquat en vue du transfert des compétences. Cinq éléments clés doivent être réunis pour la création d'un tel contexte.

Premièrement, il est fondamental de développer une compréhension mutuelle de chaque organisation et de chaque culture la composant. Le transfert des compétences stratégiques d'une organisation à une autre requiert de celle qui reçoit ces compétences une appréciation préalable du contexte d'où elles proviennent. Les individus peuvent ainsi bien comprendre comment et pourquoi ces compétences fonctionnaient dans leur contexte original.

Deuxièmement, il faut amener les individus à vouloir travailler ensemble au moment venu. Pour ce faire, il faut tout mettre en œuvre pour réduire l'impact des facteurs pouvant affecter leur volonté à participer. Toute inquiétude des membres concernant leur sécurité d'emploi ou leur perte de contrôle et de pouvoir sur certaines ressources ainsi que face aux modifications du système de rémunération et de récompenses doivent être atténuées.

La présence de ressources discrétionnaires favorise également la création d'un contexte suffisamment fort pour supporter le transfert. Elles sont nécessaires afin de conférer à la nouvelle organisation une marge de manœuvre pour couvrir des pertes à court terme dues à la fusion ou à des événements inattendus.

Enfin, les gestionnaires doivent être en mesure d'établir comment seront obtenus les bénéfices désirés ainsi que de prédire les effets qui seront encourus par de tels bénéfices. Ils doivent bien saisir la nature, la source ainsi que le moment où surviendront ces bénéfices. Ceux-ci devront être le plus réalistes possibles. Finalement, les gestionnaires doivent comprendre le mécanisme par lequel les compétences acquises peuvent mener à un avantage compétitif avant même de les transférer.

Absorption

Haspeslagh et Jemison font état des activités favorisant la création d'un climat adéquat lors du transfert des compétences stratégiques en situation particulière d'absorption. Cette forme d'intégration est conseillée lorsque les bénéfices sont créés par un degré élevé d'interdépendance et donc, de la dissolution des frontières entre les entités.

L'une de ces activités consiste à l'élaboration d'un plan détaillé de la consolidation avant même que l'entente finale ne soit complétée. Un tel plan contribue à assurer une collaboration étroite des gestionnaires au moment de la fusion ainsi qu'un transfert des compétences tôt dans le processus, ce qui favorise la création de valeur ajoutée.

Le plan d'intégration comprend la nomination d'un leader responsable de la gestion de ce processus; la mise sur pied d'un système de sélection permettant de choisir les individus qui feront partie de la nouvelle organisation; la mise sur pied d'une structure de transition supportée par la haute direction ainsi que par des faits et analyses; cette structure doit être supervisée par un gestionnaire possédant une vision bien encrée de la façon dont la valeur doit être créée et ne doit pas être influencé par des intérêts politiques; l'élaboration d'un calendrier d'intégration; enfin Haspeslagh et Jemison mettent l'emphase sur l'importance d'une communication honnête, claire et fréquente.

La gestion de la rationalisation est également une activité propre au processus d'absorption. Pour ce faire, les coûts et bénéfices de la rationalisation de chacune des fonctions doivent être adéquatement soupesés. De plus, il importe de tenir compte du fait que les bénéfices sont, de façon générale, plus facilement quantifiables que les coûts puisque ces derniers impliquent les coûts relatifs aux compromis de l'aspect humain.

Au niveau du processus d'absorption il est également essentiel de chercher à évoluer vers une meilleure pratique. Une partie des bénéfices liés à la fusion relève des économies d'échelle ainsi que des économies liées au volume mais de nombreux autres peuvent également être attribués à l'exploitation du potentiel de chaque entité. Afin d'exploiter l'effet de levier d'une telle combinaison il est nécessaire de déterminer les pratiques qui se démarquent positivement et de veiller, subséquemment, au transfert de ces apprentissages par l'intermédiaire d'un système basé sur des paramètres techniques.

Enfin, Haspeslagh et Jemison proposent de créer une certaine complémentarité entre les activités des différentes entités afin de bénéficier d'un avantage compétitif à long terme. Les activités permettant d'en faire ainsi sont empreintes de l'habileté des gestionnaires à capitaliser sur les différences de chacune des organisations. Bien que le principe d'absorption comprenne, de par sa définition, l'uniformisation des valeurs, certaines valeurs propres à chacune des organisations doivent être conservées afin de maintenir un certain équilibre. Ces précautions permettent, entre autre, de ne pas détruire le potentiel de création de valeur de certains secteurs. Il faut donc rechercher la complémentarité de certaines dimensions clés des entités et accepter l'existence de certaines différences ou de variations quant à d'autres.

2.6.6 Mirvis et Marks (1992)

Pour Mirvis et Marks l'élément humain est un facteur parmi d'autres qui influence la réussite d'une fusion, ce qui pour autant n'enlève rien à sa portée. Selon ces auteurs, les fusions génèrent une source remarquable de stress chez les individus. Le stress créé par une fusion auprès des gens est parfois tel, qu'il en affecte sérieusement la réussite.

Selon ces auteurs, une gestion positive et proactive du stress, de l'incertitude et de l'anxiété vécus par les employés permet de favoriser la réussite d'une fusion sur le plan humain. Voici donc les exigences managériales nécessaires à la gestion de

l'élément humain relevées par Mirvis et Marks à travers les expériences des gestionnaires qu'ils ont côtoyés sur une période d'une vingtaine d'années.

Leadership de haut niveau

La mise en commun d'organisations doit être réalisée par des dirigeants dont les convictions personnelles sont axées sur les individus. Ceci signifie qu'ils doivent, dans un premier temps, informer les membres sur la direction souhaitée de la nouvelle organisation de façon simple, bien articulée et abondante. Ils doivent en faire de même des valeurs prônées par la nouvelle entité ainsi que des moyens qui devront être entrepris pour atteindre les objectifs voulus. Les objectifs proposés doivent, de plus, répondre aux besoins humains. Pour ce faire, on doit miser sur l'importance de l'apparition en personne de ceux qui sont devenus les symboles du changement ainsi que de la personnalisation de leur vision. Ceci se traduit entre autres par le partage d'expériences antérieures de fusion servant à justifier les attentes et les principes formulés.

Dans un deuxième temps, la haute direction doit mettre sur pied une équipe de leadership. Cette équipe, constituée à part égale de représentants de chaque partie impliqués dans la fusion, doit être un modèle d'unité, d'efficacité et d'harmonie qui servira d'exemple à la grandeur de la nouvelle organisation.

Troisièmement, l'équipe de direction se doit de procéder à l'identification des facteurs qu'elle juge comme étant critiques au succès de l'intégration. Ces facteurs permettent de concentrer ses efforts sur ce qui est vraiment important et qui doit être accompli. Il est primordial, cependant, que les dirigeants aillent au-delà d'une simple énumération de facteurs de succès et les prennent à cœur. Pour ce faire, ils ont tout avantage à se fixer des objectifs réalistes et à entreprendre des procédures permettant de les atteindre.

Dans un quatrième temps, les dirigeants doivent convaincre leurs employés du bien fondé de la fusion. Les employés ont davantage de chance de croire en la

réussite de la fusion s'ils comprennent bien sa nécessité ainsi que les bénéfices qu'ils pourront en tirer personnellement. Enfin, pour convaincre leurs employés, les gestionnaires doivent appuyer leur discours par des actions tangibles.

Aider les employés à gérer leur stress

La mise en commun d'organisations occasionnent des sources de stress variées, la gestion de celles-ci, chez les individus, doit de se fait, prendre également plusieurs formes. Mirvis et Marks proposent l'entreprise de diverses activités de gestion en fonction des symptômes de stress présents et dont un aperçu figure au tableau 2.2 :

Tableau 2.2 Gestion du stress associé aux fusions : symptômes et traitements

Symptômes de stress	Actions proposées
Crainte, peur, perte, anxiété, colère ou repli sur soi	Auto-évaluations, consultations, séminaires de sensibilisation, prévisions réalistes
Incertitude et rumeurs destructives	Communication constante, lignes téléphoniques d'entraide
Perte de contrôle	Assistance aux employés, implication des employés
Perte de concentration ou d'engagement	Planification de la performance, programmes de rétention du personnel

Traduction libre de Mirvis et Marks, 1992

Selon Mirvis et Marks, de nombreuses études relatent que plus les attentes des individus quant au processus d'intégration de la fusion sont claires et réalistes, moins le stress lié au début du changement sera élevé, et plus grande sera l'estime pour leur organisation après la combinaison.

Communiquer

Une communication efficace minimise les surprises et prépare psychologiquement les employés aux difficultés qu'ils auront à affronter tout au long du processus. Une communication régulière donne confiance aux individus lorsqu'ils reçoivent l'information se rapportant aux décisions subséquentes.

De plus, un tel niveau de communication est bénéfique pour la productivité de l'organisation puisque des employés qui se perçoivent comme étant mis au courant de la situation pourront davantage se concentrer sur leurs tâches et perdre moins de temps à spéculer.

Une communication efficace se réalise par un débit régulier d'information sur le changement en cours à travers les canaux de communication réguliers et des rencontres spéciales occasionnelles. Une communication ponctuelle est primordiale même si les dirigeants n'ont aucune information spécifique à transmettre, il y a toujours moyen de donner certaines indications pertinentes. Enfin, pour qu'une communication soit efficace, elle doit se faire dans les deux sens de la structure hiérarchique, soit de haut vers le bas ainsi que du bas vers le haut de celle-ci. Ceci contribue à dissiper les rumeurs ainsi qu'à soulever des questions et des inquiétudes révélatrices.

Une communication efficace de l'information contribue à diminuer le stress vécu par les individus de plusieurs façons. Dans un premier temps, elle permet d'en faire ainsi en donnant un sens à l'incertitude vécue par ceux-ci en les informant sur la façon dont le changement les affectera et en favorisant l'instauration d'un climat d'ouverture et d'honnêteté. Enfin, une bonne communication est également un signal que la direction planifie le changement et qu'elle est en mesure de le réaliser.

Impliquer les employés

L'implication des employés contribue à favoriser la réussite d'une fusion. Le degré d'implication nécessaire varie en fonction du niveau d'intégration recherché et de la position hiérarchique de chaque individu. Il existe, de plus, une forte corrélation entre la participation d'un individu et son support futur à l'organisation.

Il existe plusieurs avantages à encourager la participation. Les individus qui se trouvent dans le cœur de l'action sont ceux qui, premièrement, sont le mieux placés pour trouver les informations nécessaires qui sont relatives à leur champ de travail,

qui deuxièmement sont dans la meilleure position pour évaluer les options relatives à leur tâches, et enfin qui sont en mesure d'améliorer la logistique de l'implantation. De plus, à travers leur participation les individus investissent une part d'eux-mêmes dans le processus et développement ainsi qu'une motivation personnelle à sa réussite.

Quant aux bénéfices retirés par les employés, ceux-ci parviennent à avoir un certain contrôle sur les activités se trouvant dans leur sphère d'influence. Ce bénéfice prend tout son sens lorsque l'on considère que les fusions amènent généralement les individus à se sentir impuissants et en perte de contrôle.

Empathie envers les employés

Selon Mirvis et Marks, plus le stress se fait sentir auprès des individus vivants une fusion, plus le besoin de soutien aux employés est grand. L'empathie est une forme de support aux employés qui peut leur être procuré de différentes façons. Les auteurs font référence entre autres, à l'importance, de la part des dirigeants, de démontrer leur sensibilité aux émotions et sentiments des employés ainsi que leur reconnaissance du stress supplémentaire véhiculé par le changement lors de leurs allocutions. Un second type de support, et sûrement l'un des plus efficace, consiste aux rencontres individuelles entre employés et dirigeants. Les groupes de support ont également prouvé leur efficacité. Enfin, si le risque de traumatisme est élevé il est préférable d'avoir recours à un professionnel qualifié. Peu importe le ou les programmes d'assistance choisis, ils se doivent, pour être en mesure de favoriser le succès, d'être actifs, visibles et solliciteurs au maximum.

Rôles particuliers aux gestionnaires

- Le gestionnaire doit fournir des efforts supplémentaires quant à la planification de la performance. Puisqu'il faut s'attendre à une baisse de la productivité lors d'une fusion, les gestionnaires doivent être en mesure d'en prévoir l'ampleur et de formuler leurs priorités et objectifs en conséquence. Suite à l'évaluation de la capacité des employés à accepter la nouvelle situation, ils doivent être en mesure

de leur indiquer clairement la nouvelle direction à prendre ainsi que les attentes de performance visées. Afin de bien combler ce rôle, les auteurs suggèrent aux gestionnaires qu'ils aient recours à une augmentation de la rétroaction sur la performance et les résultats, qu'ils encouragent la constance dans le travail et enfin, qu'ils gèrent les piètres performances avec soin.

- Le gestionnaire se doit d'être bien visible en circulant régulièrement dans l'ensemble de l'entreprise. Pour les employés, ce symbole est un signe de continuité avec le passé et démontre qu'il n'a rien à cacher. De plus, ce geste permet au dirigeant de prendre le pouls de l'organisation en recueillant les rétroactions sur la façon dont les individus vivent et perçoivent la transition.
- Enfin, le gestionnaire doit mettre en œuvre des actions concrètes afin de retenir les individus clés de l'organisation, soit ceux possédant des compétences distinctives. De ce fait, il doit éviter de prendre pour acquis qu'un bon employé restera nécessairement. Afin de remplir ce rôle, le dirigeant doit élaborer, suite à une analyse des compétences de chacun, une liste des individus ayant une grande valeur pour l'entreprise. Il se doit, par la suite, de les rencontrer pour leur offrir officiellement un poste dans la nouvelle organisation ainsi que pour leur fournir les raisons pouvant motiver leur rétention. Mais avant tout, le rôle du gestionnaire est de réassurer ces individus, de leur communiquer sa reconnaissance de leur contribution et de leur dire qu'il compte sur eux.

2.7 Analyse comparative des modèles présentés

Afin de poser un regard éclairé sur les modèles présentés nous avons élaboré une grille permettant de les comparer entre elles (tableau 2.3). Cette grille permet de mettre en relief les principaux facteurs favorisant les fusions en fonction de leur fréquence d'apparition et de comparer le contenu des typologies quant à leurs similarités et leurs différences.

Pour ce faire, nous avons dans un premier temps, mis sur pied une liste des principaux facteurs de réussite, la règle étant que tout facteur en mesure de se

retrouver plus d'une fois dans le tableau, doit être retenu. Une telle façon de faire est nécessaire afin de limiter la taille de la grille d'analyse et de permettre une bonne concentration sur les facteurs retenus lors de l'analyse des résultats. Il peut arriver que certaines appellations diffèrent pour désigner une même action, à ce moment une seule d'entre elles est retenue ou encore, une nouvelle, regroupant les précédentes, est créée. En cas de confusion, quant à ce qui est inclus exactement et ce qui en est exclus, le sens large du terme prédomine puisque les actions qu'il incite à entreprendre ne peuvent nuire au changement.

La détermination des principaux facteurs de réussite ainsi que la comparaison entre les typologies font appel au bon sens. Nous ne bravons aucunement l'objectivité de notre processus comparatif. Il s'agit certes d'une analyse solide basée sur une lecture approfondie mais interprétée à travers nos schèmes de pensée et influencée par de nombreuses lectures sur le sujet.

À cet effet, ce qui importe avant tout n'est pas tant le nom donné à chacun des facteurs de succès mais bien le contenu qu'il renferme. Voici donc les facteurs de succès en question accompagnés d'une brève définition.

Communication claire, consistante et régulière

Assurer une telle communication de façon bidirectionnelle, verticale et horizontale à l'intérieur de canaux de communication bien définis et efficaces. Il en est de même de la création d'attentes réalistes quant aux transformations à vivre ainsi que d'un climat favorisant le développement d'une compréhension mutuelle, d'une volonté à travailler ensemble au moment venu, de l'ouverture des dialogues ainsi que de l'honnêteté.

Compréhension de la justification de la fusion

Expliquer et justifier la nécessité de la fusion de façon logique amène une meilleure compréhension du besoin de la fusion. Ceci permet de la faire paraître naturelle aux yeux des employés et d'en favoriser l'intégration. Pour ce faire, la

décision de fusion doit sembler fondée et doit comporter des objectifs réalistes, adaptés aux besoins et capacités des entités respectives.

Convergence des actions

Cette dernière consiste à une bonne coordination des activités de la fusion et donc à restreindre, le plus possible, les activités divergentes. Les interactions fréquentes entre les différents niveaux et départements ainsi que l'élaboration de plans d'actions détaillés contribuent à la convergence des activités de la fusion vers une même mission.

Évaluations régulières et ajustements

Évaluer fréquemment les résultats de l'intégration et prendre en considération les événements nouveaux permet de modifier les mécanismes en conséquence afin d'améliorer et de faciliter le processus d'intégration.

Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements

La direction doit affronter les décisions difficiles rapidement, les implanter, les respecter et en assumer les conséquences. Pour ce faire, elle doit faire preuve de courage, appuyer ses discours par des actions tangibles de même qu'épauler ses dirigeants locaux.

Gestion de la résistance et rétention du personnel clé

Les dirigeants locaux doivent savoir reconnaître la résistance et concentrer la majeure partie de leur énergie sur la majorité des individus. Ils doivent, de plus, savoir utiliser la résistance au niveau du diagnostic de l'intégration et s'ajuster en conséquence. En ce qui concerne la rétention du personnel, les gestionnaires doivent communiquer leur reconnaissance aux membres et leur offrir une place dans la nouvelle organisation ainsi que des incitatifs à y demeurer.

Gestion de l'autorité et du pouvoir

Il s'agit de bien comprendre et d'évaluer les rapports de force au sein de la nouvelle organisation, d'utiliser les sources et formes de pouvoir ainsi que d'autorité de façon judicieuse, s'assurer qu'une personne spécifique est en charge de l'intégration et de définir des lignes d'autorité claires.

Impliquer et responsabiliser les groupes concernés

Il est primordial d'estimer à sa juste importance le rôle des employés dans la fusion. Les membres de tous les niveaux et de tous les types de poste sont responsables de la réussite de l'intégration ainsi que le syndicat. Il faut donc encourager la participation volontaire dès le début du processus ainsi que les initiatives et permettre aux employés d'avoir plus d'influence sur leur travail.

Leadership

La présence d'un bon leader est fondamentale. Ce dernier doit posséder les compétences pour gérer un projet de fusion, posséder une forte conviction dans le changement, savoir se faire respecter, être responsabilisé par le résultat de l'intégration, être crédible, être capable d'influence, être persévérant et donner l'exemple. Enfin, l'équipe de leadership se doit d'être représentative de chaque partie et perçue par tous comme étant une équipe unie.

Orientation claire pour tous

La mission poursuivie par la démarche de changement doit être clairement articulée et véhiculer les valeurs désirées. Elle doit comprendre une description de la façon dont on compte atteindre les objectifs et permettre aux membres de se créer des attentes claires et réalistes.

Pourvoir les assises nécessaires à la fusion

Pour favoriser le succès de la fusion, il importe de fournir des outils afin de rendre possible le changement et de construire l'organisation pour qu'elle puisse prendre en charge le changement. De façon plus concrète, ceci consiste en la mise

en place d'un système de gestion nécessaire au changement, la formation du personnel concerné, la disposition de ressources discrétionnaires ainsi que l'élaboration de plans d'actions.

Prévoir une période d'habituatation

En prévoyant une variation de la production occasionnée par la fusion, les gestionnaires sont en mesure de formuler des priorités et objectifs réalistes qui refléteront les capacités de l'organisation.

Support et empathie

Toute activité ou geste pouvant apporter un support moral aux individus ou les aider à gérer le stress vécu favorise le succès d'une fusion. Ces actions de soutien doivent être ciblées, visibles, actives et solliciteuses.

Tempo consistant et modérément rapide

Appellation inspirée de Haspeslagh et Jemison (1991), elle consiste à profiter du momentum instauré au départ. Un changement rapide sous-entend essentiellement une bonne planification préalable afin de ne pas mettre en jeu la qualité de son processus. L'encouragement des actions proactives des individus de tout niveau favorise le respect d'un rythme modérément rapide.

Vision globale

Une vision à la fois micro et macro des événements lors du processus de fusion permet de contrer la tendance à la presbytie dont font souvent preuve les organisations lors d'un processus de changement. En gardant en tête l'importance du client et celle de bien répondre à ses besoins ainsi qu'en accordant une attention particulière au maintien des standards de qualité quant aux biens ou service qui lui sont prodigués, les gestionnaires et employés des entreprises fusionnées prennent un certain recul face à la fusion et se dotent d'une vision globale favorisant sa réussite.

TABLEAU 2.3 COMPARAISON DES TYPOLOGIES PRÉSENTÉES

Covin et Kilmann		Allaire et Firsirotu			TYPOLOGIES	FACTEURS FAVORISANT LE SUCCÈS
Pertinence du changement						Communication claire, consistante et régulière
Haut niveau de communication						Compréhension de la justification de la fusion
						Convergence des actions
						Évaluations régulières et ajustements
						Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements
						Gestion de la résistance
						Gestion de l'autorité et du pouvoir
						Impliquer et responsabiliser les groupes concernés
						Leadership
						Orientation claire pour tous
						Pouvoir les assises nécessaires à la fusion
						Prévoir une période d'habituatation
						Support et empathie
						Tempo consistant et modérément rapide
						Vision globale

Galpin et Robinson						TYPLOGIES	FACTEURS FAVORISANT LE SUCCÈS
Changer rapidement	Leadership claire et définit	Communication excessive	Accent sur le client	Affronter toutes les décisions	Gérer la résistance		
							Communication claire, consistante et régulière
							Compréhension de la justification de la fusion
							Convergence des actions
							Évaluations régulières et ajustements
							Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements
							Gestion de la résistance
							Gestion de l'autorité et du pouvoir
							Impliquer et responsabiliser les groupes concernés
							Leadership
							Orientation claire pour tous
							Pouvoir les assises nécessaires à la fusion
							Prévoir une période d'habituatation
							Support et empathie
							Tempo consistant et modérément rapide
							Vision globale

Haspeslagh et Jemison		Hafsi et Demers Hafsi et Toulouse						TYPLOGIES	FACTEURS FAVORISANT LE SUCCÈS
Absorption	Ambiance	Configuration	Défi de leadership	Défi humain	Défi culturel	Défi organisationnel	Défi conceptuel		
								Communication claire, consistante et régulière	
								Compréhension de la justification de la fusion	
								Convergence des actions	
								Évaluations régulières et ajustements	
								Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements	
								Gestion de la résistance	
								Gestion de l'autorité et du pouvoir	
								Impliquer et responsabiliser les groupes concernés	
								Leadership	
								Orientation claire pour tous	
								Pouvoir les assises nécessaires à la fusion	
								Prévoir une période d'habituatation	
								Support et empathie	
								Tempo consistant et modérément rapide	
								Vision globale	

Mirvis et Marks					TYPLOGIES	FACTEURS FAVORISANT LE SUCCÈS
Rôles des gestionnaires	Empathie	Impliquer les employés	Communiquer	Gestion du stress		
						Communication claire, consistante et régulière
						Compréhension de la justification de la fusion
						Convergence des actions
						Évaluations régulières et ajustements
						Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements
						Gestion de la résistance
						Gestion de l'autorité et du pouvoir
						Impliquer et responsabiliser les groupes concernés
						Leadership
						Orientation claire pour tous
						Pouvoir les assises nécessaires à la fusion
						Prévoir une période d'habituatation
						Support et empathie
						Tempo consistant et modérément rapide
						Vision globale

De cette comparaison entre les différentes typologies, certains facteurs favorisant le succès des fusions semblent favoris. Dans un premier temps, mentionnons que tous les auteurs s'accordent quant à l'importance de la présence d'une orientation claire pour tous les membres de l'organisation ainsi que d'un leadership fort. En second lieu, les facteurs de succès les plus fréquemment soulevés sont une communication claire, consistante et régulière; la compréhension du besoin de la fusion; la présence d'évaluations régulières et d'ajustements en conséquence; pourvoir les assises nécessaires à la fusion; le support et l'empathie; l'implication et la responsabilisation; une bonne coordination des actions; ainsi que de faire face aux décisions difficiles et respect des engagements. L'appréciation des autres facteurs de succès semble moins généralisée mais l'on considère ces facteurs comme pouvant avoir un impact important sur le processus d'acquisition puisqu'ils apparaissent de deux à trois fois dans le tableau comparatif.

La grille permet, de plus, de constater que plus de la moitié des principaux facteurs de réussite sont contenus dans chacune des typologies. Chacun des auteurs est donc bien représentés dans la grille. D'un autre côté, la mention, par certains, de facteurs n'étant pas ou peu retrouvés au sein d'autres typologies fait état de leur complémentarité respective.

Nous tenons à noter qu'il ne s'agit ici aucunement d'une évaluation des différentes typologies. Le nombre de facteurs de réussite qu'elles contiennent n'est aucunement représentatif de leur qualité. Cet exercice n'est effectué que dans le but d'avoir un aperçu global des principaux facteurs de réussite d'une intégration et de pouvoir, par le fait même, construire un modèle à la fois complet et représentatif de la littérature.

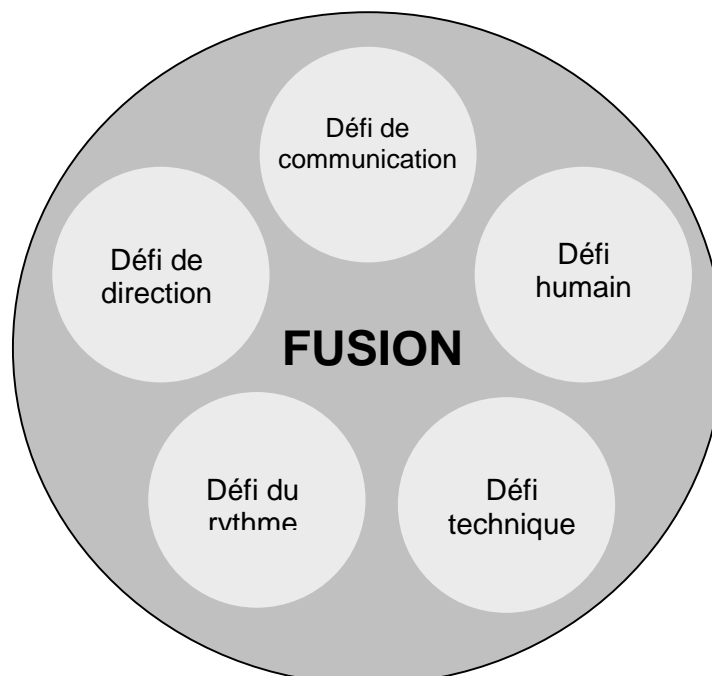
2.8 Proposition d'un modèle-synthèse

Le modèle proposé quant aux défis que doit relever le dirigeant local dans un processus d'intégration d'organisations se veut le reflet des typologies présentées. Il

fut dressé en tentant de tenir compte des enseignements fournis par les différents auteurs étudiés. Afin qu'il reste simple et facile à comprendre, il ne tient pas compte de tous les éléments inclus dans chacun des modèles. Il s'inspire plutôt de généralités en étant tirées en regroupant les principaux facteurs de réussite relevés, soit ceux présents dans le tableau comparatif des modèles.

Enfin, c'est dans un esprit de synthèse que ce modèle considère ces principaux facteurs de réussite, les présentant de façon regroupée sous des catégories globales. Ainsi, les principaux facteurs de réussite relevés sont regroupés selon des caractéristiques sous cinq catégories principales. Bien entendu, l'on s'attend à ce que ces catégories interagissent entre elles, c'est précisément pour cette raison qu'elles sont illustrées à l'intérieur d'un même cercle (figure 2.6). Les processus de gestion retenus sont : *les défis de communication, de direction, humain, du rythme et technique.*

Figure 2.6 Les processus de gestion de l'intégration



Le défi de communication

Le défi de communication, implique tout ce qui a trait à la transmission d'information au sein de l'organisation. Il est fondamental de donner aux employés tout ce qui est possible pour les informer de leur situation. Un changement majeur, tel que vécu dans l'intégration d'une fusion, crée beaucoup d'incertitude auprès des individus et génère chez ces derniers une grande quantité de stress. Une trop grande quantité de stress entrave généralement le fonctionnement des gens à leur travail, diminue fortement leur qualité de vie, et par conséquent, leur état de santé ainsi que leur présence mentale.

Ainsi, il importe d'éviter les silences, de garder les employés à l'affût des derniers développements, de les informer adéquatement sur ce qui est attendu d'eux, d'être clair et honnête, en enfin de mettre tout en mesure pour répondre aux questions des gens le plus rapidement possible. Notons que la transmission des messages doit être réalisée à la fois de façon directe et symbolique. L'aspect symbolique venant consolider la puissance de la communication véhiculée.

Enfin, les facteurs de succès relatifs à cette catégorie regroupent l'importance d'une *communication claire, consistante et régulière* et une *bonne compréhension de la justification de la fusion par les employés*.

Le défi de direction

L'élément de direction, quant à lui, influence le mouvement de la masse interne de l'organisation vers une mission prédéterminée. Sa fonction consiste à dicter l'orientation à suivre en vue d'évoluer le plus efficacement possible du point A vers le point B.

Pour ce faire, les membres de l'équipe de direction nouvellement constituée doivent s'efforcer d'harmoniser leurs pratiques et valeurs afin de canaliser l'ensemble de leurs énergies vers l'atteinte d'objectifs communs. Il est important que les membres de l'organisation perçoivent l'équipe de direction comme étant unie.

C'est uniquement à partir de ce moment que cette dernière sera en mesure d'insuffler à la nouvelle organisation une ligne directrice ferme qu'elle réalisera par une coordination vigilante ainsi qu'une capacité à faire respecter son autorité et ses engagements.

De façon plus précise, le défi de direction renferme les facteurs suivants : un *leadership fort*, faire face aux décisions difficiles et respect des engagements, la *convergence des activités*, une *orientation claire pour tous*, une *vision globale* et la *gestion de l'autorité et du pouvoir*. L'élément de direction influence le mouvement de la masse interne de l'organisation vers une mission prédéterminée. Sa fonction consiste à dicter l'orientation à suivre permettant d'évoluer le plus efficacement possible du point A vers le point B.

Le défi humain

L'élément humain est la principale composante d'une organisation. Sans lui, elle ne peut fonctionner, ni même exister. Il importe de prendre grand soin des individus lors d'une fusion puisque leur motivation et, par conséquent, la qualité de leur travail, sont intimement liées à la performance de l'organisation.

Le défi humain a trait à la conduite morale de la direction envers ses membres. Une telle conduite favorise la coopération de tous et chacun, condition indispensable en présence de changements majeurs. Pour y consentir, l'employé doit sentir qu'il fait partie intégrante de la nouvelle organisation et qu'il est respecté en tant qu'être humain.

En ce qui concerne son lien avec les facteurs de succès vus précédemment, le défi humain englobe de façon précise les *activités de support* et de *démonstration d'empathie aux employés*, *l'implication et la responsabilisation des membres envers la réussite de processus d'intégration* ainsi que la *gestion de la résistance et de rétention du personnel clé*.

Le défi du rythme

Le processus d'intégration d'une fusion demande aux gens qui le vivent une somme d'énergie considérable. Or, tout être humain possède une quantité d'énergie relativement limitée dont les dirigeants locaux ne doivent pas abuser s'ils tiennent à maintenir le moral des troupes pour la poursuite de la mission.

Une fusion qui s'étend sur une plus courte période temporelle engendrera autant de souffrance qu'une qui s'étend sur une plus longue période mais sera moins pénible puisque cette souffrance dure moins longtemps. De même, elle laissera place à une plus petite marge de manœuvre au développement des incertitudes chez les employés. De cette façon on laisse moins de temps aux membres de se fatiguer et leur motivation s'en trouve moins affectée. Pour expliquer ce phénomène de façon plus imagée, référons-nous à l'exemple du pansement adhésif. Si on le retire rapidement, il crée une douleur mais cette douleur est moins pénible puisqu'elle ne dure qu'une seconde.

De plus, une réduction de l'étendue temporelle du processus d'intégration atténue le mouvement vers une chute de productivité. Enfin, les employés posséderont plus d'énergie pour rebâtir la nouvelle organisation.

Pour ce faire, il est fondamental d'adopter un *tempo consistant et modérément rapide*. L'impulsion du moment suivant la signature de l'entente procure un surplus d'énergie à l'ensemble de l'organisation, profiter au maximum de cet instant est l'un des facteurs clés vers le succès. L'intégration selon un tel tempo sous-entend cependant une bonne organisation ainsi qu'une planification solide comprenant le respect d'un échéancier serré.

Enfin, un changement rapide et bien orchestré aura un effet positif sur la nouvelle organisation puisque ses membres auront davantage tendance à avoir confiance en une organisation qu'ils perçoivent comme étant bien organisée.

Le défi technique

Afin qu'une fusion puisse être adéquatement réalisée, il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour le supporter du début à la fin. Le défi technique consiste à ériger les bases du changement indispensables pour passer d'un état à un autre. Au sens figuré, il correspond à l'ensemble des matériaux et travaux nécessaires à la construction des fondations d'un bâtiment.

Les conditions auxquelles l'on se réfère ici font entièrement partie du domaine de la logique. Conditions qui amènent l'organisation à créer des plans d'action solides, à investir l'énergie nécessaire en formation, à adopter un seul système de gestion approprié pour chaque ensemble d'entités, à fournir les ressources monétaires pour la réalisation de la fusion, à fixer des objectifs concis, à savoir s'adapter en cours de route ainsi qu'à être capable de juger des bonnes priorités.

Quant à son lien avec les facteurs de succès mentionnés précédemment, il concerne les *évaluations fréquentes et les ajustements* en conséquence, les *assises et ressources nécessaires à la fusion* ainsi que la *prévision d'une période d'habitation* afin de proposer des objectifs réalistes.

Bien que ce modèle suggère des défis que doivent relever les dirigeants locaux en situation de fusion, il ne s'agit en aucun cas d'une recette miracle. La réalisation de ces processus de gestion favorise le succès d'une fusion, mais il ne faut jamais oublier que de nombreux autres facteurs peuvent jouer sur la réussite d'une fusion. Ainsi, c'est à travers l'expérience qu'un dirigeant local apprend à comprendre le mécanisme fusionnel et à s'y adapter. Chaque fusion étant unique, son succès dépendra de facteurs qui seront également uniques, un tel modèle n'étant qu'un guide pouvant aider à suivre une telle voie.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1 Approche de la recherche

3.1.1 Le contextualisme ; une perspective globale

La théorie de la méthode dans laquelle s'inscrit ce mémoire est essentiellement de nature contextuelle, en ce sens que nous considérons les événements tels qu'ils évoluent dans leur contexte. La dynamique de changement est perçue ici comme un processus continu. Dans notre recherche, nous cherchons davantage à identifier des continuités qu'à isoler les phénomènes dans le temps.

Cette conception de l'approche contextuelle s'apparente à la notion de *contextualism* de Pettigrew (1985, 1990). Selon cet auteur, la recherche portant sur le changement stratégique devrait comporter une analyse du *contexte*, du *processus* et du *contenu* du changement ainsi qu'une attention particulière aux interrelations perpétuelles entre ces dimensions.

Selon Pettigrew (1990), le philosophe Stephen C. Pepper serait le premier à avoir abordé le concept de contextualisme. Dans son livre, *World Hypothesis* (1972), ce dernier suggère l'événement historique comme point d'origine du contextualisme. Selon cette perspective, un événement historique ne signifie pas un événement passé, qui correspond en soit à une fin décisive et irrévocable de l'action. Il désigne plutôt l'actualisation d'un événement possédant une configuration

particulière et tiré d'un contexte particulier. Ainsi, l'événement qui reprend vie dans le présent serait à l'origine de la métaphore du contextualisme de Pepper.

Pettigrew déplore le faible nombre de recherches qui permettent au processus de changement de se dévoiler sous une perspective temporelle ou encore, contextuelle. Il reproche ainsi à bon nombre d'études de centrer leur attention uniquement sur des événements discrets et séparés de leurs antécédents immédiats qui procurent un sens réel à ces événements (Pettigrew, 1990).

L'analyse contextuelle d'un processus de changement s'effectue, selon Pettigrew (1985, 1990), à la fois verticalement et horizontalement et s'attarde aux interrelations à travers le temps entre ces différents niveaux. Le niveau vertical se rapporte aux interrelations entre les différents niveaux d'analyse ainsi que leur impact sur ces niveaux d'analyse au sein de l'organisation, tel l'impact d'un phénomène extérieur sur un élément interne de l'organisation. Le niveau horizontal s'intéresse, pour sa part, aux liens dans le temps entre les phénomènes passés, présents et futurs.

Enfin, Pettigrew(1990) fait mention de quatre principaux éléments clés que doit comporter une bonne analyse contextuelle. Le premier point fait référence à la nécessité d'étudier les phénomènes avec une perspective regroupant différents niveaux d'analyse interreliés. Le second élément consiste en l'importance de situer un événement par rapport aux composantes passées, présentes et futures afin de relever les interrelations temporelles. Troisièmement, il incombe d'explorer la relation entre le contexte et l'action. Le dernier élément clé souligne que l'explication causale d'un changement est holistique et possède de multiples sources, elle ne doit donc être ni linéaire ou singulière.

Dans le cadre de ce mémoire, le recourt à l'approche contextualiste se traduit par l'importance que nous accordons aux dimensions principales de la théorie de Pettigrew, soit l'analyse du contexte, du processus et du contenu. La philosophie

derrière cette théorie de la méthode s'apparente très bien à notre recherche mais elle diffère en ce qui concerne le contenu de l'analyse. Nous n'effectuons pas une analyse de toutes les interrelations possibles entre les divers niveaux d'analyse, nous nous attardons plutôt à ceux qui nous semblent critiques. Nous croyons qu'il est fondamental de centrer nos énergies sur des éléments primordiaux plutôt que de les disperser sur un ensemble plus grand de facteurs. Enfin, nous considérons qu'il importe d'adapter les critères de Pettigrew à chaque cas même si ceci nécessite de faire des choix. Cette remarque reflète d'ailleurs une affirmation de Bowman (1985) dans une critique concernant Pettigrew dans laquelle il écrit: « He sets tough standards, which are difficult for himself and others to meet. »

3.1.2 Apports de l'approche prescriptive

Bien que ce mémoire soit principalement axé sur une approche, ceci ne l'empêche pas de comporter également certains aspects prescriptifs. En fait, nous utilisons une littérature prescriptive comme base au cadre conceptuel et ce, afin d'enrichir notre analyse. Certains auteurs critiquant le caractère linéaire de l'approche prescriptive (Mintzberg et Quinn, 1992), nous croyons qu'une analyse comparative des modèles théoriques présentés contribue à amoindrir ce caractère. De plus, notre analyse des résultats se révèle davantage holistique que singulière. En revanche, pour Yin (1984), il convient particulièrement de s'appuyer sur des théories, de poser des propositions d'avance et de faire le lien avec les résultats obtenus.

3.1.3 Apports de l'approche descriptive

La présente étude de cas est essentiellement de nature descriptive, elle recueille des données, décrit la situation et en fait l'analyse. Ainsi, dans ce mémoire nous identifions les éléments critiques de la culture, de la structure et des individus, nous présentons le déroulement des événements critiques dans le temps et nous décrivons les mécanismes de gestion utilisés par les dirigeants locaux lors des micro-fusions. Nous essayons de voir en quoi le processus suivi pour les deux

fusions correspond à ce qui est recommandé dans la littérature et nous relierons ces processus aux résultats obtenus à ce jour.

3.1.4 Méthode d'analyse

Si l'on prend en considération qu'une méthode déductive consiste à interpréter une situation spécifique à partir de théories préétablies (Aktouf, 1992), alors la présente recherche est principalement déductive. En fait, la question de recherche centrale de ce mémoire, soit la détermination des capacités managériales favorisant la réussite d'une fusion, est axée sur une méthode déductive d'analyse puisque la réponse à cette question est tirée de modèles théoriques déjà existants.

Quant aux questions empiriques, à savoir, les particularités relatives au contexte des organisations hospitalières, les principales différences caractérisant les trois organisations ainsi que la façon dont ces différences affectent le processus d'intégration, elles sont également centrées sur une méthode d'analyse déductive. En ce qui concerne la question portant sur l'analyse des mécanismes de gestion dans la réalisation de la fusion ainsi que celle sur les résultats obtenus en terme d'intégration et d'efficacité de fonctionnement du processus de fusion, elles cherchent à vérifier une conformité à partir d'un modèle préalablement élaboré, ces questions sont, par conséquent, déductives. Notons toutefois que nous maintenons durant l'ensemble de la recherche un esprit d'ouverture à d'autres découvertes.

3.2 Design de la recherche

Selon Wacheux (1996), une démarche qualitative est propice à l'étude en profondeur de situations complexes. Son objectif consiste à produire une explication raisonnée d'une telle situation tout en tenant compte de la spécificité et des différences propres aux contextes situationnels.

La grande place accordée au contexte dans ce mémoire nous a amené, de façon tout à fait naturelle, à opter pour une recherche qui prend la forme d'une

analyse de cas. Dans la section suivante, nous discuterons plus amplement de l'étude de cas.

3.2.1 Étude de cas

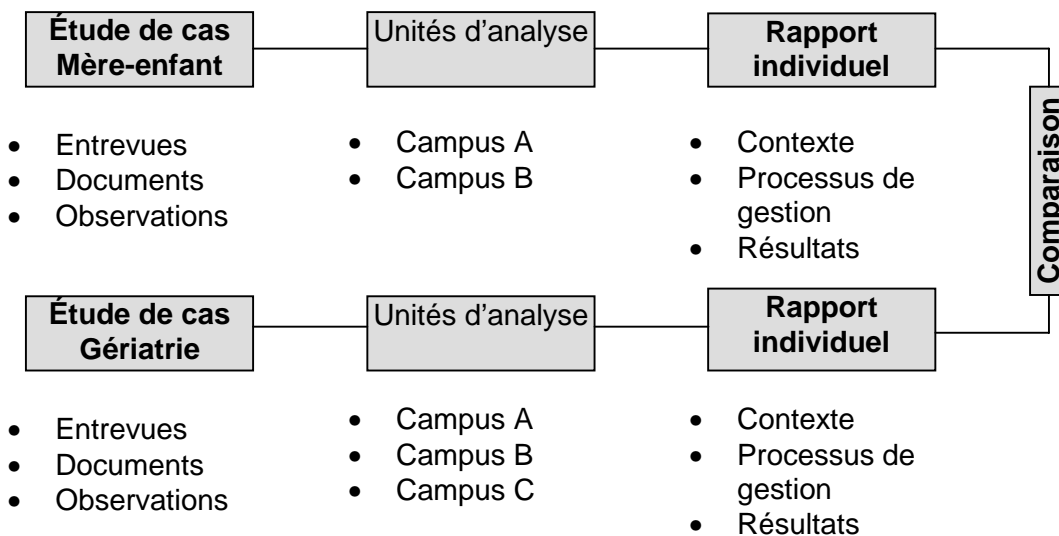
Pour Wacheux (1996), la méthode de cas se définit comme *une analyse spatiale et temporelle d'un phénomène complexe par les conditions, les événements, les acteurs et les implications* (p.89). Cet auteur justifie de cette façon, le recours à l'étude de cas par la seule complexité du phénomène à étudier.

Eisenhardt (1989) propose une définition de la méthode de cas complémentaire à celle de Wacheux. Selon elle cette méthode consiste en une stratégie de recherche centrée sur la compréhension de dynamiques présentes au sein d'une configuration singulière. Pour Wacheux (1996), certaines dimensions précises sont fondamentales à une explication complète du phénomène étudié. Cet auteur détermine ces facteurs à l'aide de trois postulats fondamentaux supportant l'utilisation de l'étude de cas, les voici:

- *Les situations sociales sont en grande partie dépendantes du contexte.*
- *Le contexte, l'environnement local spécifique, l'histoire et les compétences sont propres à chaque situation de gestion, et l'expliquent.*
- *Les acteurs ne sont pas substituables.*

Pour Yin (1989), une étude de cas peut être constituée de plusieurs sous-cas ainsi que de différents niveaux d'analyse. Ce dernier catégorise les études de cas selon quatre types de design: le design de cas singulier avec une seule unité d'analyse, le design de cas singulier avec plusieurs unités d'analyse imbriquées, le design de cas multiple avec une seule unité d'analyse et le design de cas multiple avec plusieurs unités d'analyse imbriquées. Cette présente étude de cas s'apparente au quatrième type, soit le design de cas multiple avec plusieurs unités d'analyse. Un tel choix s'impose puisque chaque fusion d'unité nécessite une étude individuelle, avec une collecte de données adaptée au contexte de chacune, ce n'est que par la suite que l'on établit une comparaison entre ces deux micro-fusions. La figure 3.1 illustre la façon dont ce type de design s'applique à notre recherche.

Figure 3.1 Design de l'étude de cas



Afin de saisir l'ensemble de la dynamique de chacune de ces sous-unités, Eisenhardt (1989) suggère de réaliser un écrit détaillé de chaque unité étudiée. Cet écrit permet à certains patterns singuliers d'émerger et procure ainsi à chacun des sous-cas une identité distincte. De plus, un tel exercice donne aux chercheurs l'occasion de se familiariser avec le site et accélère, par conséquent, le processus d'analyse. Il existe de nombreux types d'écrits permettant d'atteindre ces objectifs. Bien qu'il n'existe pas de guide standard pour réaliser ces écrits, nous pouvons noter l'existence d'écrits historiques, des analyses séquentielles, des rapports de réunions, etc. (Eisenhardt, 1989).

Suite à la réalisation de cet écrit, Eisenhardt (1989) suggère de comparer les différentes unités entre elles. Pour ce faire, elle suggère d'examiner les données sous différents angles afin de forcer les chercheurs à aller au-delà de leurs premières impressions. L'une des façons consiste à rechercher au sein de dimensions données les similarités à l'intérieur d'un même groupe et de les comparer aux divergences inter-groupes. Un autre moyen est de sélectionner une paire de sous-cas et d'établir les ressemblances et différences entre ces paires.

Enfin, comme troisième stratégie, Eisenhardt propose de diviser les données par les différentes sources de collecte de données et d'en comparer les résultats. Pour Huberman et Miles (1991), ces trois façons de faire sont également un moyen efficace reconnu pour vérifier les conclusions de l'analyse.

L'analyse de cas ci-présente porte sur le regroupement de deux fusions d'unités relevant de trois hôpitaux (figure 3.2). Au niveau de l'analyse nous effectuons donc des comparaisons entre hôpitaux, entre micro-fusions d'unité ainsi qu'entre résultats provenant de différents modes de collecte de données. Nous considérons que l'étude des sous-cas de la gériatrie et du secteur mère-enfant, leur mise en contexte ainsi que leur comparaison permet de saisir l'essentiel de la dynamique des processus et la complexité des événements reliés à la fusion.

Figure 3.2 Matrice démontrant les possibilités de comparaison

	Campus A	Campus B	Campus C
Gériatrie	✓	✓	✓
Mère-enfant	gynécologie seulement	✓	✓

3.2.2 Choix de l'échantillon

Conformément à ce que nous avons mentionné antérieurement, cette étude de cas s'inscrit à l'intérieur d'un projet plus large, soit le *Projet de recherche sur la création du CHUX*. Conséquemment, le choix du cas à l'étude, le CHUX, s'est vu déterminé par la portée de ce projet.

Quant aux choix plus spécifiques des micro-fusions, ils furent déterminés simplement par les dossiers chauds du moment, soit ceux dont les unités étaient en processus de fusion lors de la première phase de ce mémoire. C'est ainsi que nos choix sont arrêtés sur l'unité mère-enfant et sur le service de gériatrie.

3.2.3 Principales sources de données

Pour Yin (1984), la principale force de l'étude de cas réside dans sa capacité à négocier avec une variété complète de sources de données. Les principaux outils utilisés pour mener à bien la collecte de données de ce mémoire sont l'entrevue, la recherche documentaire et avec moindre importance, l'observation. Examinons maintenant plus en détail ce que nous entendons par ces différents outils, leur justification pour la présente étude ainsi que les mises en garde à prendre en compte.

3.2.3.1 L'entrevue

Les entrevues sont une source essentielle d'information dans les études de cas puisqu'elles traitent généralement d'affaires humaines (Yin, 1984). Les entrevues permettent dans un tel contexte d'avoir accès à la perception d'individus relativement bien informés sur la situation à l'étude. L'entrevue étant la principale source d'information de cette étude de cas, ses données prennent une place prépondérante dans l'analyse des résultats.

Selon Wacheux (1996), il existe quatre formes classiques d'entretien: directif, semi-directif, non-directif et l'entretien de groupe. Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour des entrevues semi-directives. Ce type d'entretien est idéal pour l'étude de cas intensif où chaque individu possède un rôle différent. Il est pratique pour ce genre de situation en ce qu'il permet d'utiliser un guide d'entrevue comportant une liste de points thématiques à couvrir et pouvant être modifiée pour chaque entrevue individuelle (Patton, 1990).

Quel que soit leur type, les entrevues soulèvent un ensemble de problèmes auxquels il faut tenter de pallier. Yin (1984) souligne en effet l'importance de toujours considérer les entrevues comme étant de simples rapports oraux. De ce fait, elles sont sujettes à des problèmes de biais tels

que l'ignorance par l'informateur de certains aspects des événements, les problèmes dû à la perte de mémoire, à la nature sélective de l'information transmise ou encore à la modification délibérée des informations. Notons d'autant plus que la mise en commun de groupes d'individus, de façon spécifique, amène toute une série d'émotions qui ont pour effet de brouiller la vision qu'ont les individus des autres groupes, et par conséquent, des faits réels (Gemmill et Elmes, 1993).

Une façon efficace de contrer ces différents biais consiste à vérifier l'information obtenue dans une entrevue par l'information provenant d'une autre source (Yin, 1984). Le chercheur peut également promettre l'anonymat aux informateurs et démontrer une attitude ouverte pour réduire l'effet de désirabilité sociale. Enfin, pour réduire au minimum les écarts de compréhension entre les parties, l'intervieweur doit utiliser une terminologie familière aux interviewés, il doit être capable de les amener à clarifier leurs propos lorsqu'il y a ambiguïté ou encore, reformuler les propos de l'informateur pour vérifier sa propre compréhension des informations fournies. Nous avons, dans la mesure du possible, fait nôtre cette série de mesure.

3.2.3.2 La recherche documentaire

Pour l'entreprise, les écrits ont une fonction bien déterminée: « Ils actent les événements, constatent les décisions, engagent les individus pour l'action » (Wacheux, 1996, p.220). Pour le chercheur réalisant une étude de cas, la documentation peut servir de facilitateur pour reconstituer une série d'événements (Wacheux, 1996) ainsi qu'à corroborer les résultats provenant d'une autre source d'information (Wacheux, 1996; Yin, 1984).

Pour l'objet de la présente étude, nous incluons dans ce type de source des données à la fois internes et externes à l'organisation. La première catégorie comprend les documents tels que des comptes rendus de réunion, des notes de

service, des lettres, des publications du journal interne et des rapports. Le second type de document est constitué de documents publics de nature administrative tel que des rapports officiels et des rapports accompagnant des présentations externes.

Plusieurs sont sceptiques à l'endroit de la confiance que certains chercheurs vouent à la recherche documentaire (Wacheux, 1996 ; Yin, 1984). Yin (1984) est catégorique, il importe avant tout de s'assurer de l'authenticité et de la crédibilité des documents analysés. Cela fait, il reste que la limite principale de l'analyse documentaire consiste, selon Wacheux (1996), à la grande place laissée à l'interprétation du sens de ces écrits. Enfin, le chercheur doit prendre soins de ne pas confondre les différents types de documents consultés (Yin, 1984).

Afin de pallier à ces biais potentiels, il importe de faire une critique interne des documents en les mettant en contexte ainsi qu'en disposant les informations qu'ils contiennent en parallèle, le chercheur peut par la suite comparer l'information avec celle obtenue d'une autre source de donnée. Le chercheur doit également revoir chaque document en se demandant dans quel but ce document a-t-il été écrit, qui en est l'émetteur et quel est le ou les destinataire(s) visé(s) (Yin, 1984), cette mesure l'aidera à juger de son authenticité réelle.

3.2.3.3 L'observation

Dans cette recherche l'observation est utilisée pour permettre au chercheur de s'imprégner de l'atmosphère de l'organisation, de saisir certains artefacts ainsi que d'évaluer le comportement non-verbal des interviewés. Cette activité s'insère de façon complémentaire aux autres techniques du processus de collecte de données et a pour objet d'aider le chercheur à comprendre certaines particularités et subtilités liées au contexte.

Pour Usunier (1993) l'observation « apporte des images très précises des activités et de leur contexte, même si elle ne rend compte que faiblement du pourquoi des choses. » Le degré de rigidité des observations peut varier selon un axe dont l'une des extrémités comporte des activités formelles d'observation et l'autre extrémité, des prises de notes accidentelles sur le terrain, c'est à ce pôle que se situe le type d'observation réalisé pour le cas à l'étude.

Ainsi, selon Yin (1984) il est possible de procéder à des observations même lorsque le chercheur se rend sur un site pour recueillir une autre forme de données. Cette façon de procéder s'apparente à la notion d'observation « au vol », décrite par Huberman et Miles (1991), méthode qui consiste à griffonner des notes de terrain lorsque le chercheur observe une situation ou encore, discute avec un interlocuteur concerné par le cas. Nous procédons à de telles formes d'observations sur le site avant, pendant et après les entrevues planifiées de même que lors de notre présence aux conseils d'administration.

3.3 Réalisation de la recherche

Cette recherche vise à analyser les processus de gestion et leurs résultats en situation de divergence culturelle. La première partie du recueil des données porte sur le contexte global de la fusion. L'objectif principal visé par cette partie est de procéder à une mise en contexte du cas. Ceci permet, entre autres, de comprendre le domaine dans lequel se situe l'étude de cas ainsi que l'influence des valeurs qui y sont reliées. Elle traite également de l'historique et des grandes différences entre les campus d'où proviennent les unités à mettre en commun. Enfin, cette partie aide à préparer le design de collecte de données des parties subséquentes. Afin de procéder à cette première partie, nous avons eu recours à de la documentation générale externe, à la lecture de transcriptions d'entrevues provenant du projet de recherche sur la création du CHUX ainsi qu'à des observations au cours des conseils d'administration.

La seconde partie du recueil des données s'attarde au contexte spécifique des micro-fusions étudiées. Les objectifs visés par cette partie sont la mise en séquence du déroulement des événements en lien avec la fusion de même que de la recherche d'information nécessaire à la compréhension des relations entre ces événements. Une analyse plus poussée au niveau des différences entre ces unités permettra également de parvenir à une compréhension plus approfondie des dynamiques présentes entre les groupes d'individus. Afin de réaliser cette deuxième phase, nous avons procédé à un recueil plus spécifique de la documentation interne, à des entrevues ainsi qu'à des observations du comportement non-verbal des personnes interviewées.

La troisième partie chevauche la seconde en ce que la majeure partie de la collecte de données s'effectue de pair avec cette dernière. Cette phase vise à recueillir les mécanismes de gestion auxquels les dirigeants locaux ont eu recours durant la fusion et ce, dans la perspective des contextes relatifs aux parties précédentes. Enfin, nous procédons à l'analyse des résultats préliminaires obtenus en fonction des objectifs visés au préalable par la fusion de ces unités.

3.3.1 Collecte des données

Les entrevues se sont échelonnées sur une période allant de mai 1998 à février 1999. Onze individus ont été interviewés dans le cadre d'entrevues planifiées qui ont varié entre quarante-cinq minutes et une heure quarante-cinq. Sept entrevues ont été conduites par une seule et même personne, pour trois autres entrevues, cette même personne était accompagnée par un chercheur du projet sur la création du CHUX alors qu'une seule entrevue a été menée uniquement par les deux chercheurs principaux du projet de recherche. Parmi les individus interrogés on retrouve des chefs de service, des médecins, des professionnels paramédicaux, des chefs d'unité, des adjointes à la clientèle et des infirmières.

L'annexe A présente un guide d'entrevue type pour les micro-fusions des unités mère-enfant et du service de gériatrie. Notons cependant que les grilles d'entrevues ont été adaptées en fonction du poste occupé par la personne interviewée ainsi que son rôle dans la fusion. Les individus choisis pour les entretiens ont été sélectionnés à l'aide des renseignements fournis lors d'entrevues précédentes par les chercheurs du groupe de recherche sur la création du CHUX. Certains répondants ont également été déterminés plus tard au cours des entrevues de la présente collecte de données.

3.3.1.1 Procédures d'entrevues

Dès qu'une date d'entrevue est officiellement fixée, l'une des personnes en charge du projet de recherche envoie au répondant une lettre décrivant l'ensemble du projet de recherche ainsi que les intentions visées par cette dernière (annexe B).

Au début des entretiens, une présentation de la ou des intervieweurs au répondant est réalisée ainsi qu'un rappel de la lettre envoyée l'informant de l'intérêt de la recherche. Par la suite, la responsable de l'entrevue demande l'autorisation d'enregistrer la conversation et assure au répondant l'anonymat de ses réponses. Il est entendu que l'interviewé peut en tout temps demander d'interrompre l'enregistrement s'il souhaite discuter plus librement. À ce moment, des notes sont prises mais la confidentialité des propos est respectée.

La seconde partie de l'entretien expose les questions d'entrevue. La première question concerne spécifiquement l'interviewé et a pour objet d'obtenir des informations sur son cheminement de carrière. Les questions suivantes portent sur le déroulement de la fusion de son unité, sur les caractéristiques propres à chacune des unités des différents campus ainsi que sur les mécanismes de gestion utilisés au niveau de l'intégration des unités fusionnées. Cette partie se conclut par une question à l'interviewé lui

demandant s'il souhaite ajouter librement certains aspects non-couverts par les questions posées.

Enfin, la dernière partie de l'entretien contient les remerciements adressés au répondant pour sa collaboration ainsi que pour le temps alloué à l'entrevue.

Des informations provenant de treize entrevues additionnelles, réalisées par les deux chercheurs principaux du groupe de recherche sur la création du CHUX, ont été utilisées pour la compréhension générale du contexte de la fusion, pour la formulation des questions des entrevues de cette recherche ainsi que pour compléter et corroborer les informations relatives à la problématique de recherche. Ces entrevues ont été réalisées de avril 1996 à mai 1998 et sont basées sur la même formule que les entrevues décrites précédemment mis à part que certaines notions abordées diffèrent. De plus, des résumés provenant de sept conseils d'administration ayant eu lieu entre novembre 1996 et octobre 1997 ont également été utilisés comme complément d'information à la collecte de données.

Les notes d'observation prises sur le terrain ainsi que la documentation interne à l'entreprise ont été recueillis au fur et à mesure de la réalisation des entrevues ainsi que de notre présence à trois conseils d'administration du CHUX.

3.4 Traitement et analyse des données

Dès qu'une entrevue est terminée, la prochaine étape consiste à transcrire le verbatim des entretiens enregistrés. Une retranscription intégrale, malgré qu'elle exige un travail ardu et un temps considérable, a été préférée à une retranscription partielle en ce qu'elle limite les risques d'interprétation erronée ou encore, l'élimination d'informations pertinentes.

L'ensemble des protocoles d'entrevue, à lui seul, représente une masse d'information d'environ 508 pages à un interligne et demi. Il devient conséquemment primordial d'effectuer certaines opérations pour faciliter le traitement et l'analyse des données.

Une première analyse des données provenant des entrevues, de la recherche documentaire et des notes d'observation est effectuée afin de les classer en catégories d'information à analyser. Ces catégories ont trait au déroulement des micro-fusions, aux caractéristiques des groupes mis en commun ainsi qu'aux mécanismes de gestion utilisés par les dirigeants locaux. Pour chaque unité d'information pertinente nous indiquons, à l'aide d'un code couleur, à qu'elle catégorie se rapporte l'information.

Cette étape terminée, chaque catégorie d'information est traitée séparément. Les données relatives au déroulement sont disposées de façon chronologique dans une grille. Celles relatives aux caractéristiques des unités sont annotées à l'aide d'un code alphabétique indiquant l'unité d'appartenance de l'information (campus) de même que le type de caractéristique (**C**ulture, **S**tructure, **I**ndividu). Enfin, les informations portant sur les processus de gestion sont également annotées avec un code alphabétique (**C**ommunication, **D**irection, **H**UMain, **T**ECHnique, **R**YThme).

L'étape suivante consiste à classer, regrouper, rejeter et organiser les informations à l'intérieur de tableaux synthèses. Selon Huberman et Miles (1991), cette façon de faire est la plus simple pour commencer à répartir les données. Les données sont alors entrées sous forme télégraphique. Dans le cas des processus de gestion, les données sont subdivisées à nouveau à l'intérieur de sous-catégories correspondant à chacun des aspects des processus de gestion (voir annexe C). Notons que des tableaux individuels sont utilisés pour chacune des deux micro-fusions.

Une méta-matrice (Huberman et Miles, 1991) est par la suite construite afin de comparer les informations relatives à chacune des micro-fusions. Ce grand tableau comporte ainsi l'ensemble des éléments critiques nécessaires à l'analyse comparative. Cette façon de faire facilite la compréhension et la comparaison des résultats, ce qui favorise ainsi la possibilité de tirer des conclusions.

3.4.1 Analyse des résultats

Selon Wacheux (1996), il existe plusieurs logiques d'analyse dans la réalisation de la construction explicative. Ainsi, il est possible d'analyser, de façon spécifique, chaque étude de cas; de mettre en évidence des contextes à partir de similitudes et de différences; et enfin, de trouver la logique derrière la façon dont certains thèmes et concepts jouent dans une situation donnée. Pour cet auteur, il est également possible de mener chacune de ces analyses séparément pour, par la suite, comparer les différentes explications. Afin de répondre adéquatement aux questions de recherche empiriques de ce mémoire, nous aurons recours à cette façon de faire.

Chacun des chapitres portant sur l'analyse des résultats permet de répondre à une ou deux questions de recherche. Ainsi, le chapitre IV, portant sur le contexte global, permet de définir les principales différences et ressemblances des trois campus sur les plans culturels, structurels et individuels. Il évalue d'abord chacun des sites individuellement de même que l'histoire de chacun pour ensuite faire ressortir ces comparaisons.

Le chapitre V, quand à lui, permet de déterminer en quoi les différences culturelles et structurelles affectent le processus de fusion de même que la façon dont les dirigeants locaux ont procédé à la fusion. Dans cette partie, chacune des micro-fusions est d'abord analysée séparément pour ensuite procéder à une analyse comparative des événements relatifs à la fusion.

Enfin, le chapitre VI consiste à analyser les mécanismes de gestion utilisés par les dirigeants locaux dans les situations de fusion locale. On évalue, par la suite, les résultats préliminaires obtenus jusqu'à présent en fonction des objectifs fixés. Chaque micro-fusion est analysée séparément pour ensuite être mise en parallèle avec l'autre micro-fusion. Enfin, on tente de dégager une logique derrière le recours versus le non-recours aux mécanismes préconisés dans la littérature dans les cas étudiés.

3.5 Validité et fidélité de la recherche

Selon Aktouf (1992), la validité d'un instrument de mesure est relative à sa *capacité à mesurer réellement et complètement ce qu'il est censé mesuré* (p.87). En recherche qualitative, la validité s'évalue par la confrontation de données et de résultats indépendants.

Aktouf (1992) et Yin (1984) font état de trois principaux types de validité: la validité de construit, la validité interne et la validité externe. D'après ce premier type, il importe que le contenu de l'instrument soit conforme aux concepts que l'on cherche à mesurer (Aktouf, 1992; Yin, 1984). La validité interne, quant à elle, consiste en l'adéquation entre les observations et la réalité. Pour ce faire, le chercheur doit s'assurer qu'il contrôle l'influence de variables qui pourraient contaminer ou amener un doute sur la représentativité des résultats. Enfin, la validité externe a trait à la définition du domaine auquel on peut généraliser notre étude. Notons que pour les études de cas il s'agit, selon Yin (1984), de généralisations analytiques. Ici, l'auteur doit chercher avant tout à généraliser ses résultats à une théorie plus large (Yin, 1984).

En ce qui concerne la fidélité, elle consiste à démontrer que les opérations d'une étude peuvent être reproduites, par un autre chercheur, avec les mêmes résultats. Ainsi, si ce dernier suit les procédures décrites dans cette étude de cas, il devrait parvenir aux mêmes résultats et conclusions.

Afin de répondre à ces critères de validité et de fidélité, nous avons pris une série de mesures que voici:

- Nous avons eu recours à trois différentes sources de données et l'information provenant de ces sources a été comparée afin de corroborer les résultats (triangulation des sources);
- Nous avons interviewé des individus provenant de groupes indépendants et ayant des rôles différents dans la fusion, nous avons par la suite comparé ces données (triangulation des informateurs);
- Deux chercheurs du projet de recherche sur la création du CHUX ont supervisé la recherche et assuré le suivi de l'analyse des résultats (triangulation des chercheurs);
- Nous avons bien documenté les différentes étapes de la recherche;
- Nous avons entretenu un doute systématique tout au long de la recherche.

3.6 Éthique

Pour Usunier (1993) le chercheur possède une responsabilité morale importante envers l'interviewé puisqu'il est libre de gérer l'interaction comme il l'entend ainsi que de procéder à l'interprétation de ses paroles. En effet, les chercheurs possèdent l'entière responsabilité de l'utilisation des connaissances scientifiques générées sur l'organisation étudiée (Wacheux, 1996).

Ces enjeux déontologiques sont liés à deux types de problématiques majeures. Tout d'abord, certaines de ces questions se rapportent au monde extérieur. Les problèmes de gestion sont largement discutés par des groupes extérieurs aux entreprises tels que les journalistes, les syndicats professionnels, le gouvernement, etc. (Wacheux, 1996). Le CHUX étant de surcroît un sujet chaud actuellement, il incombe d'agir avec précaution. En tant que chercheur, notre mandat est de faire avancer les connaissances tout en aidant l'organisation qui sert de sujet ou à tout le moins, en évitant de lui causer des nuisances (Wacheux, 1996).

D'autres éléments déontologiques sont d'ordre interne, ils sont liés aux questions politiques à l'intérieur de l'organisation (Usunier, 1993). Tout ce qui

pourrait affecter les relations entre les individus, créer des controverses importantes de même que tout ce qui pourrait mettre l'emploi de quelconque individu en jeu sont des facteurs à gérer consciencieusement. Il est donc important que l'intervieweur tienne compte des intérêts de ses informateurs et des dommages qu'il peut potentiellement leur causer (Usurier, 1993).

Ce qui nous amène à discuter de l'anonymat. La majorité des études de cas confrontent les chercheurs à faire des choix concernant le caractère anonyme de leur cas (Yin, 1984). Dans certaines situations l'anonymat est requise afin de protéger l'organisation à l'étude de même que les participants ayant participé à la recherche.

Il existe plusieurs façons de recourir à l'anonymat. On peut simplement éviter d'attribuer un point de vue ou un commentaire particulier à un individu, cacher l'identité des personnes ou encore, éviter de nommer l'organisation à l'étude ou des parties de celle-ci (Yin, 1984).

Cependant, Yin (1984) ne considère pas que le recours à l'anonymat consiste en une façon de faire tout à fait désirable. Pour lui, non seulement cela élimine des informations importantes concernant l'arrière plan du cas mais cela complexifie aussi l'explication et la compréhension du cas.

Tenant compte de l'ensemble de ces commentaires ainsi que de notre entente avec l'organisation concernée, nous avons décidé de ne mentionner que le nom des unités concernées. Nous avons de plus tenu à garder l'anonymat des personnes ayant participé aux entrevues de même que l'identité de toute personne dont le nom a été mentionné dans les entrevues ou dans la documentation. De même, nous avons tenté d'éliminer toute information comportant des allusions à une personne occupant un poste particulier ou encore pouvant identifier une personne spécifique d'une façon ou d'une autre, à l'exception des dirigeants-locaux, puisqu'ils sont au centre de l'étude ce mémoire. Dans certaines situations nous avons donc

dû modifier légèrement certaines citations afin d'en préserver le caractère anonyme. Enfin, nous cherchons à protéger le plus possible les gens qui sont au cœur de cette fusion tout en rendant intéressante et claire la compréhension du cas à l'étude.

CHAPITRE IV

LE CONTEXTE ; UNE VUE D'ENSEMBLE

[...] organizational change is a highly situational phenomenon, and that no one best way is best for all situations. Thus the guidelines should be modified as necessary to fit the particular circumstances surrounding a contemplated merger.²

Shirley, 1977, p.38.

4.1 Introduction

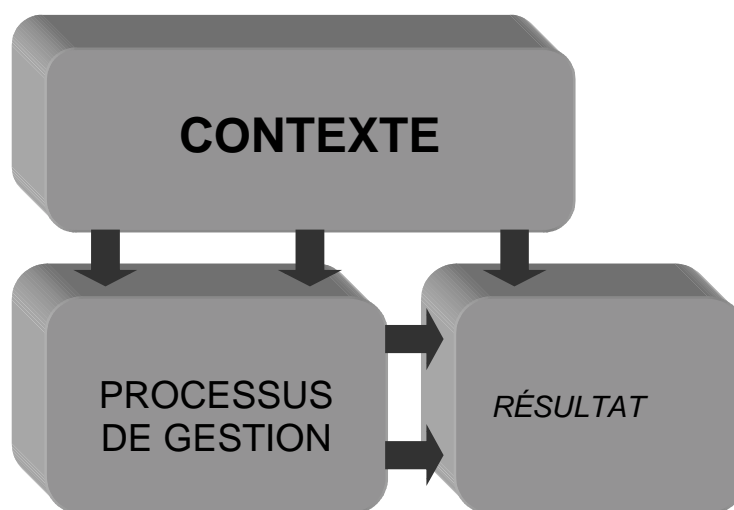
Bien que l'on puisse en tirer quelques règles générales, toute fusion possède un caractère unique. Le contexte dans lequel se trouvent les organisations à intégrer joue pour beaucoup dans le déroulement du processus de la fusion puisqu'il a un impact non négligeable sur les actions et réactions générées tout au long de son déploiement.

Dans le cadre de ce mémoire, le contexte d'une fusion est considéré comme étant l'ensemble des éléments présents à la base et qui affectent sa dynamique. Ces éléments contextuels proviennent à la fois de l'environnement externe et de composantes internes des organisations à intégrer.

² [...] le changement organisationnel est un phénomène hautement situationnel, il n'existe aucun moyen idéal pour toutes les situations. Par conséquent, les lignes directrices d'une fusion devraient être ajustées afin qu'elles concordent avec les circonstances particulières entourant cette dernière.

La figure 4.1 illustre les principales relations d'influence reliées au contexte. Cette figure met en relief le mécanisme à travers lequel le contexte influence à la fois directement et indirectement le résultat de la fusion. La seule présence de ces liens justifie l'intérêt d'une compréhension substantielle de ce contexte afin d'être en mesure d'adapter justement les processus de gestion et ainsi atteindre les objectifs visés.

Figure 4.1 Le contexte et ses relations d'influence



Afin de bien prendre conscience de l'importance de ce concept, traçons un parallèle avec la psychologie de l'apprentissage. Le contexte dans ce cas-ci correspond à l'ensemble du bagage génétique et de l'histoire passée d'un individu. On entend par l'histoire passée d'une personne, sa culture, son lieu de naissance, l'époque à laquelle il est né, sa classe sociale, son âge, sa langue maternelle, ses capacités physiques et mentales, l'influence de son entourage, l'éducation reçue, etc. (Malcuit et al., 1995).

Le processus de gestion quant à lui peut être substitué par une intervention éducative spécifique. L'apprentissage tiré de cette expérience par l'individu sera influencé par son contexte, mais il le sera d'autant plus par la façon dont cet

apprentissage est transmis. Il serait tout à fait farfelu de tenter d'apprendre à une personne non-voyante comment exécuter un problème de mathématique en écrivant sur un tableau. Il est par conséquent fondamental de tenir compte du contexte si l'on souhaite atteindre les objectifs fixés.

Ceci étant dit, de par l'influence qu'elle génère, il serait inacceptable d'ignorer la richesse de cette masse d'information. Cependant, les conditions particulières et événements spécifiques qui composent l'environnement ainsi que les composantes internes d'une fusion sont impossibles à saisir de façon intégrale de par leur étendue et leur diversité. De même qu'il est impensable de croire que l'on peut couvrir un domaine qui relève en partie de l'insaisissable. Il incombe alors de se restreindre à un cadre d'analyse constitué d'éléments critiques à la présente étude.

Voici un aperçu des principaux concepts auxquels nous nous attarderons de façon plus spécifique au cours de ce chapitre :

- les fondements du motif de la fusion ;
- les objectifs encourus ;
- le niveau d'intégration recherché ;
- le contexte socio-économique ;
- l'horizon temps ;
- l'historique ;
- la diversité des cultures ;
- le domaine d'activité ;
- l'architecture organisationnelle ;
- les relations de pouvoir ;
- les caractéristiques des groupes impliqués ;
- croyances et valeurs véhiculées par les individus.

Enfin, le texte qui suit porte sur un niveau global d'analyse. Il concerne particulièrement le milieu médical ainsi que les hôpitaux constituant le CHUx (Centre hospitalier de l'Université x). Le prochain chapitre s'attardera, quant à lui, plus précisément au contexte des micros fusions, c'est à dire aux caractéristiques spécifiques à chacun des groupes ainsi qu'aux événements critiques relatifs à la mise en commun des unités de soins mère-enfant et gériatrie.

4.2 L'hôpital, une bureaucratie professionnelle

Selon les écrits de Mintzberg (1984), un hôpital est considéré comme étant une bureaucratie professionnelle puisque le noyau de son fonctionnement repose sur les compétences et le savoir de professionnels. Par conséquent, l'expertise professionnelle devient synonyme de pouvoir dans une telle bureaucratie.

Pour les professionnels de ce centre opérationnel, une telle structure est fortement démocratique. La standardisation des connaissances et des compétences est ce qui permet, en grande partie, le fonctionnement d'une telle forme d'organisation. Le but premier de cette standardisation consiste à permettre aux professionnels concernés de jouir d'une certaine latitude au niveau de leur pratique (Mintzberg, 1984). Ainsi, dans l'exécution de leur profession, les médecins sont relativement autonomes, ils peuvent user de leur jugement et adapter leurs connaissances comme bon leur semble à chaque situation.

Une telle autonomie est précisément rendue possible grâce au processus d'internalisation des normes en lien avec la profession. Les valeurs inculquées incitent alors les professionnels à avoir des attentes les uns envers les autres (Mintzberg, 1984). Leur intériorisation se réalise par le biais d'une formation de base homogène, de puissants mécanismes de socialisation au cours de la phase d'apprentissage pratique, de la présence de normes imposées par le Collège des médecins ainsi que par l'imposition de sanctions à l'égard des dissidents. Enfin, tous ces facteurs sont nécessaires au maintien de la crédibilité de la profession face au public dans un domaine où l'autonomie décisionnelle est grandement réquisitionnée par les opérateurs.

Mais le contrôle du corps médical sur la pratique ne s'arrête pas là, il s'étend également à l'ensemble des décisions administratives qui concernent l'hôpital et on parle alors de dominance professionnelle. Pour Freidson (1984), il y a dominance

professionnelle lorsqu'un corps professionnel détient quatre formes de pouvoir, soit lorsqu'il a un pouvoir de régulation sur le contenu de son travail, lorsqu'il est en mesure de procéder à l'adaptation de ses normes et conditions de travail, lorsqu'il détient un certain contrôle sur les autres intervenants de son unité et enfin, lorsqu'il dispose d'un contrôle sur ses clients.

4.3 Les prémisses de la dominance professionnelle médicale

Les explications sous-jacentes à la présence d'une telle dominance professionnelle chez les médecins résident principalement dans les fragments historiques propres au milieu de la santé. Pour Freidson (1984), c'est dans le support déterminé d'une élite sociale que l'on a convaincu de la confiance qu'elle peut avoir dans cette science que se trouve la réponse.

Alors que pour Coburn et al. (1983), la dominance professionnelle des médecins provient du fruit de l'adoption de normes et de règles strictes. Une autodiscipline qui a permis une suppression d'une grande part des irrégularités associées à la pratique. De cette façon, la profession est parvenue à un meilleur contrôle interne ce qui lui a assuré une meilleure qualité des interventions et conséquemment, une hausse de la confiance provenant de la population. C'est également à travers l'autodiscipline que le corps médical est parvenu à imposer un contrôle sur les disciplines adjacentes, telles que les médecines douces, le métier de sage-femme et le domaine pharmaceutique. Au cours de ce processus, certaines vieilles occupations virent leur rôle relégué à un niveau de subordonné. Quant à la majorité des autres vocations paramédicales, elles ont vu le jour sous le contrôle de la médecine et s'y sont donc conformées.

Certes, les choses ont quelque peu changé depuis cette époque, le développement de la société y comptant pour beaucoup puisqu'il a fortement influencé la forme du pouvoir médical au Canada. Nous avons assisté, entre autres, à ce que Coburn et al. (1983) définissent comme étant le déclin du pouvoir médical.

Ces auteurs font également état de plusieurs événements qui pourraient être à la source de ce déclin.

L'un de ces événements majeurs concerne l'intrusion de l'État dans les soins de la santé par l'intermédiaire d'un système national d'assurance. La médecine telle qu'on la connaît aujourd'hui est devenue un service qu'offre l'État par opposition à un service qui autrefois était uniquement dans les mains des professionnels de la santé.

Deuxièmement, le développement d'un savoir propre aux professionnels paramédicaux a nettement augmenté la compétition sur le plan de l'étendue des services. Nous ajoutons à ce deuxième point, la naissance d'associations de professionnels paramédicaux composées de groupes homogènes unis réquisitionnant leur place dans le système.

Troisièmement, le milieu médical a dû faire face à des échecs répétés au niveau de la démonstration de l'efficacité de certains traitements. Ceci a eu pour conséquence d'hausser les doutes de la population face aux capacités de la discipline.

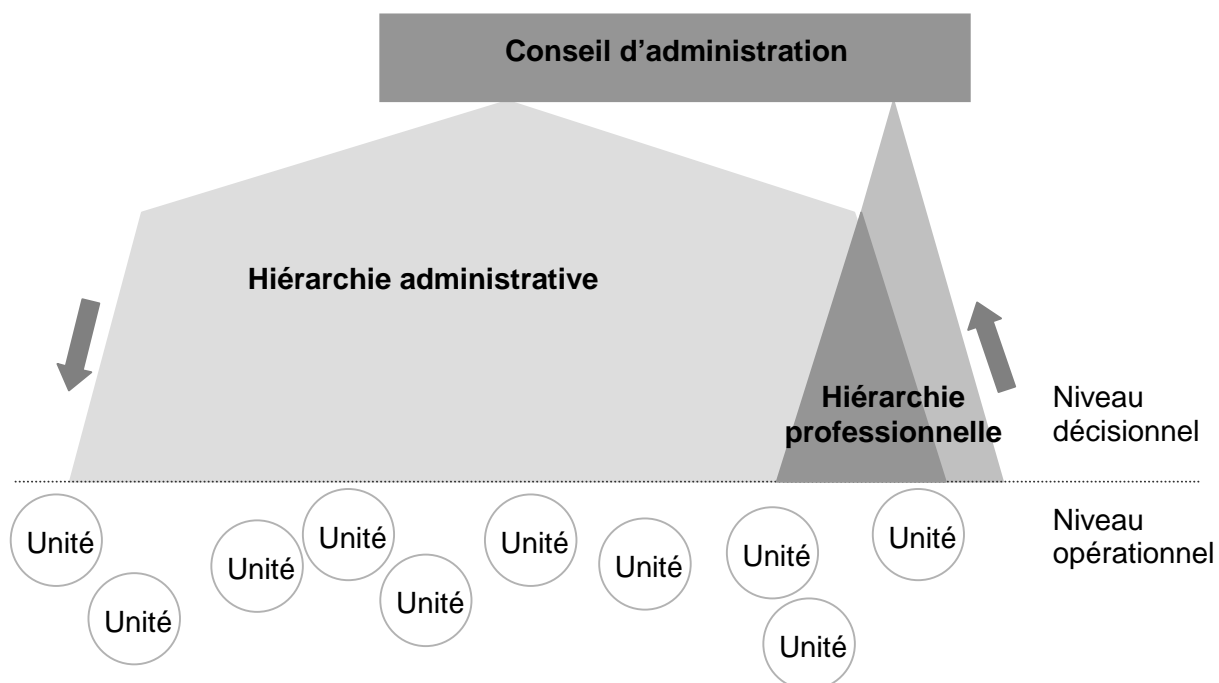
Enfin, le seul changement de la structure des classes découlant de l'apparition de nouvelles professions importantes a sérieusement contribué à diminuer le pouvoir des médecins dans la société.

Notons cependant, qu'à l'heure actuelle, il est encore facilement possible de ressentir les vestiges de la dominance du corps médical. Nous n'avons qu'à nous arrêter un peu pour constater que la structure médicale tend presque toujours à entraîner la structure administrative dans un rôle principalement logistique et donc, de support aux professionnels.

4.4 La dimension décisionnelle d'une organisationnelle hospitalière

Au sens figuré, une organisation de la santé au Québec est divisible en deux niveaux, soit le niveau décisionnel et le niveau opérationnel. Au niveau décisionnel, une bureaucratie professionnelle hospitalière est composée de deux hiérarchies parallèles demeurant indépendantes l'une de l'autre tout au long du processus et se rejoignant au sommet stratégique qu'est le conseil d'administration (figure 4.2).

Figure 4.2 La structure hospitalière ; deux hiérarchies parallèles



4.4.1 Une structure ; plusieurs hiérarchies

L'une de ces hiérarchies principales est d'ordre professionnel médical, elle fonctionne principalement de bas en haut et les individus occupants une position hiérarchique élevée dans cette structure possèdent un rôle de représentant du corps médical. L'autre hiérarchie est d'ordre administratif, sa structure s'apparentant davantage à une bureaucratie mécaniste. Elle fonctionne donc en grande partie de

haut en bas. À son tour, cette hiérarchie se subdivise à un second niveau en plusieurs autres structures parallèles.

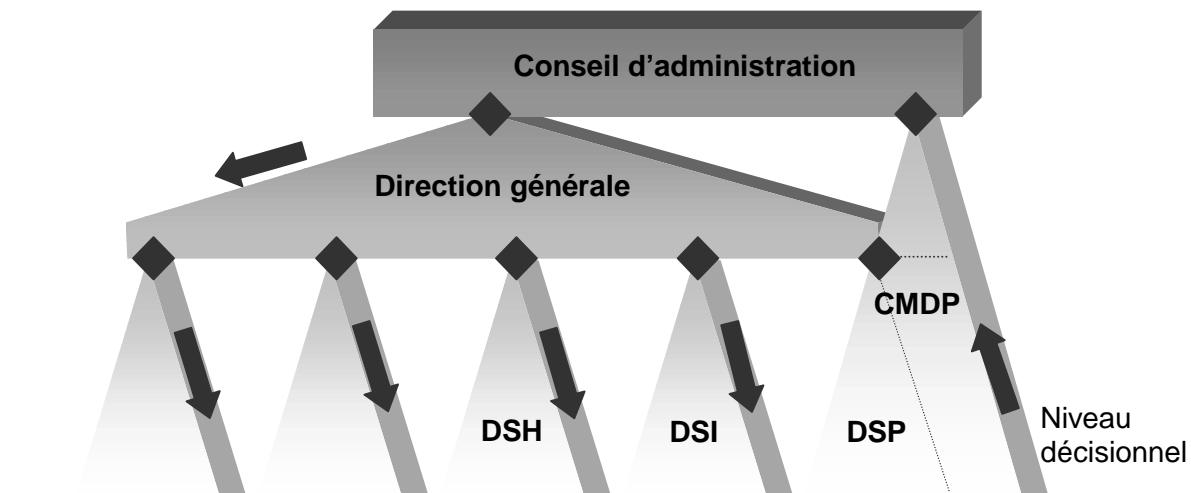
4.4.1.1 La hiérarchie professionnelle ; le CMDP

Le sommet stratégique, où se concentre les décisions d'ordre médical au sein d'un hôpital, se nomme *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP). De prime abord, le CMPD fût constitué dans un objet de surveillance et de soutien au développement des connaissances (Lamothe, 1996). Mais en dépit de son contexte historique et de la structure organisationnelle des hôpitaux au Québec, il déborde actuellement quelque peu de son rôle en assumant également une forte influence politique sur la gestion.

En fait, l'existence d'un tel comité permet au corps médical de défendre largement ses intérêts et d'avoir un pouvoir d'influence remarquable au sein de l'organisation hospitalière. De surcroît, de par son rôle de surveillant, il est le représentant officiel des patients puisque ses membres sont responsables des soins qui leur sont promulgués, ce qui l'amène à solidifier son pouvoir au sein de l'organisation. Il arrive, entre autre, de cette façon à contrôler les développements et les initiatives d'une grande part des professionnels non-médecins. En effet, le comité des dossiers du CMDP possède un droit de regard sur tous les dossiers relevant du domaine médical (Lamothe, 1996).

Enfin, en s'attardant un peu à la forme structurelle de l'organisation (figure 4.3), il est possible de constater la présence d'une puissante source de pouvoir attribuable à cette hiérarchie professionnelle médicale. Le CMDP, situé directement sous le conseil d'administration, de par sa position court-circuite complètement la direction générale et, par le fait même, la hiérarchie de l'hôpital pour négocier directement avec le comité d'administration. De plus, cette position physique du CMDP au sein de la structure organisationnelle contribue directement à la dilution du pouvoir administratif (Denis et al., 1998).

Figure 4.3 Dynamiques du niveau décisionnel



4.4.1.2 La hiérarchie administrative

La seconde hiérarchie principale est de nature administrative, elle a trait à tout ce que chapeaute la direction générale. La nature de sa structure s'apparente davantage à celle d'une bureaucratie mécaniste qu'à celle d'une bureaucratie professionnelle. Servant en grande partie de support logistique au corps médical, elle évolue principalement du haut vers le bas, ce qui fait que le pouvoir de décision est relativement centralisé dans le haut de la pyramide (Mintzberg, 1984). La coordination d'une telle infrastructure s'effectue par une standardisation des règles et des procédures, ce qui conséquemment limite relativement la liberté d'autonomie des individus sous cette structure.

L'organisation hospitalière possède également, à un second niveau, d'autres structures parallèles qui viennent se greffer à la hiérarchie administrative. Parmi celles-ci, on retrouve la direction des services infirmiers (DSI), la direction des services professionnels (DSP) ainsi que la direction des services hospitaliers (DSH).

Ces sous-systèmes, qui dépendent quotidiennement les uns des autres dans la pratique, tentent au niveau décisionnel, à travers des jeux de pouvoir, d'étendre l'importance de leur poids respectif au sein de l'organisation.

a) La direction des services infirmiers

Bien que les infirmières fassent aujourd'hui partie d'un ordre professionnel reconnu, leur position au sein de la structure organisationnelle hospitalière les incite à adopter une forme structurelle qui s'apparente davantage à celle d'une bureaucratie mécaniste. Freidson (1984) tente d'expliquer les fondements de cette lutte pour un statut professionnel chez les infirmières :

...les dirigeants des associations d'infirmières ont beau s'efforcer, avec la dernière énergie, de faire reconnaître le caractère spécifique de leur qualification et leur statut de profession à part entière, l'infirmière n'en paraît pas moins vouée à rester soumise aux ordres du médecin, et cela en grande partie du fait que son travail a lieu le plus souvent dans l'enceinte d'un hôpital. Il n'est pas sans intérêt de noter que, pour accéder au statut semi-professionnel qui est le sien, il lui faut occuper une place de rang subalterne dans la division du travail paramédical, ce qui compromet ses chances d'acquiescer ensuite un statut proprement professionnel. (p.67)

Ainsi, selon Lamothe (1996), la Direction des soins infirmiers tente, dans la mesure du possible, de se positionner de façon à se différencier du corps médical. Dans le même ordre d'idée, son existence permet aux infirmières d'échapper à un contrôle médical direct et de protéger leurs intérêts propres ce qui, par le fait même, oppose une résistance à certaines initiatives des médecins (Lamothe, 1996).

Quant au contrôle que la DSI exerce sur ses propres membres, nous en relevons deux principaux types. Elle possède dans un premier temps un contrôle professionnel sur les infirmières et dans un deuxième temps, elle exerce un contrôle d'ordre administratif sur l'organisation du travail des infirmières ainsi que sur les dépenses des unités (Lamothe, 1996).

b) La direction des services professionnels

La direction des services professionnels du CHUx chapeaute l'ensemble des médecins et techniciens affiliés aux unités de soins. Son responsable est un gestionnaire-médecin qui a pour mandat d'assurer un contrôle administratif des services d'ordre médical offerts par l'hôpital (Denis et al., 1996).

En ce qui concerne son positionnement au sein de la structure hospitalière, le corps médical y détient une seconde puissante source de pouvoir par l'entremise de ce service administratif. L'explication sous-jacente à la force de ce pouvoir est relativement simple : le corps médical dispose d'une structure très démocratique qui favorise son positionnement au sein de la haute direction. Ainsi, une forte décentralisation verticale invoquée par le concept de représentant, additionné à une forte décentralisation horizontale provenant du regroupement des disciplines en départements, lui procure une gestion fluide des intérêts face au partage des ressources physiques et techniques (Lamothe, 1996). La recherche constante d'autonomie de ces professionnels compte certes pour beaucoup dans une telle philosophie de gestion et elle devient fort intéressante quant à l'influence qu'elle génère sur les prises de décisions. De plus, la DSP se trouve fortement avantagée dans le processus de négociation puisqu'elle peut aller chercher un appui important auprès du CMDP.

Denis et al. (1996) nous donnent une bonne idée des enjeux auxquels doit faire face le DSP : « Le directeur des services professionnels favorise le dialogue entre l'administration soumise aux contraintes de ressources et les médecins qui souhaitent développer l'hôpital au plan scientifique et clinique. »

Cette structure administrative occupe une position limitrophe entre les unités opérationnelles et décisionnelles, elle fait le lien entre la pratique quotidienne et la gouverne. Mintzberg (1984) vient corroborer l'importance vouée à cette position. En effet, selon lui, le pouvoir au sein d'une bureaucratie professionnelle revient

majoritairement aux professionnels qui consacrent leurs énergies au travail administratif au dépend de leur activité professionnelle respective.

Ceci s'explique dans un premier temps par le biais d'un qualificatif ayant beaucoup d'importance dans un tel milieu : la crédibilité. Ainsi, comme nous l'avons mentionné plus tôt, la compétence professionnelle est signe de pouvoir dans une telle organisation et est de loin la forme la plus valorisée. Il semble très important pour des professionnels d'être dirigés par des membres ayant un certain niveau de compétence dans la même profession.

Mais une seconde explication sur l'importance de ce rôle vient dès lors s'imposer d'elle-même. Le médecin-administrateur détient un rôle qui lui permet de faire le lien entre les deux principales structures parallèles de l'hôpital (Mintzberg, 1984). De par ce rôle, le DSP se voit octroyer un pouvoir informel considérable. L'espace résiduel et conflictuel entre les structures professionnelle et administrative étant considéré comme une zone d'incertitude incontrôlable pour la majorité, le DSP jouit d'un pouvoir important sur ceux étant affectés par cette incertitude. Enfin, l'administrateur-médecin, qui possède en plus de fortes aptitudes politiques, devient un joueur majeur dans la direction d'un hôpital (Mintzberg, 1984)

4.4.2 La haute direction

La haute direction est le lieu ultime où convergent les grandes forces en présence. De façon plus précise, elle est l'endroit formel où se rejoignent les hiérarchies professionnelle et administrative. Nous entendons par *haute direction*, l'ensemble des personnes qui occupent un rôle élevé de décideur dans l'organisation. Elle comprend les leaders médicaux, les leaders administratifs ainsi que les membres du conseil d'administration. Centre de liaison de deux structures parallèles, la haute direction est l'emplacement où se rencontrent des points de vue provenant de deux univers différents et où se confrontent deux perspectives distinctes. Bien qu'œuvrant vers une mission et des objectifs communs, la façon de

les percevoir et de les atteindre diverge couramment. Ce phénomène se trouve à être amplifié dans un contexte de restrictions budgétaires, chacune des parties cherchant à faire valoir au maximum ses propres intérêts. Un tel contexte a donc pour effet de renchérir la relation de compétition entre deux hiérarchies concomitantes.

Étant à la fois le lieu formel des décisions et la rencontre de deux infrastructures, le conseil d'administration est l'endroit officiel où circulent les projets et problèmes de l'ensemble de l'hôpital (Lamothe, 1996). Problèmes qui souvent ne peuvent être résolus plus tôt au sein de la structure hiérarchique puisqu'ils se situent dans la zone ambiguë entre les deux structures principales. Ainsi, même s'il y a présence d'une collaboration quotidienne entre les différentes parties, c'est souvent uniquement à ce niveau d'autorité suprême que peuvent officiellement être réglés certains conflits. C'est donc à cet endroit que les principaux projets et problèmes concernant l'hôpital seront analysés, de façon décisive, sous toutes leurs formes et angles.

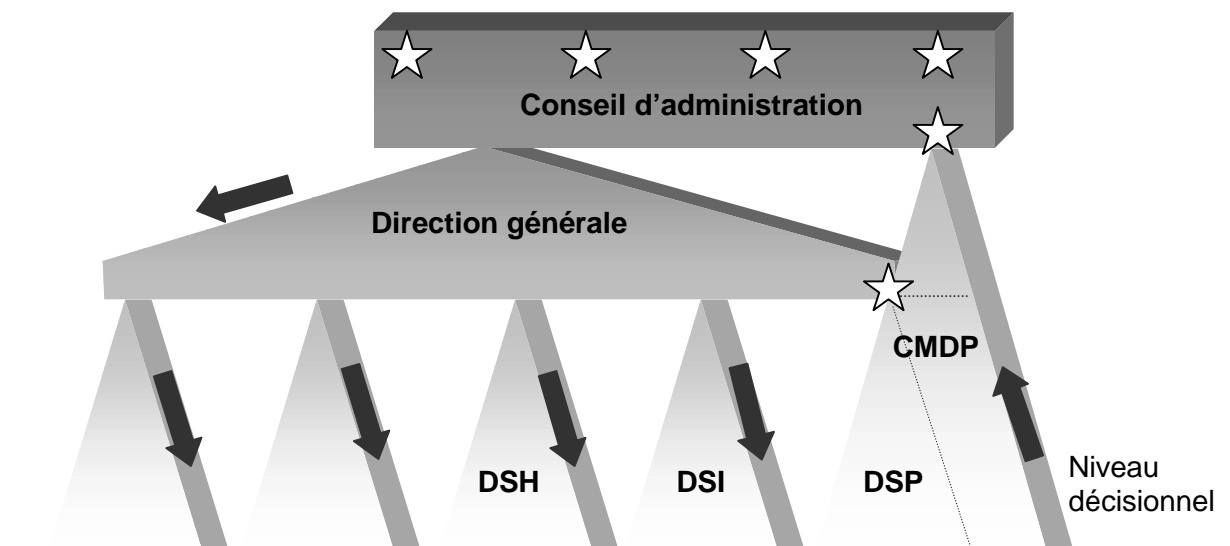
Le conseil d'administration, la direction générale ainsi que le CMDP sont tous trois dotés d'un pouvoir formel important. Or, la présence de trois pôles distincts de pouvoir a, selon Denis et al. (1998), pour effet de fragmenter la portée du pouvoir sur l'ensemble de l'organisation.

De plus, l'existence d'un paradoxe dissimulé sous la structure hospitalière contribue à complexifier l'autorité organisationnelle. Ce paradoxe correspond à l'attribut que Denis et al. (1995) décernent à l'hôpital, soit l'idéal type de l'anarchie organisée. Ainsi, d'un côté nous retrouvons la réglementation provinciale, qui définit par des lois strictes la forme organisationnelle d'un hôpital et lui procure une très grande rigidité. Tandis que d'un autre côté, la présence même de ces trois sources d'autorité, la forme de la structure organisationnelle dans son ensemble, de même que l'ambiguïté des rôles et responsabilités, viennent fortement encourager les relations de pouvoir informelles. (Denis et al., 1998).

La forme organisationnelle d'une organisation de la santé possède une distribution inégale de son pouvoir et accorde au corps médical une position qui lui est de loin très favorable. Nous appuyons cette affirmation par le fait que le corps médical, à travers cette structure, arrive à contrôler le personnel sur lequel il n'a pas d'autorité formelle reconnue.

Par cette structure hospitalière, il y a présence médicale à tous les niveaux décisionnels : la représentation des médecins par l'intermédiaire d'une structure professionnelle dont la tendance du pouvoir est ascendante (CMDP), jumelé à leur représentation également ascendante au sein d'une structure administrative (DSP), additionnée à la présence de plusieurs médecins au sein du comité d'administration permettent donc au corps médical de s'imposer comme un acteur décisionnel important. De plus, en observant plus à fond la structure hospitalière, nous constatons que le flot du pouvoir décisionnel du reste de l'organisation est dirigé majoritairement vers le bas, ce qui signifie que la base du corps médical est à la source du pouvoir de l'hôpital dans son ensemble (figure 4.4).

Figure 4.4 Représentation du corps médical au sein de la structure hospitalière



4.5 La dimension opérationnelle d'une organisation hospitalière

La dimension opérationnelle du CHUx consiste en ce qui a trait à la pratique quotidienne, elle est orientée directement vers le patient. À ce niveau, l'organisation se subdivise en unités de soins interdépendantes dont les sources d'autorité relèvent en majeure partie de l'informel. Elle est composée de toutes les personnes qui travaillent conjointement sur les patients à l'intérieur d'une unité donnée.

La dimension opérationnelle est donc le lieu où se rencontrent, sur le plan pratique, médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes, etc. (Lamothe, 1996). Bien que ces individus doivent se rapporter de façon officielle à leur responsable d'unité administrative, le chef de service, un médecin, possède un rôle important dans l'unité. Au même titre, c'est le médecin qui est responsable des patients et donc, qui a autorité sur les autres professionnels au niveau de l'ensemble des interventions. Voyons maintenant, en fonction de leurs responsabilités respectives, la place des deux principaux groupes représentés au sein de ces unités, soit les médecins et les infirmières.

4.5.1 La place des médecins

De façon analogue à la dimension décisionnelle, les médecins possèdent un rôle prédominant au sein des unités de soins. En tant que responsable du patient, le médecin se doit de superviser la mise en œuvre de l'ensemble des traitements qui lui sont promulgués. Par le fait même, il possède le privilège de contrôler l'accès des professionnels aux patients. De cette façon, toute initiative de nature médicale ou pouvant affecter les traitements se doit d'être soumise à l'accord du médecin responsable du patient (Lamothe, 1996).

Le corps médical voit ainsi sa responsabilité professionnelle étendue à un rôle d'autorité indirecte sur les professionnels paramédicaux. Ainsi, tout en respectant l'autonomie de ces professionnels à l'intérieur de leur champ de compétence

respectif, le corps médical s'assure tout de même un certain contrôle (Lamothe, 1996).

Freidson (1984), exprime clairement cette idée qu'est le rôle du médecin au niveau des opérations :

Dans la division du travail, le médecin est l'arbitre suprême en matière de pratique médicale ; soutenu par son prestige et son mandat juridique, il détient une «autorité» indépendante du pouvoir administratif en tant que tel. C'est lui qui, pour finir, exerce dans la division du travail l'autorité que lui confère le savoir, le jugement et les responsabilités ; c'est ce qui explique qu'une «hiérarchie» de la compétence existe indépendamment de la hiérarchie de l'hôpital et que le médecin puisse donner des ordres et diriger un personnel dont le niveau de compétence est inférieur au sien. (p.135-136)

Soulignons par ailleurs, la nécessité absolue d'une personne désignée assurant l'autorité au sein des unités de soins. Une telle présence est fondamentale au maintien de l'ordre ainsi qu'à une coordination efficace des cas médicaux.

4.5.2 La place du personnel infirmier

La responsabilité professionnelle du personnel infirmier consiste à la coordination et à la surveillance générale des soins donnés aux patients (Lamothe, 1996). Il n'en détient cependant ni la charge, ni la responsabilité légale, ces rôles relèvent plutôt du corps médical.

Au niveau de la dimension opérationnelle, l'infirmière détient un rôle central. De par sa présence constante auprès des patients, c'est elle qui est le plus proche de ce dernier parmi l'ensemble du personnel de l'unité. Elle est donc la personne qui est la plus facilement en mesure de détecter des changements dans l'état du patient.

Cet attribut de proximité amène l'infirmière à jouer deux rôles indispensables. Elle est à la fois génératrice et émettrice d'information sur le patient. Mais sa collaboration est également indispensable au niveau de l'exécution des interventions

prescrites par les professionnels (Lamothe, 1996). De ce rôle découle un important dilemme de positionnement :

Les infirmières sont aux prises avec le dilemme de chercher à se positionner comme professionnelles au sein d'une équipe tout en devant exécuter une multitude de tâches dont certaines sont prescrites par les autres professionnels. (Lamothe, 1996, p. 92-93)

Par conséquent, l'infirmière se trouve, à plusieurs occasions, dans une position où elle est reléguée à un rôle de subordination. Enfin, le personnel infirmier n'échappe pas au contrôle professionnel des médecins dont les patients sont hospitalisés à l'unité. Il se doit donc d'être soumis à l'ultime autorité professionnelle, découlant de la règle de la compétence dans les organisations professionnelles.

4.6 Le CHUx ; fondements, mission et valeurs

La création des *Centres hospitaliers universitaires* (CHU) au Québec est le fruit non seulement d'une prise de conscience quant à la situation du développement de la médecine sur le plan international, mais également d'une volonté de maintenir la position concurrentielle qu'occupe le Québec dans le domaine de la santé. Avant d'aller plus loin, signalons qu'un CHUx est en fait un méga-centre hospitalier axé sur le développement des connaissances et la transmission du savoir.

Dans le milieu francophone à Montréal, la création du *Centre hospitalier de l'Université x* (CHUx) a été annoncée officiellement le 1^{er} février 1995. La mise sur pied de ce centre implique, notamment, la fusion de l'hôpital A, de l'hôpital B ainsi que de l'hôpital C. Cet événement marque le début d'un long processus de changement radical au sein de ces trois organisations.

La date de la fusion juridique est fixée pour le 1^{er} octobre 1996, cela laisse à la Société d'Implantation du CHUx (SICHUx) exactement 12 mois pour préparer les mécanismes de mise en commun. Cette étape se conclue par la signature d'un protocole d'entente impliquant l'hôpital A, l'hôpital B, l'hôpital C, l'Université de

Montréal, le gouvernement du Québec ainsi que la Régie régionale de Montréal-Centre. Ce protocole contient les principaux paramètres organisationnels et juridiques relatifs à l'unification des structures sur un horizon de cinq ans (Protocole d'entente du CHUx, version finale, septembre 1996).

Les parties conviennent, dans le cadre de ce protocole, de mettre sur pied un grand centre hospitalier universitaire du XXI^e siècle au Québec dans lequel les dimensions de soins et services à la population, d'enseignement médical et paramédical, de développement de la recherche, d'innovation et d'évaluation technologique et d'influence internationale seront développées en fonction de leur plein potentiel. (Protocole d'entente du CHUx, p.4)

Par ce protocole, les trois entités constituantes se voient attribuer des vocations spécifiques. Ainsi, le campus A se voit accorder la fonction de centre ambulatoire de médecine et de chirurgie d'un jour, tandis que les hôpitaux B et C obtiennent la vocation de soins et services hospitaliers, chacune des spécialités se voyant éventuellement associée à un site prédominant.

Par la création de ce système hospitalier, le CHUx se hisse au rang des plus grands hôpitaux au Canada sur le plan des effectifs. En fait, l'unification de ses trois souches réunit quelques (Direction générale, «le CHUx ; Une solution et un projet collectif ») :

- 1000 médecins ;
- 230 gestionnaires ;
- 250 professionnels ;
- 9000 employés syndiqués.

L'élaboration du protocole a donné naissance à l'établissement d'une ligne directrice permettant de guider la réalisation de la fusion. Cette ligne directrice se traduit par la formulation d'une mission et d'objectifs sous-jacents (Protocole d'entente du CHUx, p. 6-7) :

- **Un centre de soins :** *soins généraux et spécialisés pour la population locale et soins ultraspécialisés pour une population locale, régionale et suprarégionale.*
 - ⇒ Offrir la gamme complète des soins ainsi qu'une bonne intégration au réseau de service de la santé.
 - ⇒ Développement d'alternatives à l'hospitalisation.
- **Un centre d'enseignement :** *site d'enseignement universitaire, collégial et professionnel pour l'ensemble des disciplines de la santé ou connexes à celles-ci.*
 - ⇒ Offrir l'ensemble des programmes en conformité avec les besoins académiques.
- **Un centre de recherche :** *site de recherche pour l'ensemble des disciplines de la santé.*
 - ⇒ Lieu privilégié pour le développement et le rayonnement de la recherche et la formation des chercheurs.
 - ⇒ Vocation internationale.
- **Un centre d'évaluation technologique :** *site de développement et d'évaluation de la technologie médicale ou connexe.*
 - ⇒ Site reconnu de développement, d'innovation et d'évaluation des nouvelles technologies dans tous les domaines reliés à la santé.
- **Un centre de promotion de la santé :** *toutes les disciplines de soins offrent un volet promotion-prévention tant en terme de services à la population qu'au niveau de l'enseignement et de la recherche.*

De plus, afin de répondre aux besoins de son bassin de population, l'organisation du CHUx tient à (Protocole d'entente du CHUx, p.7) :

- ⇒ *Assurer un continuum des soins et des services de liaison, de maintien et de suivi à domicile, ceci en partenariat avec les CLSC, les autres établissements ainsi que les intervenants du réseau communautaire.*
- ⇒ *Devenir un centre d'excellence sur toute la ligne.*
- ⇒ *Assurer grande qualité des soins.*
- ⇒ *Assurer une gestion saine, efficace et efficiente de l'ensemble des ressources de l'organisation.*

Le protocole d'entente définit, de plus, les valeurs de base prônées par la direction en conformité avec la mission et les objectifs et servant à préciser l'orientation du CHUx (Protocole d'entente du CHUx, p.8-9) :

- *Promotion de la santé.*
- *Promotion de la qualité et de l'excellence quel que soit le champ d'activité – modèle d'excellence et de leader.*
- *Respect, valorisation et développement des ressources humaines :*
Le CHUx offre un contexte de travail où chacun est mis à contribution, dans son d'expertise, pour réaliser un ou plusieurs volets de sa mission. C'est un milieu stimulant où chacun est invité à participer à l'amélioration continue des soins et des services dispensés à la clientèle.
- *Valorisation de l'innovation et de la créativité – environnement propice à la mise en œuvre de projets novateurs.*
- *Lieu privilégié de formation universitaire, collégiale et professionnelle ainsi que de recherche clinique et fondamentale.*
- *Leadership et rayonnement de l'institution dans la communauté scientifique et académique internationale.*
- *Liens avec la communauté – assume une responsabilité sociale envers la communauté en intervenant de façon tangible sur les plans préventif et curatif et développement de nouveaux modes de partenariat avec les établissements du réseau et les groupes engagés dans les services de santé et les services sociaux.*

4.7 Un paradoxe ; développement vs coupures budgétaires

Par le passé, les hôpitaux avaient essentiellement une vocation sociale, mais aujourd'hui, en vertu des contextes économique et politique actuels, les hôpitaux détiennent également une vocation économique. En fait, la réalité financière de l'endettement gouvernemental additionnée à une prise de conscience quasi-généralisée de la nécessité d'une réduction du déficit et d'assainissement des finances publiques ont amené des coupures importantes dans le domaine de la santé.

De telles circonstances soulèvent un questionnement important quant à la justification réelle de la création du CHUx. Ainsi, l'on arrive à se demander si la conjoncture économique actuelle ne vient pas détourner l'objectif réel de ce projet ou du moins, de celui que l'on a proposé aux principaux concernés. Le projet qui fût présenté et accepté par les principaux acteurs de ce dossier est un projet de développement, une aspiration à une situation non seulement meilleure mais également très attirante.

Le projet du CHUx consiste à la mise sur pied d'un centre médico-académique de classe mondiale, supérieur à tout ce qui existe à ce jour dans le système médical (Denis et al., 1998). Selon Denis et al., ce projet accorderait à la population québécoise, de même qu'aux étudiants en médecine, un accès aux meilleurs outils diagnostiques et thérapeutiques qui soit. Selon ces auteurs, une telle réalisation nécessite des investissements importants dans le système, et plus particulièrement au niveau de la technologie ainsi que dans l'implantation d'une structure ambulatoire.

4.8 Le caractère particulier de chaque campus

Le projet du CHUx a nécessité la fusion de trois entités distinctes, l'hôpital A, l'hôpital B et l'hôpital C. Ces trois hôpitaux, auxquels l'on réfère maintenant sous le vocable «campus », possèdent chacun une identité qui lui est propre.

Une identité qui prend racine dans leur fondation et qui se forge à la suite des événements et individus qui ont marqué leur évolution. Dans la partie qui suit, nous faisons une brève revue de l'historique sous-jacent à leur caractère idiosyncrasique, analysons ces différences et enfin, démontrons comment de telles divergences peuvent créer un choc lors d'une fusion d'organisations.

4.8.1 Les débuts historiques des trois hôpitaux

Afin de bien saisir la particularité de chaque hôpital, il est nécessaire de se reporter à leur histoire respective. En saisissant bien leur origine ainsi que leurs déterminants historiques, nous serons davantage en mesure de comprendre la perspective de chacune. Un tel exercice nous permet une compréhension plus approfondie de leurs distinctions culturelles, structurelles et individuelles.

4.8.1.1 L'hôpital A

Premier et seul hôpital dans sa région à y soigner les malades pendant près de 180 ans, l'hôpital A occupe une place importante dans l'histoire de la Nouvelle-France. La fondation de cet hôpital tire ses sources dans la grande colonisation chrétienne. L'hôpital est perçu comme un outil indispensable à la colonisation des *sauvages*. Des observateurs de la Nouvelle-France révèlent que les *sauvages* traitent leurs malades et leurs infirmes de manière barbare, les bons soins des sœurs risquent donc d'avoir un puissant effet sur la conversion des *sauvages*.

Le fondateur de la ville, est l'instigateur de ce projet. Il forme une congrégation de religieuses hospitalières et établit, quelques années plus tard l'hôpital A. La communauté des hospitalières sera alors la seule administratrice de l'hôpital.

Les religieuses ont pour mission première de guérir le corps et de l'âme des malades. Voici un passage, tiré des écrits de Sœur Bernier(1949), qui permet de bien saisir cette mission :

« Comme le salut de l'âme est incomparablement plus important que la santé du corps, les hospitalières devaient, et doivent encore l'envisager dans tous les services qu'elles rendent aux pauvres malades. Le corps n'est que le vêtement que recouvre l'âme pendant la vie ; il ne mérite d'égards qu'en raison de l'être immortel qui l'habite. »

L'instigateur de ce projet choisit ses premières filles dans les plus hautes classes de la société pour les mettre au service des pauvres gratuitement. Selon lui,

il faut beaucoup de noblesse pour soigner les malades de la Nouvelle-France. L'hôpital peut fonctionner financièrement grâce aux dons d'une riche bienfaitrice inconnue, du gouverneur et de nombreuses donations matérielles provenant de la France. Bien que l'hôpital A connaisse quelques difficultés financières, il se trouve toujours quelque donataire pour sauver l'hôpital.

Étant le premier hôpital implanté dans la ville, il a abrité la première École de médecins et de chirurgiens de cette dernière. Son histoire est particulièrement riche mais non sans difficulté. Sa bâtisse fut longtemps menacée par les Iroquois et due être reconstruite à trois reprises suite à des incendies. Quant à ses hospitalières, elles durent faire face à de nombreuses grandes épidémies et soigner de nombreux blessés provenant des combats entre Iroquois et Français, et plus tard, avec les Anglais.

Enfin, l'hôpital A tire sa principale distinction par l'importance qu'elle accorde à l'âme et à la noblesse de l'acte de la guérison.

4.8.1.2 L'hôpital B

Les origines de l'hôpital B remontent en 1880 pour répondre à un besoin grandissant d'un établissement pour l'enseignement clinique dispensé aux nombreux étudiants d'une faculté de médecine. Cet hôpital est au fait la solution à une importante querelle universitaire qui fait rage dans la région. À cette mission créatrice ajoutons, de plus, une grande volonté de développer la science médicale et bien sûr, de procurer une assistance médicale aux travailleurs et indigents.

À l'origine, ce sont les professeurs de l'université ainsi que le curé de la paroisse qui investissent les fonds nécessaires à la fondation de l'hôpital. Le curé use également de son influence auprès d'une communauté de Soeurs pour obtenir leur participation. Ainsi, il obtient d'elles un accord selon lequel, pour la première fois, elles administreront un hôpital laïque sans en avoir la propriété. La majeure partie

du financement de l'hôpital proviendra, par la suite, de dons privés et publics ainsi que de souscriptions institutionnelles et gouvernementales.

Bien que l'hôpital B accueille les patients de toutes conditions et de toutes nationalités, il crée trois catégories distinctes pour différencier le type de salle auquel ils auront droit. Ainsi, certains de ses patients paient et ont droit à une chambre privée ou semi-privée tandis que d'autres qui ne peuvent payer logent dans des chambres communautaires.

De plus, par la mission de recherche médicale que s'est donnée cet hôpital, il favorise très tôt la création de spécialités médicales permettant de faire avancer la recherche plus efficacement.

L'hôpital B, de par son histoire, se distingue donc principalement par son caractère axé sur la recherche et la formation clinique des jeunes médecins.

4.8.1.3 L'hôpital C

L'hôpital C est l'œuvre d'un geste humanitaire. Par l'érection de cet hôpital, les médecins fondateurs se donnent pour mission de traiter les enfants les plus démunis de la ville, soit ceux dont les parents ne peuvent payer pour les soins d'un médecin. Ses médecins, fortement dévoués à leur cause, soignent ainsi gratuitement les enfants pauvres.

Les débuts très modestes de cet hôpital se font dans une maison privée louée et située au cœur d'un quartier défavorisé de la ville à l'époque. Il devient rapidement le carrefour de la charité de la région. Tout au long de sa progression, l'hôpital C évoluera sous l'influence de son milieu géographique et du tissu humain composé par sa population. Ainsi, la proximité d'un port, amenant un grand nombre de marins souvent atteints de « maladies de l'amour », la contiguïté de l'action ouvrière et les

besoins criants des enfants pauvres sont au cœur de leurs préoccupations quotidiennes.

Reconnue pour son hospitalité dont il en fait son point d'honneur, il accepte sans aucune discrimination toute personne requérant des soins. Cette mission d'hospitalité l'amène à ouvrir la première salle d'urgence ouverte 24h/24 sept jours par semaine. De par sa mission, il sera donc longtemps considéré comme l'hôpital pauvre de la ville. Cette appellation fait bien sûr allusion à son type de clientèle mais aussi à sa situation financière. Financée en grande partie par ses propres fondateurs et la générosité publique, sa survie dépendra de peu.

L'hôpital C est le plus jeune des trois hôpitaux, il n'a à peine que 90 ans. Il a vu croître sa capacité de façon phénoménale et ce, dans un court laps de temps. La construction de l'hôpital C représente près de 50 ans de son histoire, soit plus de la moitié de son existence.

Enfin, de par sa mission et sa situation géographique, les réalités auxquelles il a dû faire face sont fort différentes de celles affrontées par ses consœurs. Sa principale distinction, vue d'un angle historique réside donc par un mandat de soin qui fut, depuis toujours, doublé d'un fort mandat social.

4.8.2 Particularités sur les plans culturel, structurel et individuel

Nous posons maintenant un regard sur les particularités culturelles, structurelles et individuelles de chacune des entités regroupées par la fusion. Bien qu'ils fassent partie du même domaine, nous constaterons que ces hôpitaux ont développé, au cours de leur évolution, une personnalité bien spécifique à leur contexte respectif. Pour une brève description du contenu théorique de chacune de ces grandes dimensions du modèle de l'organisation d'Allaire et Firsirotu, se référer à la section 2.3 du chapitre II.

La figure 4.5 fait état des caractéristiques propres au campus A. Des trois hôpitaux formant le CHUx, l'hôpital A est non seulement le plus vieux mais également celui dont les traces de ses traditions sont les plus visibles aujourd'hui. Dès les tout premiers débuts de cet hôpital, les religieuses hospitalières ont su imposer des normes et des traditions qui se sont vues perpétuées dans le temps. C'est ainsi que l'aspect humain des soins, les relations interpersonnelles, une gestion rigoureuse de même qu'une liberté d'expression limitée occupent encore une très grande place aujourd'hui.

À travers les années, l'hôpital A s'est bâti une réputation et a été en mesure d'inspirer le respect dans son milieu et ce, particulièrement au niveau de l'aspect académique. De par ses traditions, cette organisation dégage une image de noblesse et d'aristocratie fortement axée sur le pouvoir médical. De ce fait, le CMDP de cet hôpital est connu pour être très politisé et dépasse largement ses tâches de surveillance des soins.

En contrepartie, son administration fut historiquement effacée par rapport à son corps médical, mais cette situation s'est résorbée en grande partie au cours des dernières années. L'image traditionnelle de la puissance hiérarchique a également été perpétuée au fil des années, ce qui a pour conséquence une division, encore aujourd'hui, fort visible entre la masse et la direction. De plus, l'hôpital A possède une masse plutôt passive qui se caractérise par une longue employabilité et une forte crainte de perdre leur emploi.

Cette crainte est particulièrement associée au contexte difficile des deux dernières décennies. Au cours de cette période, la structure de l'hôpital A s'est vue diminuée et fragilisée, dû en partie à l'absence d'investissements ainsi qu'à une incertitude quant à son devenir. Le projet du CHUx est ainsi une bouée de sauvetage pour la survie de cette organisation.

Figure 4.5 Campus A

CULTURE

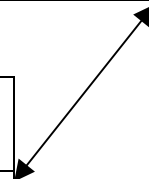
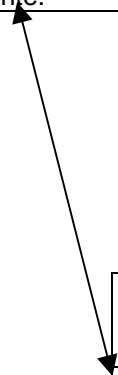
Image	Dégage une image de noblesse, d'aristocratie.
Résidus historiques	Hôpital traditionnel; Influence marquée de ses racines religieuses; Inspire le respect par sa réputation passée.
Valeurs et croyances	Grande importance vouée à l'aspect humain des soins; Forte intégration des normes transmises par les pairs; Tendances pessimistes et à amplifier les faits en les interprétant selon de fausses prémisses; Forts sentiments d'insécurité et de persécution omniprésents.
Rapports entre les groupes	Grande importance portée aux relations interpersonnelles; Division hiérarchique marquée entre la masse et la minorité dirigeante.

STUCTURE

Mission	Établissement aux aspirations fortement axées sur la recherche académique; Habitué à fonctionner avec des patients de milieux favorisés ayant un indice de complexité élevé.
Autorité	Équilibre entre les pouvoirs académique et médical; Et administratif; Hétérogénéité de points de vue qui s'affrontent au sein de la haute direction; CMDP très politisé et conflictuel, déborde de son rôle de surveillance médicale.
Structuration	Gestion décentralisée; Structure périlite et fragile sur le plan médico-chirurgical, a perdu plusieurs spécialités; Déclin physique ainsi que technologique causé par une absence d'investissements durant les 10-15 dernières années; La fusion du CHUx est une bouée de sauvetage pour sa structure physique; Par son nouveau mandat, c'est l'hôpital qui disparaît au profit d'un système ambulatoire.
Gestion	Respecte son budget; Gestion rigoureuse.

INDIVIDUS

Leaders	Présence de personnes clés, non nécessairement représentatives de l'opinion générale, exerçant un pouvoir très fort. Leadership de faction.
Groupes	Faible roulement au niveau de l'équipe médicale.
Masse	Masse plutôt passive; Gens ont peur de perdre leur emploi et d'avoir à changer de lieu pour exercer leur profession.



L'Hôpital B (figure 4.6), pour sa part, se caractérise par la présence d'un leadership médical très fort. Ses activités agressives en recherche dans les vingt dernières années ont eu pour résultats, le développement d'expertise dans un grand nombre de surspécialités. Ce leadership du corps médical est également très visible au sein même de l'organisation puisque, des trois entités composant le CHUx, c'est celui qui domine le plus son hôpital. L'hôpital B possède un CMDP très actif au niveau politique et insiste également pour s'impliquer activement au niveau administratif. De surcroît, ses administrateurs-professionnels détiennent un pouvoir considérable dans les prises de décisions concernant l'organisation. Selon certain, *le culte de la personnalité* est également un enjeu important de la détermination du pouvoir au sein de cette organisation.

De par la position notable de leur organisation dans le milieu médical, les membres du campus B sont portés à avoir une attitude particulièrement centrée sur l'organisation, ils ont la conviction d'être les meilleurs. Bien que, selon plusieurs répondants des autres sites, sa gestion de l'utilisation des ressources ainsi que son encadrement seraient les plus faibles du CHUx.

Au niveau des soins aux patients, l'hôpital B a développé, au cours de son évolution, de grandes forces sur le plan technique. L'organisation encourage, par conséquent, davantage le recours à une approche technique des soins par opposition à une approche plus humaniste. Son syndicat est également très agressif et génère des relations de travail tendues avec la direction. La combinaison de ces deux éléments a pour conséquence d'en faire l'équipe de support qui est le plus axée sur la tâche dans l'ensemble du CHUx.

Figure 4.6 Campus B

CULTURE

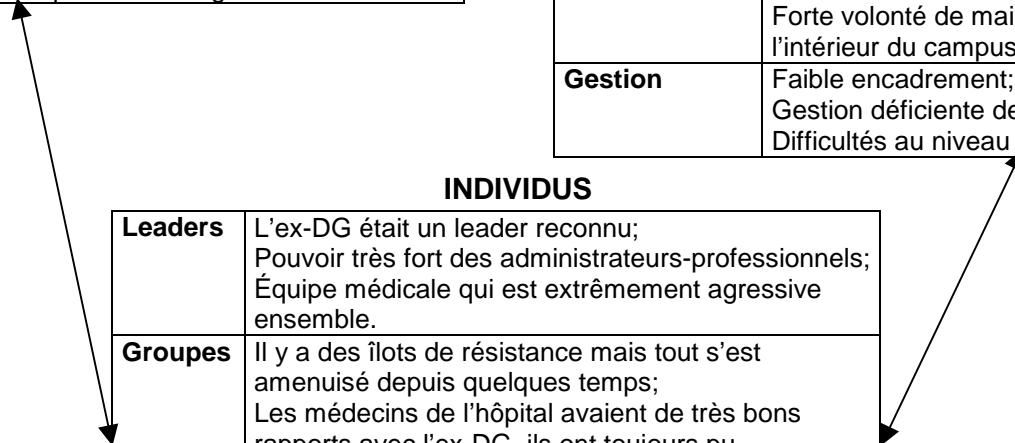
STUCTURE

Image	Veut donner l'image qu'il est le meilleur, ils ne laissent pas leur place et n'hésitent pas à s'exprimer.
Résidus historiques	Hôpital laïque affranchi, très entrepreneur; Approche très agressive au niveau du développement, lui a permis d'atteindre un leadership médical très fort; Domination au niveau de sa représentativité sur le plan universitaire grâce à sa puissance politique.
Valeurs et croyances	Emphase sur l'aspect technique des soins aux patients qui se traduit par une moins grande importance à l'aspect humain des soins; Présence du culte de la personnalité.
Rapports entre les groupes	Domination du corps médical dans l'organisation; Médecins très impliqués bien qu'il y ait eu une récente diminution quant à leur vigueur.

Mission	Ses principales forces résident dans l'enseignement des surspécialités; A toujours voulu être le leader dans le réseau des hôpitaux universitaires, il voulait être l'hôpital de la fusion, il voulait absorber les autres; Clientèle provenant de milieux assortis.
Autorité	C'est le corps médical qui détient le pouvoir, rapports de forces déséquilibrés avec l'administration; CMDP extrêmement actif au niveau politique, s'implique au niveau médical et administratif.
Structuration	Le plus gros des campus; Organisation particulièrement complexe; Développement des surspécialités de façon très substantielle au cours des vingt dernières années; Forte volonté de maintenir ses surspécialités à l'intérieur du campus.
Gestion	Faible encadrement; Gestion déficiente de l'utilisation des ressources; Difficultés au niveau de la gestion de l'urgence.

INDIVIDUS

Leaders	L'ex-DG était un leader reconnu; Pouvoir très fort des administrateurs-professionnels; Équipe médicale qui est extrêmement agressive ensemble.
Groupes	Il y a des îlots de résistance mais tout s'est amenuisé depuis quelques temps; Les médecins de l'hôpital avaient de très bons rapports avec l'ex-DG, ils ont toujours pu communiquer assez facilement même s'ils étaient rarement du même avis; Syndicat très agressif encourageant les conflits ainsi que des relations de travail tendues avec la direction.
Masse	Désinvestissement du personnel depuis l'été 97.



L'hôpital C (figure 4.7), le dernier venu des trois, a l'avantage de bénéficier de la structure la plus souple et la plus dynamique du trio. En revanche, comme bon nombre de jeunes organisations dans leur milieu, elle ne bénéficie pas d'une crédibilité émérite au niveau universitaire, il lui reste encore des preuves à faire. Le projet du CHUx est une occasion pour l'hôpital C de sortir de l'ombre et d'accroître son pouvoir.

Le mobile de sa création ainsi que sa situation géographique ont fortement marqué le développement de ses forces au point de vue médical. Ainsi, cet hôpital possède une très grande expertise dans les domaines étroitement liés à la pauvreté et à la rue tels que la toxicomanie, la prostitution, l'itinérance et les problèmes sociaux.

À l'hôpital C, contrairement aux deux autres organisations, c'est l'administration qui possède la plus grande part du pouvoir. En outre, son corps médical s'en tient à son rôle de surveillance et intervient peu dans les tâches administratives. Une telle façon de faire réussie bien à l'hôpital C puisqu'il existe une complicité remarquable et efficace entre ces deux groupes.

Figure 4.7 Campus C

CULTURE

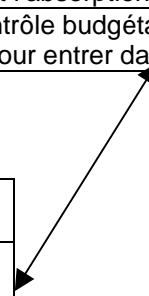
STUCTURE

Image	Par la population qu'il dessert, il a l'image d'un hôpital de rue; Donne l'impression d'un corps médical absent; Donne l'apparence, dans la fusion du CHUx, de se voir plus importante qu'elle ne l'a toujours montré.
Résidus historiques	Racines laïques, jeunes et modestes; Il s'est développée d'elle-même, sans subventions; Il a toujours eu à se battre pour faire sa place au niveau universitaire, il est peu représenté; Attitude historiquement humble.
Valeurs et croyances	Importance du rôle social favorisant la qualité et l'aspect humain des soins; Culture académique relativement étroite et peu profonde; L'hôpital est un endroit où chacun peu se réaliser.
Rapports entre les groupes	Bonne complicité entre les médecins et l'administration au niveau du développement.

Mission	Habitué à fonctionner avec la clientèle pauvre du centre-ville: les itinérants, les prostitués et les toxicomanes; Se démarque au niveau de la qualité de sa formation dans les spécialités de base; Cherche à saisir l'opportunité, par la fusion, d'accroître son potentiel, ses capacités, son pouvoir, sa clientèle et son taux d'attraction.
Autorité	L'administration détient le pouvoir, elle est présente pour l'organisation entière et non uniquement pour certains groupes; Le conseil d'administration a un rôle d'aidant pour apporter de la valeur aux dossiers de subventions; CMDP peu politisé, il ne participe qu'aux tâches de surveillance médicale.
Structuration	Les médecins conservent leur distance face aux tâches administratives; Gestion fortement centralisée; L'administration tenait à une fusion paritaire, elle craignait l'absorption.
Gestion	Bon contrôle budgétaire, a décidé de réaliser un déficit pour entrer dans le CHUx.

INDIVIDUS

Leaders	Le président du conseil d'administration a une forte emprise sur l'administration.
Groupes	Pour bon nombre de médecins, l'enseignement est une priorité et l'argent ne vient qu'au second plan.
Masse	La fusion a bien été reçue et la résistance présente s'est amenuisée depuis; Les gens sont intéressés mais s'engagent peu.



4.8.3 Le choc de la fusion

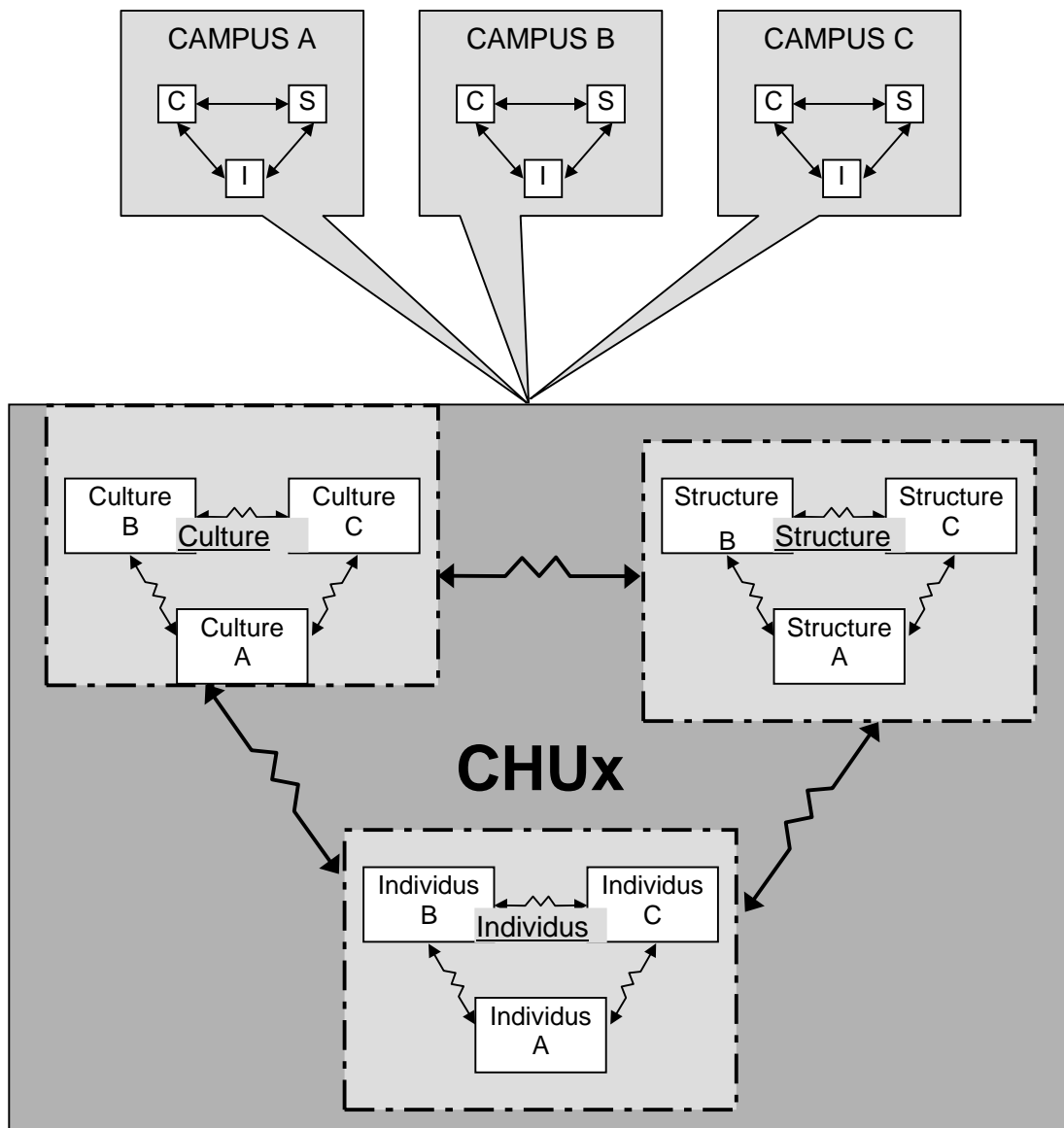
L'avènement d'une fusion produit, le plus souvent, l'effet d'un choc pour ceux qui la vivent. Un choc en ce qu'elle déstabilise l'harmonie entre les dimensions culturelles, structurelles et individuelles de l'organisation. En outre, la fusion génère une confrontation entre les groupes que l'on cherche à regrouper sous une même unité.

La figure 4.8 illustre les fondements de cette déstabilisation. Comme nous l'avons mentionné au chapitre II, la mise en commun des trois hôpitaux dans une seule méga-structure occasionne de profonds bouleversements auprès des équilibres existants entre chacune des trois grandes dimensions de l'organisation d'Allaire et Firsirotu (1993).

Ces composantes et forces de l'organisation se développent naturellement avec l'évolution et la croissance de l'organisation à un point tel que les membres les ressentent et les intègrent comme un ensemble unique et indivisible (Allaire et Firsirotu, 1993). Ainsi, chacune de ces dimensions propres à leur organisation d'origine se sont développées au cours de dizaines, voire de centaines d'années dans le cas de l'hôpital A. Ces éléments sont donc profondément ancrés au sein des organisations et difficilement modifiables sans créer des perturbations majeures.

Une fusion occasionne une réorganisation des principales composantes façonnant chaque organisation. Ainsi, du jour au lendemain, la concurrence doit céder sa place à la complémentarité et les dimensions de la nouvelle organisation sont entièrement à redéfinir et à rebâtir. La cohésion de chacune des composantes culturelles, structurelles et individuelles s'en trouve, par conséquent, profondément affectée.

Figure 4.8 Le choc de la fusion



Selon Allaire et Firsirotu (1993), afin de rétablir la synchronisation auprès de ces dimensions de la nouvelle organisation, il est primordial de rechercher, avant tout, à détenir une cohésion plus solide. La dimension structurelle, composée de la hiérarchie formelle, des définitions de tâches et des procédures, est la plus simple à solidifier. Par contre, elle est également la plus fragile puisqu'elle doit à tout prix être légitimée par la culture, sinon elle sera simplement court-circuitée, éventualité menant directement à l'anarchie. Un tel changement structurel nécessite donc une attention particulière au domaine culturel de l'organisation. Cette désynchronisation a également pour effet d'affecter profondément la relation structure-individu puisque c'est par la structure que passe le lien formel qui relie les individus.

Enfin, la dimension individu, composée des membres de l'organisation, des valeurs de leaders et des principaux représentants de l'organisation est ce qui soutient la culture. Elle exerce une influence sur le caractère et l'évolution du système culturel puisque ce sont les individus qui façonnent la culture. Inversement, dans une organisation la culture joue un rôle important en ce qu'elle permet aux individus de réagir adéquatement et rapidement aux exigences de leur environnement. La dissociation de ces grandes dimensions de l'organisation engendre un haut niveau de stress chez les individus et affecte profondément la performance de l'organisation. Il devient donc primordial de rétablir un nouvel équilibre entre ces dimensions du CHUx si l'on cherche à créer une organisation efficace et performante.

Analysons concrètement les implications des particularités relatives aux campus, sur les plans structurel et culturel, pour la fusion du CHUx. Dans un premier temps, nous faisons ressortir les principales caractéristiques de chacun des campus pour ensuite procéder à une analyse des effets des différences sur le processus de mise en commun. Le tableau 4.1 met en parallèle les principales caractéristiques de chacun des campus au niveau des dimensions *structure* et *culture*.

Tableau 4.1 Tableau comparatif des particularités culturelles et structurelles des campus A, B et C.

	Campus A	Campus B	Campus C
Structure	Pouvoir médical = Pouvoir académique = pouvoir administratif;	Pouvoir médical > pouvoir administratif;	Pouvoir médical < pouvoir administratif;
	Axé sur la recherche académique ;	Axé sur l'enseignement des surspécialités ;	Axés sur l'enseignement des spécialités de base ;
	Patients provenant de milieux favorisés ;	Patients provenant de milieux assortis ;	Patients provenant de milieux défavorisés ;
	Administration faible et effacée mais arrivant à se défendre ;	Administration appuyant la dominance du corps médical ;	Administration forte ;
	CMDP très politisé et conflictuel , il déborde de son rôle en s'impliquant sur le plan administratif;	CMDP politisé , il déborde de son rôle en s'impliquant sur le plan administratif;	CMDP peu politisé , il s'en tient à son rôle de surveillant de la pratique;
	Gestion décentralisée ;	Gestion décentralisée pour le corps médical ;	Gestion fortement centralisée ;
	Structure périclité et fragile qui a perdu plusieurs spécialités;	Développement agressif et substantiel des surspécialités ;	Développement limité par l'étendue de sa clientèle;
	Respecte son budget;	Gestion déficiente de l'utilisation des ressources;	Bon contrôle budgétaire, a décidé de réaliser un déficit pour entrer dans le CHUx;
	La fusion représente pour lui une bouée de sauvetage .	Cherchait à être l'hôpital central de la fusion, voulait absorber .	Tenait à une fusion paritaire, craignait l'absorption .

	Campus A	Campus B	Campus C
Culture	Dégage une image de noblesse, d'aristocratie ;	Veulent donner l'image qu'ils sont les meilleurs , ils ne laissent pas leur place et n'hésitent pas à s'exprimer;	Donner l'image d'un hôpital de rue ;
	Corps médical axé sur les traditions ;	Corps médical agressif ;	Donne l'impression d'un corps médical absent ;
	Racines religieuses ;	Hôpital laïque affranchi, très entrepreneur ;	Racines laïques, jeunes et modestes ;
	Reconnaissance académique basée sur sa forte réputation ;	Domination au niveau de sa représentativité sur la plan universitaire;	A toujours eu à se battre pour faire sa place sur le plan universitaire;
	Grande importance vouée à l'aspect humain des soins;	Grande importance vouée à l'aspect technique des soins;	Importance du rôle social favorisant la qualité et l'aspect humain des soins;
	Grande importance des relations interpersonnelles , mais division hiérarchique marquée entre la masse et la minorité dirigeante .	Forte domination du corps médical et présence du culte de la personnalité .	Bonne complicité entre l'administration et les médecins au niveau du développement.

Selon le principe de déduction logique, il est clair qu'il sera beaucoup plus difficile de trouver des points en commun dans une fusion tripartite que dans une fusion bipartite. Le niveau de complexité d'une telle association se trouve, par conséquent, plus élevé. D'ailleurs, dans la fusion du CHUx nous n'avons relevé aucun élément majeur commun à l'ensemble des trois campus. Le degré d'incidence de ces différences peut cependant varier d'un extrême à l'autre. Nous procédons, dans les lignes qui suivent, à l'évaluation des effets de la mise en commun des caractéristiques principales de chacune des organisations. Les

divergences sont classées en fonction de leur impact, selon qu'il existe une *différence significative* (impact important), une *incidence mineure* (impact moindre) ou encore, qu'il s'agisse d'éléments *complémentaires* (différences possédant un potentiel d'impact positif). Notons que cette classification est basée uniquement sur notre jugement et nos connaissances en la matière. Par conséquent, nous prendrons soin de bien justifier nos choix.

Différence significative

Les particularités des campus classées sous la bannière *différence significative* sont celles qui risquent de générer le plus de conflits au cours du processus de fusion. Ces différences occasionnent un choc important lorsqu'elles sont confrontées l'une à l'autre puisqu'elles sont considérées comme étant opposées.

Ainsi, le fait que le pouvoir administratif soit supérieur au pouvoir médical au campus C et qu'il en soit différemment pour les deux autres campus peut avoir un impact notable. En effet, une mise en commun de ces organisations altérera les fondements du processus décisionnel des deux structures principales d'au moins un et d'au plus trois campus. Compte tenu de la masse d'individus impliquée, cette différenciation peut amener un bouleversement entre l'administration et le corps médical.

Dans le même ordre d'idées, l'administration forte du campus C aura une probabilité élevée d'entrer en conflit avec le corps médical du campus B dont le caractère dominant se fait complice de l'administration. En ce qui concerne l'hôpital A, son administration semble vouloir se rapprocher de la position de l'hôpital C, mais, dans l'ensemble, elle ressemble encore beaucoup à la situation de l'hôpital B. Par conséquent, les particularités du campus A possèdent une moins grande incidence sur le processus de fusion que l'opposition qui régit entre les deux autres campus.

Dans le même ordre d'idées, une caractérisation très différente des CMDP peut fortement affecter les habitudes décisionnelles lors de la mise en commun des campus. Un corps médical qui possède une grande marge de manoeuvre a beaucoup plus de chances de développer des mécanismes de décisions politiques. Non seulement les divergences de rôle peuvent-ils créer des conflits mais de plus, selon Haspeslagh et al. (1991), les gestes politiques ont un impact négatif sur le processus de fusion.

Toujours au niveau des conséquences possibles sur les processus décisionnels, notons l'opposition entre la gestion fortement centralisée du campus C, celle décentralisée du campus A et celle décentralisée uniquement pour le corps médical du campus B. Dans ces trois cas, le pouvoir provient de sources différentes. Lorsque combinées dans un processus d'intégration des organisations, ces sources de pouvoir se trouvent fortement déséquilibrées.

L'argent étant plus souvent qu'autrement à la source de conflits, si la philosophie de gestion des budgets diffère, grandes sont les possibilités de choc. En regroupant la gestion des budgets à un seul endroit, il s'avère qu'au moins un campus devra changer sa façon de faire puisqu'il se doit, dorénavant, d'avoir équité dans la répartition des ressources.

Enfin, les intentions à la base de la fusion de l'hôpital B et de l'hôpital C sont en totale opposition. Si l'ensemble des organisations n'est pas sur la même longueur d'onde au départ, cela risque de générer de nombreux conflits lors de la négociation de la place de chacun dans la fusion. De surcroît, une fusion de type horizontal est difficile à réaliser puisque la majeure partie des intérêts se trouve sur le même terrain.

Finalement, l'ensemble des points soulevés dans les lignes qui précèdent affecte grandement la fusion du CHUx parce qu'ils mettent en jeu le processus de décision de chacun des campus. Or, le bon fonctionnement de ce processus est primordial dans une fusion puisqu'un très grand nombre de décisions importantes doivent être prises dans un court laps de temps.

Les images respectives attribuées à chacun des campus sont également classées comme possédant des différences significatives. Cette image reflète, en grande partie, l'attitude des individus travaillant dans chacune des organisations. Lorsque ces groupes d'individus se retrouvent sous le même toit, nombre de conflits relatifs au statut peuvent surgir.

Ces conflits peuvent être amplifiés par des différences quant aux façons d'agir des membres du corps médical. Ainsi, le corps médical du campus B, qui n'hésite pas à s'exprimer et à projeter l'image qu'ils sont les meilleurs, a de grandes chances de provoquer un choc important lorsqu'il devra travailler d'égal à égal avec ses confrères humbles et peu démonstratifs de l'hôpital C.

Les philosophies derrière les soins promulgués aux patient entrent également en contradictions. Deux campus sont axés sur l'aspect humain des soins alors que le troisième voue une grande importance à l'aspect technique et productif des soins. Leur façon de faire et de voir les choses étant nettement différentes, la mise en commun de groupes infirmiers, entre autres, serait en mesure d'affecter la fusion d'unités de manière considérable.

Enfin, les différences quant aux relations entretenues entre la masse et la direction ainsi que l'administration et le corps médical vient compléter la catégorie des différences significatives ayant un impact important sur la

fusion, ces rapports entre les groupes caractérisant chacun des campus depuis longtemps. Une telle différence contribue à creuser le fossé entre les campus et provoque un déséquilibre important dans la création du CHUx.

Complémentaire

Les différences considérées comme étant complémentaires, le seront à condition qu'elles soient gérées adéquatement. Il en faut de peu pour que des particularités complémentaires se transforment en caractéristiques opposées. Il importe ainsi de prendre les précautions nécessaires afin de minimiser les affrontements pouvant survenir. La mise en commun de particularités complémentaires consiste à prendre le meilleur de chacun et le combiner dans la formation de la nouvelle organisation.

Parmi ces éléments complémentaires, nous incluons les principales forces de chacun des campus. Ainsi, l'exploitation des forces de chacun des campus regroupées à l'intérieur d'une même organisation, procure un avantage compétitif important à cette nouvelle entité (Haspesslagh et al., 1991). Dans le cas particulier du CHUx, on parle du regroupement de forces portant sur la recherche académique, de l'enseignement des spécialités ainsi que de l'enseignement des spécialités de base.

En ce qui concerne la structuration des différents campus, l'hôpital B peut sûrement apporter au développement limité de l'hôpital C, due en grande partie à l'étendue de sa clientèle. Pour ce qui est du campus A, sa structure se voit sauvée par sa nouvelle mission, soit celle de centre ambulatoire. C'est d'ailleurs pour cette raison que de nombreuses personnes croient que la fusion représente une bouée de sauvetage pour ce campus.

Enfin, la représentation de chacun des campus au niveau universitaire se trouve à être haussée par cette fusion. Non seulement l'entente de fusion permet-elle une alliance de qualité avec l'Université de Montréal, mais encore la réputation historique du campus A jointe au fort pouvoir politique du corps médical de l'hôpital B sur le plan universitaire saura bénéficier à l'ensemble des trois campus à l'intérieur de la nouvelle organisation. Bien, que ces particularités pourraient engendrer des comportements de « snobisme » entre les différents corps médicaux à l'intérieur du CHUx, si ces différences sont bien gérées, elles peuvent être un atout fort intéressant.

Incidence mineure

Les particularités possédant une incidence mineure sont ceux qui, selon nous auront peu de conséquence sur le processus de fusion. Parmi ces caractéristiques, nous retrouvons les différences quant à la provenance des patients. À notre avis, que les patients de chacun des campus proviennent de milieux défavorisés, de milieux assortis ou encore de milieux favorisés, aura peu d'influence sur la fusion. De même, les différences au niveau des racines de chacun des hôpitaux auront peu de conséquences directes sur la fusion. Notons que ces dernières amènent cependant des différences importantes de façon indirecte, telles que sur le plan des valeurs ainsi que sur la lourdeur de la structure, mais nous considérons ces effets comme étant séparés.

Une fusion engendre de plus, un rapprochement entre des groupes d'individus qui rend inévitable la comparaison. Regrouper deux groupes d'individus possédant des cultures différentes équivaut à opposer deux conceptions différentes et mène inévitablement à la naissance de conflits.

Ainsi, comme le souligne Cohen-Émerique (1992) :

Tout homme ancré dans sa culture, lorsqu'il est interpellé par la différence de l'autre, se retourne spontanément vers son monde qui représente pour lui la vérité, les valeurs universelles, les comportements attendus (...). Autrement dit, il se raccroche à son cadre de références culturelles. (p.79)

Cette interprétation de la réalité à travers de tels critères de référence culturels, correspond, selon Barette et al. (1993), au phénomène d'ethnocentrisme. Dans un cadre ethnocentrique, les groupes mis en présence considèrent leur voisin territorial sous un angle négatif alors qu'ils se perçoivent personnellement positivement (Gemmil et al., 1993). C'est ainsi que la culture, utilisée par chacun comme base de référence, peut mener au développement d'hostilité entre deux groupes mis en commun.

Les préjugés issus de ce cadre référentiel influencent dès lors la relation entre ces groupes en ce qu'ils ont tendance à dissimuler la réalité au profit de généralisations fondées sur quelques expériences (Barette et al., 1993). Gemmil et al. (1993), perçoivent ce phénomène comme un mécanisme de défense servant à gérer l'anxiété vécue ainsi que l'ambivalence générée par la situation. Enfin, selon Mirvis et Marks(1984), le processus de combinaison d'organisation a un effet polarisant sur les différences au lieu de faire ressortir les ressemblances.

À la lumière de ce que nous venons de voir, il devient fondamental de prendre en compte les événements critiques liés au choc de la fusion et pouvant fortement affecter les processus de gestion de l'intégration.

4.9 L'enjeu de la complexité

L'intégration des hôpitaux constituant le CHUx implique trois différentes formes de complexité qui ont des effets importants sur sa gestion et requiert une approche particulière.

Premièrement, selon Hafsi et Fabi (1997), une organisation est considérée comme étant complexe lorsqu'elle est de grande taille et qu'elle possède une grande diversification de ses activités. Selon ces derniers, un bon indicateur du degré de complexité consiste au temps qui s'est écoulé depuis sa création. En ce qui concerne le facteur temps, mentionnons que l'hôpital A, qui figure au centre des débuts historiques de Montréal, possède près de trois siècles d'histoire à elle seule. Quant à la diversification des activités, inutile de dire que les soins promulgués dans les hôpitaux peuvent varier considérablement d'un cas à l'autre.

Pour Lamothe (1996), c'est principalement l'ensemble des structures entremêlées composant un hôpital, jumelé à une grande hétérogénéité des corps professionnels qui rend le système hospitalier complexe. Mais peu importe la justification donnée par ces auteurs, le résultat est le même, l'hôpital se voit octroyé le statu **d'organisation complexe**.

Dans un second temps, la seule réalisation d'une fusion constitue une situation complexe au niveau de la gestion (Hafsi et Toulouse, 1994). Alors que dire du degré de complexité d'une fusion tripartite? La fusion du CHUx est donc, incontestablement une **situation complexe**.

Troisièmement, selon Hafsi et Toulouse (1994), le processus d'intégration vient modifier en profondeur les organisations impliquées et constitue dès lors un processus complexe. Haspeslagh et Jemison (1991), pour leur part, qualifient cette phase de fort complexe lorsque comparée à la réalisation de la transaction. On ne peut donc nier le fait que le processus d'intégration soit une **opération complexe**.

Cette triple représentation de la complexité au niveau de l'intégration des hôpitaux dans la création du CHUx rend incontournable la reconnaissance de sa présence ainsi que du potentiel de son influence.

Hafsi et Demers (1989) font état de quelques difficultés liées à la complexité :

La complexité a un effet pervers. Elle diminue de manière considérable la capacité des dirigeants à influencer le fonctionnement de leur organisation. Alors, lorsque ces dirigeants cherchent à imprimer un changement majeur, ils font face à une véritable gageure. Plus le changement nécessaire est important, plus les difficultés à le formuler sont grandes, plus sa mise en œuvre est délicate, justement à cause de l'opacité des relations de causes à effets que provoque la complexité.

Les dirigeants locaux se trouvent alors dans une situation difficile, tout d'abord parce que leur compréhension et leur influence diminuent avec la complexité, mais, de surcroît, ils doivent s'opposer à la masse qui ne demande qu'à garder le statu quo.

Pour réduire les effets de la complexité, les grandes entreprises ont tendance à décentraliser le pouvoir vers les gestionnaires en contact direct avec la réalité. Or, dans un grand nombre d'organisations gouvernementales, les politiques instaurées ne permettent pas une telle gestion. Selon Hafsi (1985), les hôpitaux n'échappent pas à cette règle et sont gérés, plus souvent qu'autrement, comme des organisations simples. Dans un tel contexte, les dirigeants au sommet tiennent à garder main mise sur le pouvoir et ce, même si leur compréhension de la réalité diminue avec la complexité (Hafsi, 1985).

Compte tenu de ce qui précède, il incombe dès lors de reconnaître le rôle critique joué par les dirigeants locaux en situation de complexité. De plus, selon Hafsi et Fabi (1997), un changement majeur effectué dans une organisation à grande complexité exige de redoubler d'attention particulièrement envers les arrangements structurels et le comportement des individus. Pour l'objet de ce

mémoire nous nous attarderons principalement à ce dernier aspect, soit l'élément humain.

4.10 Principaux effets du contexte macro sur la fusion

L'ensemble des parties contenues dans ce chapitre comporte des éléments ayant une influence non négligeable sur la fusion. Par conséquent, il importe d'en prendre compte lors de l'élaboration et l'adaptation des processus de gestion favorisant le succès de la fusion. La partie qui suit met en relief les principaux éléments du contexte macro ainsi que leurs effets présumés sur la fusion.

La domination professionnelle du corps médical au sein de la structure du CHUx se traduit par un contrôle qui s'étend à l'ensemble des décisions administratives, favorisant, par conséquent, une orientation professionnelle à une orientation administrative. Les médecins et dirigeants du corps médical n'ont, pour la plupart, reçu qu'une formation médicale. Or, la gestion d'une fusion demande de fortes aptitudes et connaissances en gestion. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la gestion d'un tel processus consiste, certes, en l'un des plus grands défis qu'aura à surmonter un gestionnaire au cours de sa carrière. Il est, par conséquent, plus difficile pour ces individus de saisir toute l'étendue de la complexité d'une fusion ainsi que de gérer dans son ensemble le processus s'y rattachant.

La présence de hiérarchies parallèles, ne se rejoignant qu'au sommet de la structure organisationnelle, amène une complexité supplémentaire dans la gestion de la fusion. Ainsi, toutes les décisions et problèmes pouvant survenir lors de la mise en commun doivent nécessairement remonter à l'intérieur de chacune des structures hiérarchiques. Un tel fonctionnement a pour effet de ralentir le rythme de la fusion ainsi que d'accentuer la déformation d'informations provenant du bas de la structure.

Le cheminement du flot de pouvoir principal au sein de la structure organisationnelle prend actuellement sa source à la base du corps médical, se dirige vers le haut de la structure hospitalière pour ensuite se diriger vers le bas de la structure administrative. De cette façon, les médecins se retrouvent à la base du processus décisionnel de l'ensemble de l'organisation. Ceci a pour conséquence de favoriser la satisfaction de leurs propres besoins au détriment de ceux des individus de l'ensemble de l'organisation. Une telle forme structurelle est, par conséquent, déséquilibrée quant à la représentation des membres la composant.

La forte influence politique du CMDP sur la gestion de la fusion du CHUx se traduit également par des conséquences importantes sur le plan de la gestion. Ainsi, comme le mentionne Haspeslagh et al. (1991), les actions politiques ont des conséquences néfastes sur le processus de fusion. De façon plus précise, elles allongeraient et rendraient hésitantes les prises de décision. Il importe dès lors de minimiser le plus possible tous gestes pouvant mener à des actions politiques.

La présence de trois pôles distincts de pouvoir au sein de la structure organisationnelle hospitalière contribue à diluer le pouvoir quant à la direction que doit prendre la fusion. Trois pôles signifient souvent trois directions différentes, ce qui rend beaucoup plus difficile l'atteinte des objectifs fixés de même que l'ensemble de la conduite du processus de fusion pour la direction générale (Denis et al, 1995).

Enfin, l'addition des restrictions budgétaires provenant du gouvernement à la présence de ces trois pôles contribue à amplifier la dilution du pouvoir. Le contexte créé par d'importantes coupures budgétaires amène des relations de compétition entre les principales structures de l'organisation. Chacun cherche à veiller à ses propres intérêts au détriment de ceux des autres, ce qui a pour conséquence d'affaiblir la direction commune que devrait promouvoir l'équipe de la haute direction.

La présence d'un tel contexte budgétaire entre de plus en conflit avec le contexte de développement que l'on cherche à créer par la création de CHUx. En effet, le projet du CHUx, qui en est un de développement à l'origine, voit son objet principal se dissiper derrière la nécessité de procéder à des coupures budgétaires dans le domaine de la santé. Ainsi, les individus faisant partie de l'organisation du CHUx ont actuellement l'impression que la raison d'être réelle de la création de ce centre hospitalier est en fait, une raison économique.

L'avènement d'une mise en commun d'organisations confronte les particularités caractérisant chaque campus. La fusion a pour effet de faire ressortir ces différences. Ainsi, lorsqu'on les regroupe, certaines de ces différences peuvent être problématiques alors que d'autres peuvent être tout à fait bénéfiques pour la nouvelle organisation. Il importe dès lors pour les dirigeants de prendre conscience de ces différences, des effets de leur mise en commun ainsi que de la façon dont ils faut les aborder et les gérer.

La fusion crée un effet de choc pour les gens qui la vivent. Cette dernière génère de nombreux conflits lorsque ces groupes sont mis en commun. Au moment du regroupement, c'est tout un processus de comparaison entre les groupes qui commence. Les différences sont accentuées alors que les ressemblances deviennent très peu visibles. Les membres à l'intérieur d'un même groupe se sentent alors de loin les meilleurs, alors que les membres de l'autre groupe sont perçus négativement.

Finalement, le phénomène de la complexité amène, chez les dirigeants, une diminution de leur compréhension des événements reliés à la fusion. Plus ces événements sont nombreux et plus ils atteignent des portions de l'organisation qui leur sont éloignées, moins ils seront capables de bien saisir l'étendue de ce qui se passe. De même, plus l'organisation est complexe, plus les dirigeants auront de la difficulté à influencer le fonctionnement de l'organisation. Leurs directives

deviennent alors plus indirectes et diluées puisqu'elles doivent passer par de multiples chemins pour se rendre à la destination voulue.

L'ensemble des variables présentées ainsi que leurs principaux effets sont résumés au tableau 4.2 :

Tableau 4.2 Effets des principaux éléments du contexte macro sur la fusion.

Variable	Effet présumé
Dominance professionnelle du corps médical qui s'étend sur les décisions administratives.	L'orientation de la fusion sera dominée par les besoins professionnels plutôt qu'administratifs.
Hiérarchies parallèles.	Freine le processus de décision entourant la fusion. Déformation de l'information.
Cheminement du flot de la source de pouvoir principale au sein de la structure formelle de l'organisation.	Décisions essentiellement axées sur les besoins du corps médical.
Forte influence politique du CMDP sur la gestion.	Les actions politiques amènent une prise de décision lente et hésitante.
Trois pôles distincts de pouvoir	Contribue à la dilution du pouvoir.
Restriction budgétaire provenant du gouvernement.	Relation de compétition entre les deux structures parallèles amplifiées en situation de coupures budgétaires.
Paradoxe du développement vs des coupures budgétaires.	Amène un questionnement important chez les individus impliqués dans la fusion quant à l'objet réel de la création du CHUx.
Structure et culture	Certaines différences peuvent nuire à la fusion alors que d'autres possèdent un potentiel de création de valeur.
Choc de la fusion	Fusion génère des confrontations entre les groupes mis en commun Phénomène d'ethnocentrisme.
Effets de la complexité	La compréhension du processus de fusion par les dirigeants diminue avec l'augmentation de la complexité. La capacité des dirigeants à influencer le fonctionnement de leur organisation diminue avec la complexité.

CHAPITRE V

LE CONTEXTE ; REGARD SUR DEUX FUSIONS D'UNITÉS

Les comportements qui sont engendrés par les modifications de mécanismes structurels ne sont pas automatiques. Ils sont même souvent « situationnels » et dépendent de la nature des personnes concernées, de la situation, de l'environnement, des ressources disponibles, etc.

Hafsi et Fabi, 1997, p.244

5.1 Introduction

À l'intérieur de ce chapitre nous précisons le sujet de notre étude pour la centrer sur deux cas particuliers de fusions d'unités au sein du CHUx, l'unité mère-enfant et l'unité de gériatrie. L'analyse spécifique de ces deux micros-fusions se prolonge dans les deux chapitres subséquents. En ce qui concerne le présent chapitre, il tente de répondre à l'une des questions empiriques posées plus tôt, à savoir :

- *Comment les principales différences structurelles et culturelles affectent-elles le processus d'intégration au sein des deux micros-fusions?*

Afin de répondre à cette question, nous traitons du contexte spécifique à chacune de ces fusions par une reconstitution de la séquence des événements critiques liés à ces fusions. De même, nous mettons en perspective les unités regroupées à l'aide des trois grandes dimensions de l'organisation d'Allaire et Firsirotu, soit la culture, la structure et l'individu (1993). Par la suite, nous effectuons

une analyse comparative du niveau de difficulté des effets des principaux facteurs contextuels relatifs à chacune des micro-fusions sur leur déroulement du même que de la complexité de leur structure.

Nous suggérons ici au lecteur de consulter le lexique présenté à l'annexe D avant d'entamer le présent chapitre, surtout si ce dernier n'est pas ou peu familier avec le jargon hospitalier. En fait, ce milieu regorge d'expressions pouvant sembler à première vue synonymes, mais dont la différenciation est fondamentale à la bonne compréhension de ce qui suit.

5.2 Unité mère-enfant

5.2.1 Déroulement des événements critiques

Le centre mère-enfant du CHUx est un projet visant le développement global des soins et de la recherche entourant la femme et l'enfant. Il est le point de départ du développement d'un réseau intégré des soins mère-enfant au niveau suprarégional en partenariat avec le CHUy (Centre hospitalier de l'Université y) et ses établissements de santé affiliés. L'organisation de l'infrastructure nécessaire à la réalisation de cette mission comprend, entre autres :

- L'aménagement physique de l'unité mère-enfant au campus C;
- La consolidation de l'expertise médicale dans les secteurs directement impliqués tels : l'obstétrique, la néonatalogie, l'endocrinologie, la néphrologie et la médecine interne.
- L'organisation des services ambulatoires sur le campus A;
- Le développement et la poursuite d'un partenariat à divers niveaux avec un hôpital pour enfants (enseignement, recherche, réunions scientifiques, développement d'expertise médicale spécifique, amélioration du système de référence pré et post partum entre les deux organisations).

Source : Soins mère-enfant, Direction de la planification stratégique, novembre 1998.

L'étude de la fusion, dont il est question ici, est celle des unités de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie-néonatalogie de C et de B. À la lumière de ce qui précède, nous pouvons donc affirmer que cette fusion ne représente que l'une des étapes menant à la création d'un centre mère-enfant.

En ce qui concerne le campus A, il n'offre que le service de gynécologie dite médicale, il n'est donc pas, à ce jour, directement concerné par la fusion. Comme nous ne savons pas encore si ce service sera préservé ou non dans ce campus, nous en ferons abstraction dans notre analyse. Enfin, tout ce qui touche à la sous-spécialité du cancer gynécologique est également exclu de cette fusion pour le moment et relève d'une spécialité connexe, l'oncologie. L'équipement spécifique nécessaire à la radio-oncologie, de même que l'Institut de cancer, se trouvent uniquement au campus B.

Dès la signature du protocole d'entente du CHUx en septembre 1996, un processus de planification a été mis en branle en vue d'une fusion à moyen terme du secteur mère-enfant. Les divergences d'opinions entre les deux groupes concernés ainsi que l'avènement de certaines circonstances, telle la démission en bloc des omnipraticiens de B, ont eu pour conséquences de précipiter ainsi que d'handicaper le processus de planification de la fusion.

Le manque d'effectifs médicaux en obstétrique pour couvrir l'ensemble des trois sites du CHUx, additionné à une non-disponibilité de telles ressources sur le marché à court terme, ont justifié la décision de la haute direction de transférer l'unité mère-enfant de B au campus C dans les plus brefs délais.

Notons qu'en décembre 1998, soit une année et demie après le déménagement, la direction du CHUx de même que l'ensemble des membres concernés par cette mise en commun, ne considèrent pas encore qu'il y a fusion mais seulement déménagement et cohabitation bien que tous travaillent dans la même unité physique.

Voyons maintenant, plus en détails, le déroulement du processus de combinaison ainsi que les événements critiques en lien avec la mise en commun (tableau 5.1).

Tableau 5.1 Déroulement des événements critiques de la création de l'unité mère-enfant

Mars 96	Les tables de concertation d'obstétrique-gynécologie et de pédiatrie-néonatalogie recommandent le regroupement des activités mère-enfant sur un seul site : le campus C. Cette recommandation correspond, selon ces tables, à une organisation optimale des activités en contexte de fusion.
Septembre 96	Signature du protocole d'entente du CHUx.
Mars 97	Formation d'un comité de travail médico-nursing dont le mandat est de définir le projet du centre mère-enfant. Ce comité élabore des recommandations sur le concept de soins visé, sur l'organisation ainsi que sur l'aménagement de l'unité.
Mars 97	Dépôt des premières recommandations du comité de travail, il recommande, entre autres, d'effectuer le transfert à l'automne 99 afin de permettre une bonne préparation.
Mi-mai 97	Les départs de deux gynéco-obstétriciens sur un total de trois au campus B crée un problème majeur d'effectif au niveau des ressources médicales. La haute direction du CHUx prend la décision de devancer au 14 juillet, la date du transfert de l'unité de B dans les locaux de C.
Mi-mai 97	La responsable du secteur mère-enfant du campus C apprend la décision de transfert.
	Formation de petits comités de travail pour la réalisation de la micro-fusion.
Juin 97	La DG commence à occuper officiellement ses fonctions.
Juin 97	Accueil pour le personnel de B, rencontre d'une journée en petits groupes.
Fin juin 97	Nomination du chef de département mère-enfant du CHUx.
	Réunion des spécialistes et des médecins-généralistes pour revoir les modalités de fonctionnement et les règlements du département, ils s'inspirent d'une publication du Collège des médecins.
	Deux médecins de famille de B quittent.
	Départ de trois pédiatres de C sur quatre.
	Départ de deux pédiatres spécialisés en néonatalogie sur quatre à l'hôpital B.
	Ces départs découlent d'une mésentente entre les deux groupes de médecins. Conflit portant sur l'étendue de la clientèle, les médecins de B veulent faire de la <i>grande prématuré</i> (sauf pour les malformations congénitales), alors que les médecins de C ne veulent faire que du 32-34 semaines.

10 Juillet 97	Signature de l'entente de transfert entre la DSI, le DRH, l'adjointe à la clientèle mère-enfant, les représentants syndicaux des deux campus et la FIIQ. Le personnel de B est avisé officiellement du transfert.
14 Juillet 97	Transfert de l'unité de B à C, une cinquantaine d'infirmières et de préposés sont transférés. Plusieurs départs d'infirmières de C en pédiatrie. Celles de B restent. La majorité des pédiatres de la nouvelle unité proviennent de B.
Juillet/ Août 97	Augmentation du nombre d'accouchements.
Août 97	La responsable de secteur de C est officiellement nommée adjointe à la clientèle mère-enfant du CHUx.
Août/ Sept. 97	Ajustements pour les infirmières de B, certaines retournent à B, d'autres arrivent et repartent parfois.
Septembre 97	Une conseillère de B remplace l'adjointe à la clientèle mère-enfant durant ses vacances, à son retour la conseillère lui annonce sa démission, elle ne peut supporter le climat de méfiance qui y règne. Le personnel des deux campus reçoit une lettre leur annonçant la fusion officielle pour mars 98.
Novembre/ décembre 97	Période à laquelle on devait commencer les travaux de construction du centre mère-enfant selon l'annonce faite en juillet 97.
Décembre 97	Une conseillère vient rencontrer le personnel sur les différents quarts de travail en raison de la constante détérioration du climat de travail et remet ses propositions. Départ d'un gynécologue de B pour un hôpital hors CHUx.
Mars 98	Moment où la fusion officielle devait se faire, mais les négociations ne sont pas encore entamées au niveau de la direction du CHUx.
Été 98	Il y a encore deux listes d'ancienneté pour les infirmières. Pose un problème pour les vacances. Manque significatif d'infirmières en salle d'accouchement durant deux semaines.
26 octobre 98	Les autorisations d'emprunt pour les rénovations de l'unité n'ont pas encore été demandées.
Automne 98	Fusion des unités syndicales des deux groupes d'infirmières. Le chef de l'unité mère-enfant se départit du service de néonatalogie, considérant que c'est une façon de régler le problème des mésententes, un médecin de B devient chef de ce service. Départ d'un autre gynécologue de B. Un gynécologue du campus A et également actif à un autre hôpital hors CHUx est de moins en moins présent à A.
Décembre 98	Il y a encore un service de gynécologie dans chacun des trois campus. Il y a cependant moins de gynécologues pour couvrir les campus B et A puisque ces derniers sont occupés à faire des accouchements au campus C. Dans ces campus, il y a donc de moins en moins de lits pour admettre des patientes. Les priorités opératoires sont souvent coupées et il manque de matériel. Cette

	diminution du nombre de patientes admises se traduit par une baisse de revenu des chirurgiens en gynécologie de 30 à 40% à B et à A. Par ailleurs, il manque actuellement de lits et de priorités opératoires à C pour couvrir l'ensemble des activités du CHUx en gynécologie.
Décembre 98	<i>Déclaration d'un médecin : « Ça fait deux ans qu'on travaille au centre mère-enfant dans des conditions minables, y'a toujours rien qui se construit. Juste au niveau des cliniques externes, on ne nous a pas donné plus de locaux, on voit l'équivalent de 1500 accouchements de plus dans les mêmes locaux de clinique externe, il y a des patientes partout, on se pile sur les pieds. »</i>
	La nouvelle unité ne fonctionne qu'à six ou sept salles d'opération sur dix parce qu'il manque d'anesthésistes.
	Le chef de département a recruté trois personnes en formation pour prendre la relève en 2000-2001. D'ici ce temps là, cinq ou six médecins risquent de prendre leur retraite. Une impossibilité à offrir des conditions de travail raisonnables pour le moment limite beaucoup la capacité à recruter de jeunes médecins.
	<i>Déclaration d'un médecin : « Pendant qu'on pense à sauver les meubles ici (...) les autres sont rendus au stage de développer des réseaux, on va manquer le bateau, c'est clair, net et précis. »</i>
	Le chef du département de gynéco-obstétrique ne sait toujours pas si son département va faire partie des soins ambulatoires au campus A.
	La fusion n'est toujours pas officialisée.

5.2.2 Particularités de l'unité mère-enfant du campus B

L'unité mère-enfant du campus B se distingue par une présence supérieure en nombre d'omnipraticiens. Cette présence se traduit par une approche médicale principalement axée sur des soins globaux. En fait, la proportion d'omnipraticiens est de cinq pour trois médecins spécialistes. Un tel rapport occasionne des soins à tendance hétérogène lorsque vient l'accouchement des patientes. Ainsi, le service ne peut assurer en tout temps le respect des choix de la cliente pour un médecin généraliste ou spécialiste, la détermination du type de service se fait davantage en fonction de la disponibilité de chacun.

Notons qu'en dépit de la proportion de médecins de famille, ces derniers possèdent le même pouvoir que les médecins-spécialistes au sein de l'unité. En

outre, dans l'unité mère-enfant du campus B le corps médical dans son ensemble domine les autres membres de l'unité.

Les médecins et infirmières de l'unité vouent un intérêt considérable à leur pouponnière de soins intensifs recevant de jeunes prématurés de 25 à 27 semaines. La pouponnière, sous la direction de pédiatres et de néonatalogistes, est un objet de grande importance et fait fière figure auprès de ses membres. Cependant, à cause du faible nombre de spécialistes dans ce domaine, la pouponnière fonctionne à faible volume, ce qui attire des critiques externes quant à la rentabilité des équipements de ce service.

Les médecins de famille se contentent d'exécuter des avortements presque exclusivement dans le premier trimestre de la grossesse. Cette philosophie va de pair avec la grande importance vouée aux soins des jeunes prématurés.

Les soins infirmiers, pour leur part, sont particulièrement axés sur le développement technique de soins. Notons cependant que les infirmières détiennent essentiellement un rôle d'exécutante des indications des médecins. Les observateurs suggèrent que le personnel est principalement centré sur sa tâche, ses propres besoins ainsi que sur ses conditions de travail et tiennent à ce que sa convention collective soit suivie à la lettre.

Enfin, le campus B n'offre pas d'enseignement universitaire en gynécologie et ses membres n'ont donc pas à composer avec un système de résidents. La figure 5.1 donne un aperçu visuel des particularités de cette unité en fonction des dimensions culturelles, structurelles et individuelles de l'organisation d'Allaire et Firsirotu (1993).

Figure 5.1 Unité mère-enfant du campus B

CULTURE

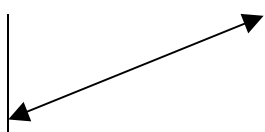
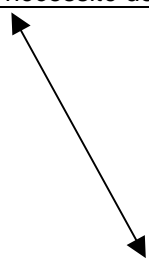
STRUCTURE

Approche médicale	Approche médicale globale incluant les soins de l'enfant qui découle d'une plus grande proportion de médecins généralistes.
Concept de soins	Soins infirmiers axés sur les techniques. Infirmières ont essentiellement un rôle d'exécution.
Rapports entre les groupes	Médecin de famille est roi et maître, il est habitué à prendre ses propres décisions. Grande domination du corps médical sur les infirmières.
Climat	Atmosphère syndicaliste. Convention collective suivie à la lettre.
Résidus historiques	Membres ont goûté au succès de leur hôpital, ils ont peu ressenti l'effet des coupures dans le domaine de la santé.
Valeurs	Les avortements thérapeutiques sont effectués par les médecins de famille parce que les gynécologues refusent d'en faire. Les infirmières sont moyennement disciplinées quant à la nécessité de l'ordre et de la propreté.

Volume	Volume d'obstétrique en deçà de 2000 accouchements.
Types de soins	Obstétrique dispensée surtout par des médecins de famille : trois spécialistes et cinq généralistes. Soins hétérogènes, les patientes sont accouchées selon la disponibilité des spécialistes et des généralistes.
Design	Le secteur mère-enfant est fusionné, les infirmières n'ont pas de rôles particuliers assignés. Pièces de la pouponnière sont communicantes. Gestion centralisée des ressources humaines.
Enseignement	Pas d'enseignement universitaire ni de résident.
Pouponnière	Pouponnière regroupe un néonatalogiste et trois pédiatres ayant un grand intérêt pour la néonatalogie. Pouponnière de niveau intensif (prématurés de 25 à 27 sem.) à très bas volume, utilisée en deçà de la masse critique suggérée pour la rentabilité des équipements.
Fonctionnement général	Les médecins de famille sont égaux aux spécialistes. Couvre principalement le premier trimestre des avortements thérapeutiques.

INDIVIDUS

Infirmières	Participent passivement à la v... Ont une liberté d'expression réduite. Sont centrées sur leurs tâches, leurs conditions de travail et leurs besoins. Ont recours au chantage et à la menace lors de négociations relatives au travail.
Médecins	Forte domination, ils gèrent et décident.
Dirigeants locaux	Soins infirmiers ont souvent changé de chef d'unité depuis deux ans.



5.2.3 Particularités de l'unité mère-enfant du campus C

L'unité mère-enfant du campus C possède le plus grand volume d'accouchement du CHUx, soit 2500 en moyenne par année. Cette unité offre principalement des soins spécialisés dispensés par douze spécialistes obstétriciens-gynécologues ainsi que trois médecins de famille. Une telle proportion de spécialistes amène des relations hiérarchiques de pouvoir au sein du corps médical entre les spécialistes et les non-spécialistes, de sorte que les omnipraticiens n'ont pas le même pouvoir de décision et doivent, entre autres, passer par un consultant. Ce fonctionnement se traduit d'autre part par une homogénéisation des soins prodigués aux patientes en venant combler leurs attentes face au type de service reçu lors de l'accouchement.

Il existe au campus C une pyramide importante d'enseignement ainsi qu'un système d'externes et de résidents juniors et seniors. Les médecins doivent composer avec cet attribut supplémentaire du secteur et doivent axer une partie de leur travail sur l'enseignement. Enfin, cela nécessite un fonctionnement particulier au sein de l'unité puisque les patientes peuvent être examinées de deux à trois fois.

Le secteur mère-enfant est composé de trois unités distinctes, la salle d'accouchement, l'unité néonatale et le post-partum. Les infirmières se voient, par conséquent, attribuer des rôles et des tâches spécifiques en lien avec leur unité respective. L'unité mère-enfant du campus C possède une pouponnière de niveau intermédiaire dirigée par des pédiatres et offre des soins aux nouveau-nés à partir de 32 à 34 semaines et la majorité des autres cas sont transférés à l'hôpital pour enfants.

Selon certains répondants, les soins infirmiers seraient essentiellement centrés sur le service à la clientèle, les infirmières vouant une grande importance aux besoins ainsi qu'à l'écoute des parents. Le personnel infirmier possède une philosophie de travail où règne la discipline, l'ordre et la propreté. Il chemine

actuellement vers une pratique plus autonome et c'est pourquoi la responsabilisation, la participation active et l'expression verbale occupent une grande place dans leur satisfaction au travail. Enfin, toujours vers la réalisation d'une plus grande autonomie, la gestion des ressources humaines est, à ce jour, totalement décentralisée à l'unité. Notons toutefois que les individus occupant des postes de direction au sein de cette unité ont un pouvoir ascendant relativement faible au sein l'organisation.

La figure 5.2 donne un aperçu schématique des particularités de cette unité :

Figure 5.2 Unité mère-enfant du campus C

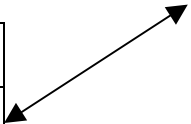
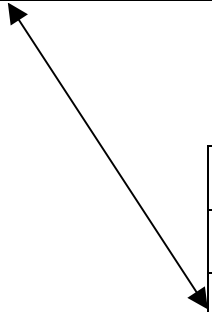
CULTURE

STRUCTURE

Approche médicale	Approche médicale spécifique qui découle d'une plus grande proportion de médecins spécialistes.
Concept de soins	Soins infirmiers axés sur les besoins de la clientèle, importance de l'écoute. Emphase sur la responsabilisation de l'infirmière. Grande quantité de notes à prendre à plusieurs endroits.
Rapports entre les groupes	Hiérarchie marquée à l'intérieur du corps médical. Domination médicale modérée sur les soins infirmiers.
Climat	Place à la négociation « donnant-donnant » de façon parallèle à la convention collective.
Résidus historiques	Importance de l'efficacité provenant d'une adaptation à des coupures préalables du personnel.
Valeurs	Les avortements thérapeutiques sont effectués par les gynécologues. Très grande importance vouée à la discipline quant à l'ordre et à la propreté chez les infirmières.

Volume	Volume d'obstétrique de 2500 accouchements.
Types de soins	Soins relativement homogènes, dispensés principalement par des spécialistes : douze spécialistes et trois médecins de famille.
Design	Le secteur mère-enfant est composé de trois unités distinctes, des rôles particuliers attribués aux infirmières, ex : responsable de la pouponnière, responsable des allaitements, etc. Pièces de la pouponnière ne communiquent pas. Gestion décentralisée des ressources humaines.
Enseignement	Présence d'une pyramide d'enseignement ainsi que d'externes et de résidents juniors et seniors. Chaque médecin doit composer avec un externe et un résident, la patiente peut être examinée deux, trois fois.
Pouponnière	Pouponnière regroupe quatre pédiatres. Pouponnière de niveau intermédiaire, soit 34 sem. en montant et de 32-34 sem. à l'occasion.
Fonctionnement général	Les médecins de famille doivent passer par un consultant. Couvre toute la gamme des avortements jusqu'à 20 semaines.

Infirmières	Participent activement à la visite médicale. Sont centrées sur les besoins des patients.
Médecins	Domination moyenne, ils laissent une certaine place aux soins infirmiers.
Dirigeants locaux	Les individus occupant des postes de direction possèdent un leadership de force moyenne.



5.2.4 Implications des particularités relatives aux campus pour la fusion

Cette partie du chapitre tente de faire ressortir les particularités relatives au secteur mère-enfant des deux campus sur les plans culturel et structurel. Elle met en parallèle différents éléments correspondant afin de prendre conscience de l'ampleur des écarts relatifs à cette fusion. Enfin, nous avançons nos propres hypothèses concernant le degré d'influence de ces écarts entre les particularités observées. Un tel exercice nous permet, plus loin, de porter un jugement global sur le degré de difficulté de la mise en commun des unités possédant de telles caractéristiques. Le tableau 5.2 relève les principales caractéristiques des campus B et C au niveau des dimensions *structure* et *culture*

Tableau 5.2 Tableau comparatif des particularités culturelles et structurelles des campus B et C.

	Campus B	Campus C
Structure	Volume d'obstétrique < 2000 accouchements;	Volume d'obstétrique = 2500 accouchements;
	Majorité de généralistes au niveau des soins de la mère;	Majorité de gynéco-obstétriciens ;
	Soins hétérogènes ;	Soins homogènes ;
	Secteur mère-enfant fusionné ;	Trois unités distinctes composent le secteur mère-enfant;
	Gestion centralisée des ressources humaines;	Gestion décentralisée des ressources humaines;
	Pas d'enseignement universitaire ni de résidents ;	Enseignement universitaire, externes et de résidents ;
	Pédiatres et néonatalogistes ;	Pédiatres seulement;
Pouponnière de niveau intensif ;	Pouponnière de niveau intermédiaire ;	

	<p>Généralistes sont de même égalité que les spécialistes;</p> <p>Avortements jusqu'à 12 semaines.</p>	<p>Hiérarchie médicale entre spécialistes et généralistes;</p> <p>Toute la gamme des avortements jusqu'à 20 semaines.</p>
Culture	<p>Approche médicale globale;</p> <p>Soins infirmiers axés sur les techniques;</p> <p>Infirmières sont essentiellement un rôle d'exécutante;</p> <p>Médecin de famille prend ses propres décisions;</p> <p>Grande domination du corps médical sur les infirmières;</p> <p>Conventions collectives suivies à la lettre;</p> <p>Membres ont peu ressenti l'effet des coupures dans le domaine de la santé;</p> <p>Avortements effectués par les médecins de famille;</p> <p>Importance modérée vouée à la discipline, l'ordre et la propreté.</p>	<p>Approche médicale spécifique;</p> <p>Soins infirmiers axés sur les besoins de la clientèle;</p> <p>Emphase sur la responsabilisation des infirmières;</p> <p>Médecin de famille doit passer par un conseiller;</p> <p>Domination modérée du corps médical sur les infirmières;</p> <p>Place à la négociation « donnant-donnant » de façon parallèle à la convention collective;</p> <p>Importance de l'efficacité provenant d'une adaptation à des coupures préalables de personnel;</p> <p>Avortements effectués par les gynécologues;</p> <p>Très grande importance de la discipline, de l'ordre et de la propreté.</p>

Le texte qui suit porte sur le niveau d'incidence présumé pour chacune des caractéristiques soulevées dans le tableau 5.2. L'évaluation des effets de la mise en commun des principales caractéristiques de chacun des campus sera basée sur la même classification que celle utilisée pour le contexte macroscopique (se référer à la section 4.8.3) soit *différence significative*, *incidence mineure* ou *éléments complémentaires*.

Différence significative

Nous avons relevé la présence d'un grand nombre d'éléments comportant des différences majeures entre les secteurs mère-enfant des deux campus étudiés. Voici donc ces éléments accompagnés de leurs arguments respectifs justifiant leur classification. La présence d'une forte majorité de spécialistes en gynéco-obstétrique (12 spécialistes; 3 généralistes) au sein du campus C risque de créer un important déséquilibre lorsque ce service sera mis en commun avec celui de B composé d'une faible majorité de généralistes (5 généralistes; 3 spécialistes). En fait, ici c'est toute la base du service offert qui est remise en question. L'approche médicale générale de l'un des deux groupes de médecins doit être, conséquemment, modifiée de façon radicale.

De même, les règles de fonctionnement sur lesquelles est basé ce service se doivent d'être révisées. Le design de la structure du service de B reposant sur une majorité de généralistes exige une certaine autonomie des médecins au sein de ce service. Or, au campus C, il s'est développé, au cours des années, une certaine hiérarchisation entre spécialistes et généralistes dû, en grande partie, à la forte majorité de gynécologues-obstétriciens. Les médecins de famille de C doivent, conséquemment, passer par un conseiller-spécialiste, ce qui n'est pas nécessaire pour les généralistes de B. Si le fonctionnement de C est adopté, cela risque de brimer ces médecins de famille quant à leurs compétences. Par contre, si

l'approche de B est adoptée, ce sera tout le système de valeur associé aux compétences distinctives de la spécialisation qui sera remis en question chez les médecins de C. D'une façon ou d'une autre il s'agit d'une polémique basée sur les valeurs, la fusion risque de bouleverser nombre d'habitudes issues du passé et ainsi créer des conflits non-négligeables.

En ce qui concerne les divergences au niveau des pouponnières, elles pourraient sembler complémentaires à première vue mais en fait, les médecins faisant partie de ces services possèdent une vision fort différente de l'étendue de la clientèle. Les médecins de B, bien que trois d'entre eux sur quatre sont des pédiatres, ont été fortement influencés par leur chef spécialisé en néonatalogie et tiennent à avoir une pouponnière offrant des soins de niveau intensif. Quant aux pédiatres de C, ils préfèrent tenir une pouponnière de niveau intermédiaire et transférer les cas plus complexes à l'hôpital pour enfant. Une telle divergence au niveau de la vision de l'étendue des soins en périnatalogie risque de générer d'importants conflits entre les deux groupes de médecins avant d'arriver à un consensus.

Il existe également un écart important au niveau du type de relation entre médecins et infirmières. En effet, selon certains répondants, les infirmières de B semblent plus soumises au corps médical du secteur mère-enfant, elles ont peu de place à l'expression ainsi que dans les décisions concernant l'unité. De plus, elles se voient essentiellement reléguées à un rôle d'exécutante des instructions des médecins et ont peu à dire sur les soins promulgués aux patients. En ce qui concerne le rapport domination-soumission entre médecins et infirmières de C, il est beaucoup moins apparent selon nombre de répondants. De grands efforts ont été mis en branle au cours des dernières années afin de sensibiliser les infirmières à la responsabilisation de leur rôle. Se situant actuellement en processus évolutif vers une plus grande égalité des relations entre le corps médical et les soins infirmiers, elles valorisent encore plus cet idéal. Une mise en

commun de ces deux groupes d'infirmières risque de créer chocs et confusions à la fois au niveau des nouvelles relations entre médecins et infirmières (médecins de B avec infirmières et C et vice versa) ainsi qu'entre infirmières des deux groupes travaillant dans la même équipe.

La culture syndicale de ces unités de soins est également vécue de façon fort différente. Le climat au sein des soins infirmiers du secteur mère-enfant de B est relativement syndicaliste. Les infirmières de cette unité portent une très grande importance au respect intégral des clauses de leur convention collective. Elles semblent, de cette façon, éprouver une grande nécessité à se protéger en allant se réfugier dès le moindre problème auprès des représentants du syndicat. Au contraire, les infirmières de C favorisent beaucoup la négociation « donnant-donnant » avec leur supérieure. Elles n'ont aucunement objection à laisser de côté certaines clauses de la convention en échange d'une faveur. Ces différences seront problématiques surtout au niveau de la gestion des ressources humaines.

Au cours des dernières années, le secteur mère-enfant du campus C a subi d'importantes coupures monétaires et les membres ont eu à s'adapter en conséquence à cette situation. Ces coupures monétaires ont tôt fait d'amener des coupures en personnel et les infirmières ont dû développer de nouvelles façons de travailler axées sur l'efficacité. Les infirmières de B, quant à elles, ont vécu une tout autre histoire, ayant longtemps participé au succès de leur hôpital. Ce succès, qui le favorise auprès des organismes subventionnaires, jumelé à une moindre conscientisation du respect des budgets alloués, a permis aux infirmières de B d'échapper aux conséquences des coupures dans le milieu de la santé. N'ayant pas connu la même réalité, les façons de faire ainsi que les priorités des deux groupes d'infirmières ont évolué différemment. Ceci risque ainsi de générer d'importants conflits portants sur le fonctionnement général du secteur.

Également sur le plan du vécu, les infirmières des deux groupes ont développé des priorités différentes quant à l'importance de la discipline, de l'ordre et de la propreté. À cet effet, les infirmières du secteur mère-enfant de C ont été fortement sensibilisées à l'importance de respecter ces trois critères avec rigueur, à un tel point qu'un manquement à l'un de ces trois critères est jugé comme étant quasi-intolérable. L'emphase de la sensibilisation des infirmières de B, pour sa part, a été mise sur d'autres priorités. Par ailleurs, ces dernières ont fréquemment changé de chef d'unité au cours des deux dernières années et leur encadrement risque d'en avoir souffert. Ces divergences deviennent des irritants pour les deux parties lorsqu'elles sont regroupées dans le même espace travail et crée d'importantes frustrations.

Complémentaire

Comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent, les différences complémentaires le sont à condition qu'elles soient gérées habilement. Parmi ces éléments complémentaires, nous considérons les divergences concernant l'offre de soins médicaux homogènes et hétérogènes. Une mise en commun de départements offrant de tels soins aura pour conséquence directe d'augmenter à la fois les proportions de médecins spécialistes et de médecins généralistes. Le nouveau département sera ainsi en mesure d'offrir un meilleur choix quant au type de service désiré. Notons toutefois qu'une telle fusion nécessite une redéfinition du protocole de répartition des patients au sein du département.

Nous incluons également dans cette catégorie les particularités au niveau de l'enseignement. En fait, un seul des deux départements assure un enseignement universitaire et reçoit des externes ainsi que des résidents. Nous considérons que cette mise en commun peut être à la fois bénéfique pour les étudiants de l'Université x puisqu'ils ont ainsi accès à un plus grand bassin de spécialistes et pour les médecins du département de B, qui eux

pourront bénéficier d'une dynamique stimulante. De cette façon, les deux campus seront en mesure de répondre à leur mission universitaire. Bien entendu, ces derniers devront néanmoins s'habituer à une nouvelle façon de travailler ainsi qu'à une rédefinition de leurs tâches.

Les médecins du département du campus B procèdent à des avortements essentiellement jusqu'à 12 semaines tandis que ceux de C réalisent toute la gamme des avortements jusqu'à 20 semaines. La fusion de ces deux départements aura pour effet dans ce cas, d'élargir la clientèle desservie ainsi que de contribuer à un plus grand échange des connaissances scientifiques sur le sujet.

Enfin, en ce qui concerne l'accent du concept de soins des deux unités mère-enfant, il est fort différent mais la mise en commun de ces derniers pourrait apporter un avantage distinctif à la nouvelle unité. En jumelant le meilleur de ces deux unités, soit le développement des techniques de soins et la recherche constante de la satisfaction des besoins de la clientèle, il en résultera une double amélioration. Nous sommes conscients que la mise en commun d'infirmière ayant intégré un concept de soins différent peut être ardu, mais la réussite de sa réalisation peut apporter beaucoup.

Incidence mineure

Parmi les particularités qui, selon nous, n'auront que des conséquences mineures sur le déroulement de la fusion, nous ne retrouvons qu'une petite différence au niveau du volume d'obstétrique, soit de 2500 accouchements par rapport à 2000. Malgré une différence de 500 accouchements, nous ne croyons pas que cet élément puisse affecter à lui seul le fonctionnement des unités de façon importante.

Bien que le secteur mère-enfant du campus B soit fusionné et que celui de C soit composé de trois unités distinctes, nous ne croyons pas que cette

différence ait un grand impact sur le déroulement de la fusion. La raison est que le projet intégral du centre mère-enfant a prévu une fusion du secteur mère-enfant de C. Peu après le déménagement, cet élément du projet devait se concrétiser. Cet aspect peut certes être vécu difficilement mais il deviendra éventuellement un atout lors du regroupement sectoriel.

En ce qui concerne la gestion des ressources humaines, ses différences résident dans la centralisation de ce service à B et à une décentralisation à C. Une telle différence peut amener des éléments de complexité additionnels surtout lors des négociations de transfert des infirmières de B mais devrait être peu problématique par la suite. Effectivement, le mode de gestion adopté sera celui de la décentralisation, ce changement sera beaucoup plus facile à réaliser pour tous que le retour à une gestion centralisée dans le cas de C.

Enfin, que les avortements thérapeutiques soient effectués par des gynécologues ou des omnipraticiens selon le campus, après la fusion ces derniers peuvent continuer à pratiquer selon leur propre volonté et en fonction de leurs valeurs et connaissances. L'option du choix personnel aurait alors peu d'impact sur le processus de la fusion.

5.2.5 Niveau de complexité de la fusion des structures organisationnelles

Nous avons mentionné précédemment que plus le degré de complexité des structures à mettre en commun est grand, plus la réalisation de la fusion bénéficiera d'un niveau élevé de difficulté (Hafsi et Demers, 1989). Dans la partie qui suit, nous illustrerons ce que la fusion représente en terme de structure organisationnelle (figure 5.3) et nous discuterons des différents enjeux relatifs à son apport au niveau de la réalisation du processus.

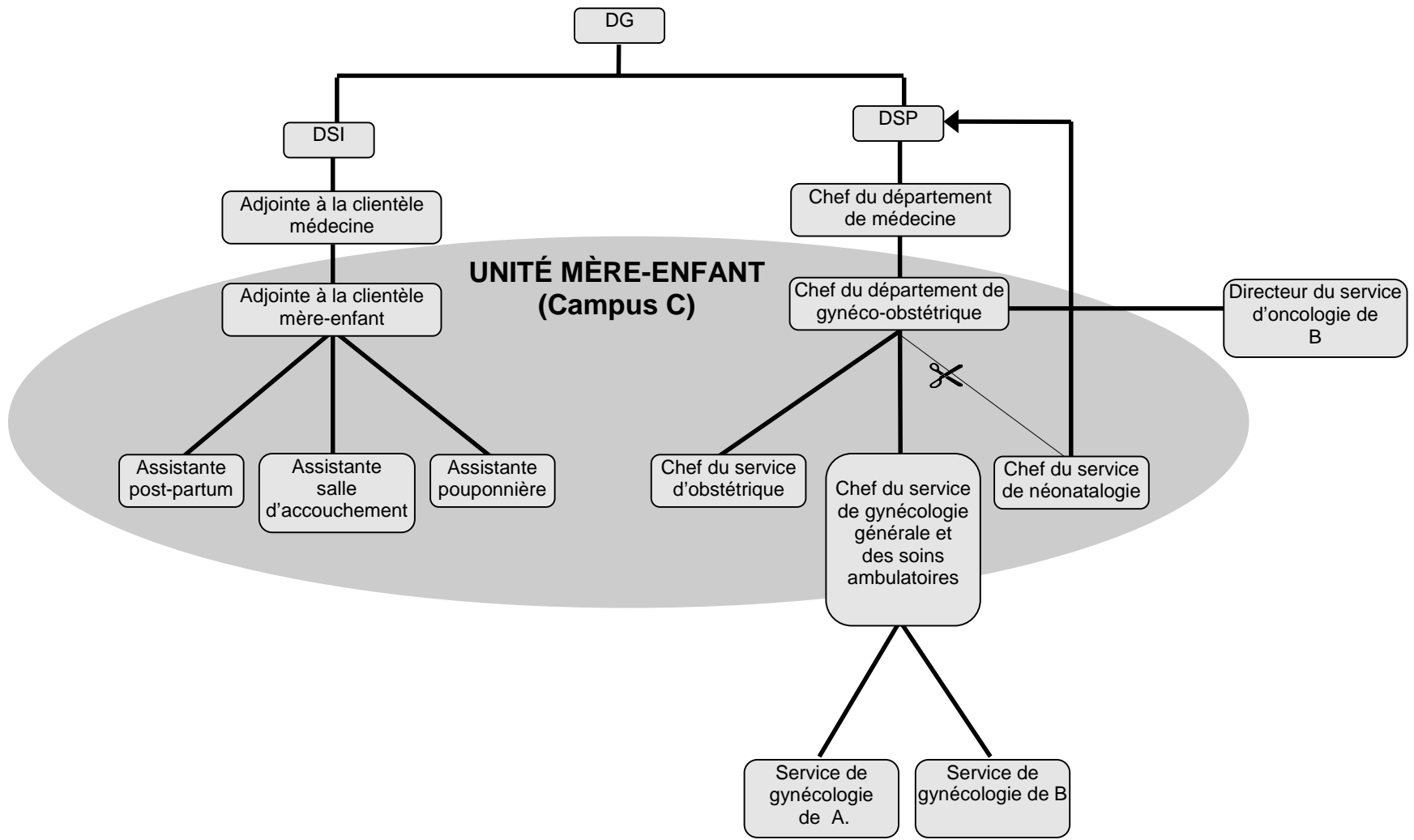
Nous avons fait état plus tôt des difficultés associées à la présence de structures parallèles au sein d'une même organisation, nous réitérons notre position

ici en l'appliquant de façon spécifique, à la micro-fusion du secteur mère-enfant. Dans ce cas-ci, nous avons pu constater que l'aspect d'indépendance des structures de soins professionnel et infirmier n'a eu pour effet que de rendre plus complexe le processus décisionnel relatif à la fusion de même que sa réalisation. Une telle structure nécessite que l'ensemble des prises de décision ainsi que l'arbitrage des conflits soient étudiés par plusieurs instances hiérarchiques pour finalement n'être réalisés qu'au sommet, soit au conseil d'administration, bien que ce dernier ait de nombreux autres dossiers à régler. Or, dans un contexte de fusion, une prise de décision efficace et rapide est fondamentale.

Par ailleurs, ces hiérarchies de corps médical et de soins infirmiers ne couvrent pas la même étendue de clients. En effet, l'unité mère-enfant des soins infirmiers couvre l'ensemble des activités liées aux accouchements, soit la salle d'accouchement le post-partum et la pouponnière. Alors que son correspondant sur le plan médical, le département de gynéco-obstétrique, comprends les activités d'accouchement du côté de la mère ainsi que l'ensemble des pathologies maternelles. Le service de pédiatre-néonatalogie ayant récemment été dissocié de ce département suite à d'importants conflits, il relève pour l'instant directement du DSP.

Enfin, les services de gynécologie se trouvent toujours, à l'heure actuelle, étalés sur trois campus dû à une insuffisance de priorités opératoires et de lits en découlant, pour couvrir l'ensemble des besoins du CHUx sur le campus C. Ces observations sont tirées, en partie, de la reconstitution de la structure organisationnelle de la nouvelle unité que l'on peut retrouver à la figure 5.3.

Figure 5.3 Structure organisationnelle fusionnée du secteur mère-enfant (décembre 1998)



Dans ces circonstances, nous pouvons affirmer que la structure de la nouvelle unité de mère-enfant est en effet complexe. Par ailleurs, nous pouvons également affirmer que le déroulement même de la micro-fusion, a donné à la structure de décembre 1998, un niveau encore plus élevé de complexité.

5.3 Unité de gériatrie

5.3.1 Déroulement des événements critiques

La fusion de la gériatrie implique, de façon directe, les trois campus du CHUx. Dès la signature du protocole d'entente du CHUx en septembre 96 il y a création d'un comité pour la planification administrative de la fusion. Par la suite, le chef de département du campus C sera nommé à la tête du service de gériatrie. Cette nomination, de même que l'avènement de conflits découlant du mariage forcé de philosophies différentes ont amené, dès lors, la démission en bloc des gériatres du campus B.

Ces démissions créent une pénurie de gériatres pour couvrir les trois sites du CHUx de façon à assurer des gardes sécuritaires. Il n'y a pas non plus d'effectifs médicaux sur le marché à court terme pour assurer la survie de l'unité de gériatrie de B. Deux choix s'imposent alors, fermer l'unité ou encore, transférer la gériatrie sur deux sites seulement.

La haute direction, incitée par les gestes proactifs et organisés du chef de gériatrie du campus C, opte pour l'option du transfert suite à une fermeture de l'unité de A et ce, le plus tôt possible. Cette fusion ne se fera cependant pas à n'importe quel prix, on ne veut surtout pas répéter les erreurs commises lors de la fusion de l'unité mère-enfant. Les histoires entendues au sujet de cette fusion les obligent à redoubler de prudence et à *y mettre le paquet*. De plus, la gériatrie étant un secteur en croissance en raison des fluctuations démographiques, elle devient un sujet chaudement surveillé sur le plan social.

La mise en commun des unités de gériatrie implique une intégration de moindre degré que celle nécessitée par la fusion de l'unité mère-enfant. En bout de ligne il y aura coexistence de sous-unités dans les campus B et C. La fusion consiste ainsi à une mise en commun des pratiques et des normes de soins. La portion humaine de la fusion consiste en une rotation des médecins et des professionnels paramédicaux. Ainsi, les groupes d'infirmières ne seront pas combinés, ceci a pour effet de créer une moindre déstabilisation des individus impliqués dans la fusion.

Le tableau 5.3 indique plus en détail le développement des événements critiques liés à la fusion de la gériatrie :

Tableau 5.3 Déroulement des événements critiques de la fusion de gériatrie

Septembre 96	Signature du protocole d'entente du CHUx.
Février 97 à septembre 97	Réduction graduelle du corps médical du campus B en gériatrie de 7 à 3.
Avril 97	Début des réunions administratives pour la fusion des unités de gériatrie.
	La position de chef est peu convoitée par les médecins du service, seul le chef du service de gériatrie de B semble y accorder un intérêt, il occupe donc officieusement ce poste.
	Naissance de conflits entre médecins de C et de B dont l'origine provient de différences sur le plan idéologique.
	Les membres du service de C demandent à leur chef de postuler pour devenir chef du service de gériatrie au CHUx sans quoi, trois d'entre eux menacent de démissionner et le programme de gériatrie de l'Université x serait porté à disparaître.
Octobre 97	Renversement de la situation et nomination officielle du chef de service du campus C au poste du CHUx.
23 octobre 97	Les médecins généralistes de B se sentent menacés à la fois par l'arrivée des gériatres de C ainsi que par la nomination de leur chef. Annonce d'une démission potentielle massive des trois médecins de B qui restent.
	Le service de gériatrie du CHUx est en situation de vulnérabilité importante. Étant donné le nombre insuffisant de médecins pour couvrir les trois campus, le chef du service de gériatrie propose de rapatrier les lits d'hospitalisation du campus A vers les deux autres campus.

26 novembre 97	<p>N'ayant pas obtenu le poste convoité, le chef de service de B quitte le CHUx. Démission officielle des deux derniers omnipraticiens.</p> <p>Proposition d'un plan de réorganisation des services de gériatrie sur les deux sites, B et C, en laissant seulement la consultation au campus A.</p>
17 février 98	<p>Approbation par le conseil d'administration de la fusion de l'unité de gériatrie.</p> <p>Rencontres entre la direction et les infirmières de C pour les informer de l'état de la situation.</p>
9 mars 98	<p>Déménagement temporaire de l'équipe de gériatrie de C dans une unité séparée au campus B. Ceci permet de commencer les travaux de rénovation rapidement à C. Ces travaux étaient prévus depuis longtemps mais aucune date n'avaient été fixée. Ils permettront, de plus, de recevoir dix lits supplémentaires récupérés de A.</p>
17 avril 98	<p>Les physiothérapeutes et ergothérapeutes reprochent au chef de service de ne pas avoir été consultés pour le projet du centre ambulatoire en gériatrie.</p>
11 mai 98	<p>Création d'un comité interdisciplinaire pour le devenir de la gériatrie dans le CHUx.</p>
8 juin 98	<p>Grande insécurité auprès des intervenants de l'unité de A, ils ne savent pas encore où ils seront affectés. L'adjointe à la clientèle médecine demande que l'on commence à enclencher le processus de supplantation.</p>
18 juin 98	<p>Début des travaux de l'unité de gériatrie au campus C.</p>
7 juillet 98	<p>Un omnipraticien de B qui avait donné sa démission demande à revenir. Sa demande sera acceptée, il fera de la clinique externe.</p>
16 août 98	<p>Fermeture de l'unité d'hospitalisation de A. Transfert des patients dans les unités de C et de B. Départs de l'infirmière de liaison et de l'ergothérapeute de A. La gériatre, l'infirmière chef des soins prolongés, le physiothérapeute et deux travailleurs sociaux transfèrent dans l'unité de C.</p>
18 septembre 98	<p>Retour des unités A et C unifiées au campus C avec 10 lits supplémentaires, pour un total de 38 lits.</p> <p>Départs du physiothérapeute et de l'ergothérapeute de C.</p>
Fin octobre 98	<p>Départs des deux travailleurs sociaux provenant de A pour cause d'épuisement au travail dû à un important choc culturel.</p>

5.3.2 Particularités de l'unité de gériatrie du campus A

L'unité de gériatrie du campus A se distingue par le fait qu'elle n'a à son actif qu'une seule gériatre pour couvrir l'ensemble de ses dix-neuf lits. Une telle organisation nécessite une grande complicité médico-nursing. Les soins infirmiers prennent donc une grande place dans les soins offerts aux patients et bénéficient, pour se faire, d'une grande marge de manœuvre. Par ailleurs, les relations hiérarchiques sont quasi-inexistantes sur cette unité, chaque membre détient une place équivalente à celle de l'autre.

La gériatre de A, détient une approche qui est à mi-chemin entre une approche strictement médicale et une approche qui est fortement axée sur les professionnels. Il y a équilibre entre les apports de chacun au niveau des interventions. Enfin, de par le climat qui y règne ainsi que par le nombre restreint d'individus composant l'unité, la gériatre considère que son approche client s'apparente à celle de la médecine familiale.

La présence d'une seule gériatre engendre certaines restrictions sur le plan de l'accueil de la clientèle, elle accueille dans son unité les patients gériatriques avec des problèmes médicaux aigus, elle n'est cependant pas en mesure de recevoir de grosses multipathologies. Par ailleurs, un grand nombre de patients acceptés passent directement aux soins prolongés.

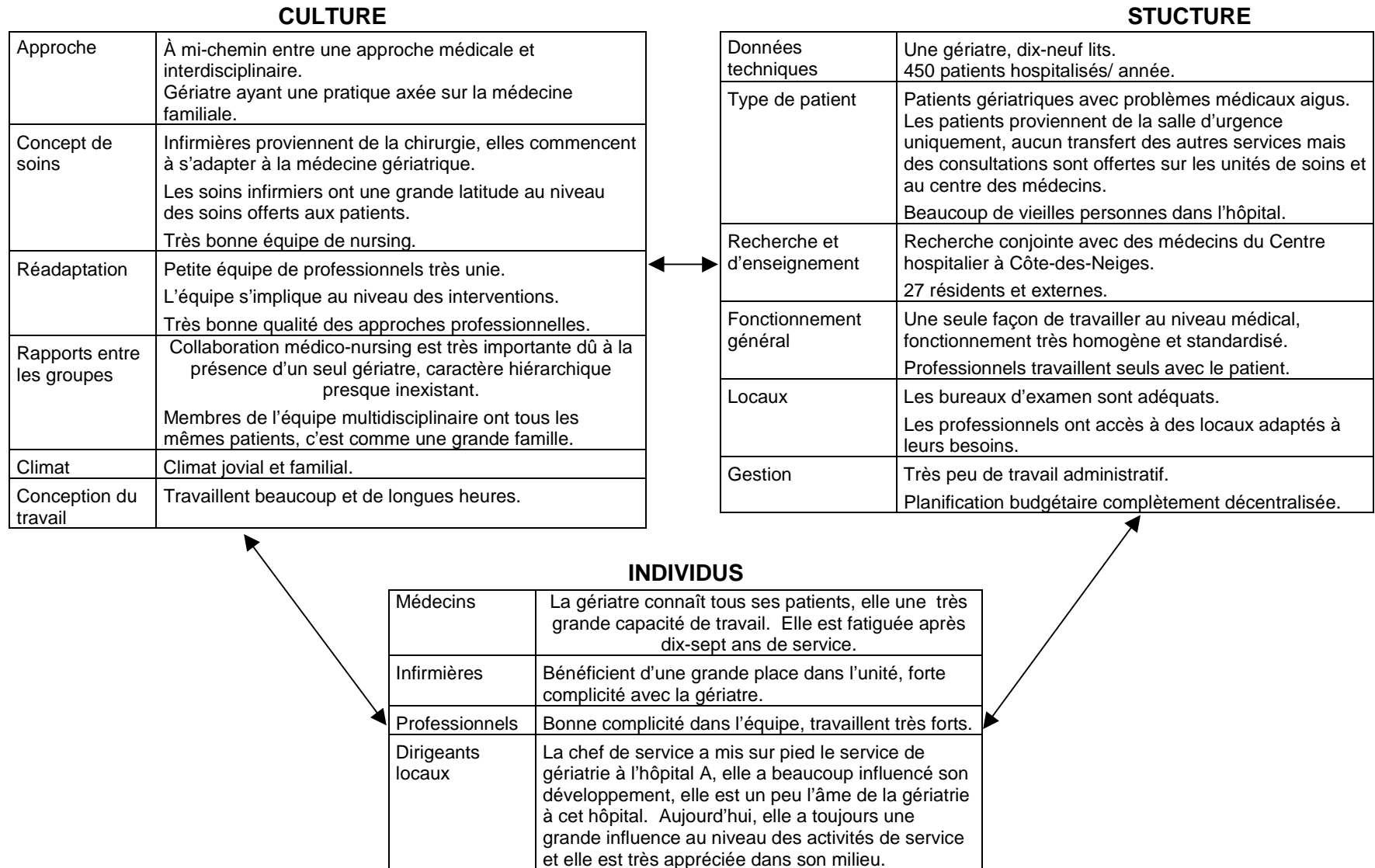
La gériatre du campus A a su créer, au fil des années, un fonctionnement qui lui est propre et adapté aux ressources de son unité. Et même si elle est le seule médecin, elle tient à travailler d'une façon homogène et très standardisée. Selon certains répondants c'est une personne très dévouée et fiable qui consacre énormément de temps et d'énergie à son travail. La gériatre de A connaît tous ses patients et elle est très appréciée dans son milieu.

Le service gériatrique de ce campus connaît depuis peu une unité physique, son existence se limitait, il y a quelque temps, à des lits répartis dans l'hôpital.

Aujourd'hui, elle est la seule unité gériatrique du CHUx à gérer l'ensemble de sa planification budgétaire. Considérant le nombre de patients annuels au sein de l'unité, le nombre d'individus étant à son actif ainsi que les dires des interviewés, il importe de souligner la discipline nécessaire à la réalisation d'une grande quantité de travail ainsi qu'aux longues heures travaillées chaque jour.

La figure 5.4 illustre les caractéristiques de cette unité en fonction des dimensions culturelle, structurelle et individuelle de l'organisation (Allaire et Firsirotu, 1993).

Figure 5.4 Unité de gériatrie du campus A



5.3.3 Particularités de l'unité de gériatrie du campus B

Avant la fusion, l'unité gériatrique du campus B détient les services d'un gériatre, chef de service, entouré de six omnipraticiens pour répondre à 28 lits. La forte proportion de médecins-généralistes lui donne une vocation essentiellement ambulatoire, et donc de consultation. Cette unité offre des soins essentiellement aux patients gériatriques avec des problèmes généraux.

Cette unité possède l'avantage d'avoir reçu de l'aide financière de la Régie Régionale afin de pourvoir à son développement. Une telle aide lui a permis, entre autres, de développer sa clinique externe ainsi que ses services de physiothérapie et d'ergothérapie. Elle a ainsi à son actif des équipes nombreuses de professionnels paramédicaux ainsi que des locaux spécifiquement désignés.

La présence d'un grand nombre de professionnels au sein de cette unité a permis de développer, au cours des années, une complémentarité entre ses membres et ainsi, maximiser les capacités de chacun. Cette complémentarité est le fruit de nombreux efforts en vue d'atteindre une confiance mutuelle entre professionnels. De cette façon, les professionnels paramédicaux participent activement dans la détermination des soins à donner aux patients. La grande force de l'équipe de professionnels combinée à une moindre place occupée par le corps médical, donne à cette unité une approche fortement interdisciplinaire axée sur les professionnels.

L'ensemble des membres de l'unité de gériatrie du campus B possède un sentiment d'appartenance très fort à leur lieu d'attache. Les soins infirmiers sont principalement centrés sur la tâche, la production et l'efficacité. Leur orientation est également fortement influencée par le corps médical. Le chef de département, quant à lui, favorise au sein de l'équipe médicale une approche complémentaire qui est centrée fondamentalement sur le patient et sa famille.

Un aperçu visuel de ces caractéristiques est présenté à la figure 5.5 :

Figure 5.5 Unité de gériatrie du campus B

CULTURE

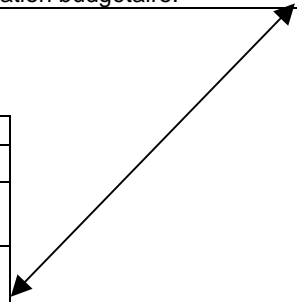
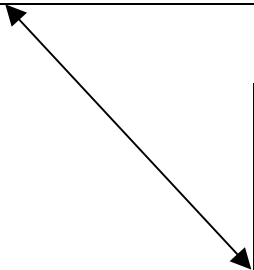
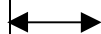
Approche	Approche interdisciplinaire. Forte majorité d'omnipraticiens, pratique axée sur la médecine familiale.
Concept de soins	Axé sur la tâche et la production. Infirmières sont relativement dépendantes des médecins et prennent peu d'initiatives. Qualité modérée de l'équipe de nursing.
Réadaptation	Équipe nombreuse. Assistent les médecins et font des suggestions pour trouver des pistes de solution. Équipe très forte, approches sont tous excellentes.
Rapports entre les groupes	Les omnipraticiens et les spécialistes sont considérés comme étant des égaux. Recours à la complémentarité des professions, chacun se respecte, chacun connaît le potentiel de l'autre.
Climat	Climat moyen: insécurité chez les médecins, gros conflits interpersonnels entre infirmières
Conception du travail	Ratio lits d'hospitalisation / médecin le plus faible du CHUx, ces derniers ont une tâche médicale plutôt légère.

STUCTURE

Données techniques	Un gériatre et six omnipraticiens, vingt-huit lits. 417 patients hospitalisés / années.
Type de patient	Patients gériatriques avec problèmes généraux. Beaucoup de consultations générales, elles sont offertes à l'unité de soins, à l'urgence ainsi qu'en clinique externe. Position mitoyenne par rapport à l'âge de sa clientèle au niveau du CHUx.
Recherche et enseignement	Présence d'activités d'enseignement seulement. 36 résidents et externes.
Fonctionnement général	Professionnels travaillent individuellement avec le patient Passent trois heures par semaine à parler de leurs 28 patients lors de la réunion interdisciplinaire.
Locaux	Les bureaux d'examen sont inadéquats et ne permettent pas l'entrée de chaises roulantes ni de civières. Des locaux ont été spécialement aménagés pour des évaluations fonctionnelles par des physios et des ergos.
Gestion	Beaucoup de travail administratif et de comités. Centralisation budgétaire.

INDIVIDUS

Médecins	Insécurité du corps médical
Infirmières	Sentiment d'appartenance très fort au campus
Professionnels	Sentiment d'appartenance très fort au campus, grande place dans les soins offerts aux patients.
Dirigeants locaux	Le chef de service a une approche axée sur la personne et sa famille, il fait confiance à ses intervenants, cependant il semble moyennement apprécié par ses confrères. Le chef de service pratiquait à C avant, il a quitté pour B parce qu'il ne s'entendait pas avec cette équipe.



5.3.4 Particularités de l'unité de gériatrie du campus C

L'unité de gériatrie du campus C regroupe quatre gériatres pour vingt-huit lits, ceci en fait conséquemment une gériatrie de spécialistes. Ce grand effectif de spécialistes l'amène à œuvrer dans un champ principalement technique ainsi qu'à accepter des cas multipathologiques lourds.

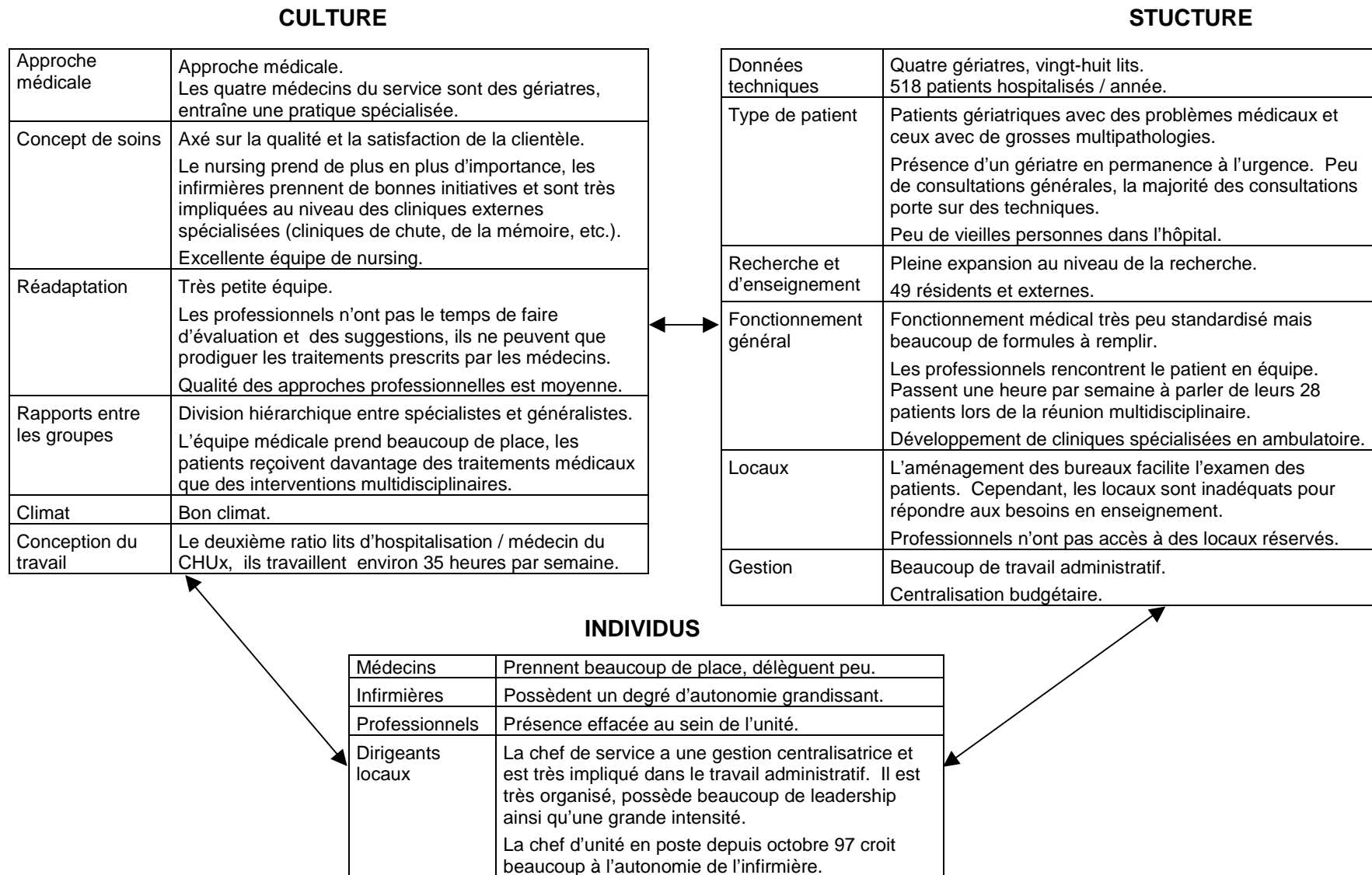
Cette unité comporte peu de physiothérapeutes ainsi que d'ergothérapeutes et ne possède également pas de locaux mis spécifiquement à leur disposition. Par conséquent, le rôle de ces professionnels est relativement limité et consiste presque essentiellement à promulguer des traitements.

La grande proportion de gériatres au sein de l'unité a un effet sur le fonctionnement de l'unité. Elle amène une domination de la médecine au détriment des interventions multidisciplinaires. Les gériatres de C consolident ce pouvoir par le contrôle des interventions pour lesquelles ils délèguent peu.

D'un autre côté, la grande taille du corps gériatrique de l'unité de C a favorisé le développement de la recherche. L'expansion dans ce secteur lui a permis, entre autres, d'atteindre une certaine crédibilité dans le milieu universitaire ainsi que de développer des cliniques externes spécialisées, telles les cliniques de chute et de la mémoire. Les infirmières de C sont par ailleurs très impliquées dans le fonctionnement de ces cliniques.

Le nursing prend également beaucoup d'importance au sein de cette unité, il est axé sur les soins, la rapidité des interventions ainsi que la performance. L'arrivée de la nouvelle chef d'unité des soins infirmiers a permise aux infirmières de prendre plus de place au sein de l'unité et d'accéder à un degré d'autonomie grandissant. La chef de service possède, quant à elle, une gestion plutôt centralisatrice. Selon une répondante des soins infirmiers, elle est une femme de proaction, qui a beaucoup de leadership ainsi qu'une grande intensité dans ce qu'elle entreprend. La figure 5.6 à la page suivante fournit un aperçu de ces particularités.

Figure 5.6 Unité de gériatrie du campus C



5.3.5 Implications des particularités relatives aux campus pour la fusion.

Cette partie du chapitre tente de faire ressortir les particularités relatives aux unités gériatriques des deux campus sur les plans culturels et structurels. Tout comme pour celle sur le secteur mère-enfant, elle met en parallèle des éléments de base correspondant afin de prendre conscience de l'ampleur des divergences entre les unités. Enfin, nous avançons ici également nos propres hypothèses concernant l'implication de ces écarts sur le processus de la fusion. Cet exercice nous permettra, plus loin, d'évaluer le degré de difficulté global de la mise en commun des unités possédant de telles caractéristiques. Le tableau 5.4 relève les principales caractéristiques des campus A, B et C au niveau des dimensions *structure* et *culture*:

Tableau 5.4 Tableau comparatif des particularités culturelle et structurelle des campus A, B et C.

	Campus A	Campus B	Campus C
Structure	Ratio médecin / lits est de 1:19 ; 450 patients hospitalisés par année; Patients gériatriques avec problèmes médicaux aigus ; Seul les patients provenant de la salle d'urgence sont acceptés à l'unité, service de visites consultatives offert à l'interne ; Beaucoup de vieilles personnes dans l'hôpital;	Ratio médecins / lits est de 1:4 ; 417 patients hospitalisés par année; Patients gériatriques avec problèmes généraux . Beaucoup de consultations générales , à l'unité de soins, à l'urgence et en clinique externe. Position mitoyenne par rapport à l'âge de sa clientèle dans le CHUx;	Ratio médecins / lits est de 1:7 ; 518 patients hospitalisés par année; Patients gériatriques avec problèmes médicaux et grosses multipathologies ; Peu de consultations et la majorité d'entre elles portent sur des techniques , gériatre en permanence à l'urgence; Peu de vieilles personnes dans l'hôpital;

Structure (suite)	<p>Activités de recherche conjointes avec le Centre hospitalier de Côte-des-Neiges;</p> <p>Fonctionnement médical très homogène et standardisé;</p> <p>Professionnels travaillent individuellement;</p> <p>Très peu de travail administratif;</p> <p>Planification budgétaire complètement décentralisée.</p>	<p>Pas d'activité de recherche;</p> <p>Comparaison difficile puisque tous les médecins sont partis;</p> <p>Professionnels travaillent individuellement.</p> <p>Beaucoup de travail administratif et de comités;</p> <p>Planification budgétaire centralisée.</p>	<p>Pleine expansion au niveau de la recherche;</p> <p>Fonctionnement médical très peu standardisé mais beaucoup de formules à remplir;</p> <p>Professionnels travaillent en symbiose;</p> <p>Beaucoup de travail administratif;</p> <p>Planification budgétaire centralisée.</p>
Culture	<p>À mi-chemin entre les approches médicale et interdisciplinaire;</p> <p>Géiatre ayant une pratique axée sur la médecine familiale;</p> <p>Soins infirmiers influencés par une approche chirurgicale;</p> <p>Infirmières ont une grande latitude;</p> <p>Petite équipe de professionnels très unie;</p>	<p>Approche interdisciplinaire;</p> <p>Forte majorité d'omnipraticiens, pratique de médecine familiale;</p> <p>Soins infirmiers centrés sur la tâche et la production;</p> <p>Infirmières sont dépendantes des médecins, prennent peu d'initiatives;</p> <p>Équipe nombreuse de professionnels;</p>	<p>Approche médicale;</p> <p>Tous des gériatres, pratique spécialisée;</p> <p>Soins infirmiers centrés sur la qualité et la satisfaction de la clientèle;</p> <p>Infirmières prennent de plus en plus d'importance, bonnes initiatives;</p> <p>Petite équipe de professionnels;</p>

Culture (suite)	Professionnels s'impliquent au niveau des interventions;	Professionnels assistent les médecins et font des suggestions pour trouver des solutions;	Professionnels n'effectuent que les traitements prescrits par les médecins;
	Complicité médico-nursing très importante puisqu'il n'y a qu'un médecin, hiérarchie quasi-inexistant;	Les omnipraticiens et les spécialistes sont considérés comme des égaux;	Forte division hiérarchique entre spécialistes et généralistes;
	Membres de l'équipe multidisciplinaire ont tous les mêmes patients, grande famille;	Recours à la complémentarité des professions, grand respect;	L'équipe médicale prend beaucoup de place, plus de traitements médicaux que d'interventions multidisciplinaires;
	Climat jovial;	Climat moyen, insécurité médicale, conflits interpersonnels entre infirmières;	Bon climat;
	Travaillent beaucoup et de longues heures.	Tâche médicale la plus légère des trois services.	Travaillent environ 35 heures / semaine.

Nous avons pu constater, au cours de l'analyse des entrevues, la présence d'une culture gériatrique très forte. En effet, l'ensemble des personnes rencontrées se disaient très attachées à la clientèle gériatrique. Pour ces personnes, qu'elles soit médecins, professionnels ou infirmières, continuer à travailler auprès des gens âgés leur semblait plus important que l'attachement qu'elles ressentaient pour leur campus. Dans ce cas-ci, la culture de la spécialité est supérieure à la culture d'appartenance à l'organisation d'origine. Une telle dynamique a pour effet de faciliter la mise en commun des groupes d'individus.

Le milieu gériatrique médical étant, pour l'instant, relativement restreint en nombre au niveau francophone au Québec, les médecins de cette spécialité se connaissent relativement bien. C'est une discipline qui est imprégnée d'une vision relativement homogène bien qu'il existe tout de même quelques divergences. Ces dernières consistent, pour la plupart en des différences interindividuelles.

En ce qui concerne notre évaluation de l'incidence des particularités de chacun des campus sur la fusion, nous poursuivons dans le même sens que nous l'avons fait plutôt. Ainsi, tout comme pour l'analyse comparative des secteurs mère-enfant, nous procéderons à la classification, selon le degré d'incidence, des principales caractéristiques relevées dans le tableau 5.4. Notons que le lecteur peut toujours se référer à la section 4.8.3 s'il désire avoir des détails concernant les contenu et limite de ces catégorisations.

Différence significative

L'ensemble des particularités dont nous considérons avoir un impact important sur la fusion de l'unité de gériatrie sont, dans ce cas-ci, de nature culturelle. Les particularités relatives aux pratiques des corps médicaux de chacun des campus diffèrent assez pour avoir un impact important sur la fusion des groupes. Ainsi, le fait que le campus C soit composé uniquement de spécialistes lui procure une approche axée sur la spécialisation. Alors que les médecins du campus B en gériatrie sont majoritairement des omnipraticiens, leur orientation est davantage générale. La position de l'approche de la gériatre de A, est quant à elle, spécialisée au sein d'un environnement rappelant la médecine familiale. Dans la fusion des corps médicaux de ces trois campus, c'est toute la philosophie derrière la pratique qui est remise en question. Si l'on cherche à uniformiser le service offert, il importera d'y apporter des modifications radicales.

Les divergences au niveau de la conception hiérarchique des individus au sein d'une unité peuvent également générer d'importants conflits. Le

design de la structure du service de B reposant sur une très forte majorité de généralistes, il nécessite une certaine autonomie des médecins au sein de ce service. Or, le fait qu'il n'y ait que des spécialistes au sein du service gériatrique de C est probablement voulu puisque la philosophie derrière le fonctionnement de ce service donne une grande importance aux compétences distinctives de la spécialisation. Pour cette raison, il risque fort de s'installer d'importants conflits portant sur les rapports entre groupes du corps médical. De plus, les généralistes de B risquent de se sentir menacés si une intégration en profondeur est exigée. Quant au campus A, la gériatre travaille d'égal à égal avec ses professionnels et infirmières, elle est donc peu encline à la hiérarchisation des professions. Dans ce cas-ci, il s'agit d'un bouleversement basé sur les valeurs relié à la reconnaissance de la spécialisation vs l'importance de l'égalité.

Dans le même sens, la place morale occupée par le corps médical dans une unité affecte également ses relations avec les membres des différents corps professionnels. Au campus C, le corps médical prend beaucoup de place et les professionnels sont peu nombreux, l'espace occupé par les professionnels s'en trouve conséquemment restreint. Ces derniers n'ont ni le pouvoir, ni le temps d'intervenir dans le choix des traitements aux patients. Les patients reçoivent alors davantage des traitements médicaux que des interventions multidisciplinaires. Quant à B, il en est tout autrement, le corps médical prend peu de place et l'équipe de professionnels est nombreuse, ces derniers occupent alors une grande place au sein de l'unité. Il ont ainsi tous l'occasion d'assister les médecins au niveau de l'évaluation et de la détermination des traitements assignés aux patients dans leur domaine de spécialité respectif. Enfin, au campus A, il existe une très bonne complicité entre la gériatre et les professionnels, ces derniers possèdent une marge de manœuvre intéressante et leurs suggestions sont encouragées. Une mise en commun des médecins ou professionnels de C avec les groupes des autres campus crée une probabilité élevée de créer

des conflits relatifs à une incompréhension des limites du travail de chacun des groupes.

Au niveau des infirmières, du côté de C et de A, elles sont relativement autonomes et leurs initiatives sont valorisées au niveau des soins offerts aux patients. Alors qu'à B, elles sont plus dépendantes des médecins et attendent souvent qu'on leur dise quoi faire avant d'agir. Ici, une mise en commun des différents groupes de médecins et d'infirmières de B avec les groupes des deux autres campus risque également de créer des conflits basés sur l'incompréhension de la tâche de l'autre.

Complémentaire

Les éléments considérés comme pouvant apporter beaucoup à une organisation fusionnée mais dont il importe de gérer la mise en commun avec tact se trouvent dans cette catégorie. Tout d'abord, les différences quant au ratio de médecin en fonction du nombre de lits d'hospitalisation sont fort importantes. Cependant, une fusion des trois campus pourrait répartir plus uniformément ces proportions de même que la quantité de travail en découlant. Au niveau des difficultés véhiculées, elles seront sûrement très mineures dans le cas d'une réduction du ratio. Par contre, les médecins de B risquent de trouver le changement difficile au début puisque leur tâche s'en trouverait alourdie, un ajustement graduel aurait pour conséquence d'amoinrir cet effet.

Les médecins des différents campus ont développé, au cours des années, une expertise particulière qui est fonction de l'étendue de leur clientèle respective. Comme les médecins provenant des trois différents campus acceptent des patients ayant des caractéristiques particulières, ils ont conséquemment développé des expertises complémentaires en gériatrie. La mise en commun des expertises développées apporterait au CHUx un enrichissement important puisqu'il sera non seulement en mesure

d'offrir des services globaux mais ceci aura également pour effet de stimuler les échanges de connaissances entre médecins.

De même, la mise en commun des activités de recherche de C et de celles de A ainsi que l'exploitation des relations de recherche à l'extérieur du campus ne pourra être que bénéfique pour les chercheurs, et par le fait même, pour la qualité des soins offerts aux patients. La fusion deviendrait alors génératrice du développement de nouvelles expertises. Cette valeur ajoutée ne pourra se réaliser que si les médecins activement impliqués en recherche pourront continuer leurs activités normalement suite à la fusion.

Quant à l'aspect du fonctionnement des activités médicales, il diffère en partie actuellement mais une mise en commun pourrait avoir une influence positive dans la détermination d'un fonctionnement optimal pour la nouvelle unité. La standardisation des pratiques ne pourrait être que bénéfique au niveau de l'efficacité et de la qualité d'une nouvelle unité voyant ses effectifs médicaux croître de façon importante. Enfin, elle faciliterait l'homogénéisation du nouveau service gériatrique unifié.

En ce qui concerne les divergences relatives à la planification budgétaire, nous les considérons comme étant complémentaires puisqu'il est dans l'objet des projets futurs du service de décentraliser l'ensemble des activités budgétaires. L'expérience acquise par le campus A dans ce domaine favorisera certes l'atteinte de cet objectif.

Les particularités actuelles relatives aux approches générales des différentes unités gériatriques des trois campus découlent d'un ensemble d'événements. Bien, qu'une mise en commun de ces approches peut sembler problématique à première vue, elle apporterait cependant beaucoup par l'atteinte d'un juste équilibre des approches médicales et interdisciplinaires de B et C. De façon parallèle, les effectifs au niveau des

différentes équipes de professionnels auraient également avantage à s'équilibrer. Ce qui aurait pour effet d'équilibrer les forces entre les groupes de médecins et de professionnels.

Incidence mineure

Parmi les éléments dont l'incidence présumée sera relativement moindre sur le processus de la fusion nous retrouvons : Le nombre de patients hospitalisés par année, ce nombre est relativement comparable d'un campus à l'autre; Les différentes portes d'entrées de patients vers l'unité, en fait, leur détermination découle plus ou moins de la capacité de l'unité; Le nombre de personnes âgées dans l'ensemble de l'hôpital; La consultation individuelle vs en équipe de deux en ce qui concerne les professionnels; La quantité de travail administratif, en fait cette quantité dépend largement de l'implication désirée du dirigeant local dans l'administration; L'approche globale des soins infirmiers, puisque ces groupes ne travailleront pas directement ensemble; Enfin, le climat qui règne dans chacune des unités, chaque unité possède son propre climat, alors une nouvelle unité possédera, par le fait même, également sa propre dynamique. Notons cependant ici que la présence d'un climat d'insécurité médicale ainsi que de conflits interpersonnels au niveau des soins infirmiers pourrait occasionner des départs plus facilement qu'un climat qui va bien.

Le protocole d'entente prévoyait, en ce qui concerne le service de gériatrie, un regroupement des activités sur deux sites. Or, le départ en bloc des médecins du campus B est un événement inattendu survenu lors de la phase de négociation. Cet événement est grandement venu précipiter le cours normal du processus de la fusion. Des décisions importantes ont dû être prises rapidement au sujet de l'avenir de la gériatrie dans le CHUx. Il a donc été convenu, à ce moment, que l'unité gériatrique de A serait transférée au campus C et que deux médecins de C iraient couvrir l'unité de B afin d'assurer son fonctionnement.

Les remarques précédentes concernant le niveau de difficultés d'une mise en commun des unités gériatriques des trois campus sont réalisées sans prendre en compte le départ en bloc de médecins de B. En fait, afin d'évaluer à son juste niveau le degré de difficulté du départ il s'avère nécessaire de mettre de côté cet événement pour les fins de cette analyse. Maintenant qu'il y a eu démission en bloc des médecins, nous pouvons dire que cet événement s'est transformé en élément facilitateur. Effectivement, ces départs hâtifs, bien que non désirés, diminuent de façon non-négligeable l'étendue de la surface d'impact entre les groupes et conséquemment, l'ampleur du choc qu'aurait eu à vivre les membres des trois unités tout au long du processus de fusion.

Soulignons que la fusion des unités de A et de C, en ce qui concerne la mise en commun directe d'individus, n'a consisté en fait qu'en quelques transferts. En fait, cinq personnes ont été transférées du campus A, il s'agit de la gériatre, de l'infirmière-chef des soins prolongés, de l'ergothérapeute ainsi que de deux travailleuses sociales. À ce jour, il ne reste plus que trois membres de A puisque les deux travailleuses sociales ont quitté (burn-out). Les difficultés vécues ici concernent principalement les cinq individus personnellement, comme elles sont en faible minorité, les différents groupes de C risquent de s'en trouver peu affectés. Notons de plus, en aparté, que les infirmières de A n'ont pas pu être transférées à C à cause de complications syndicales. En ce qui concerne le transfert des deux gériatres de C à B, les difficultés se trouvent principalement au niveau de l'ajustement quant aux nouvelles relations infirmières-médecins ainsi que professionnels-médecins.

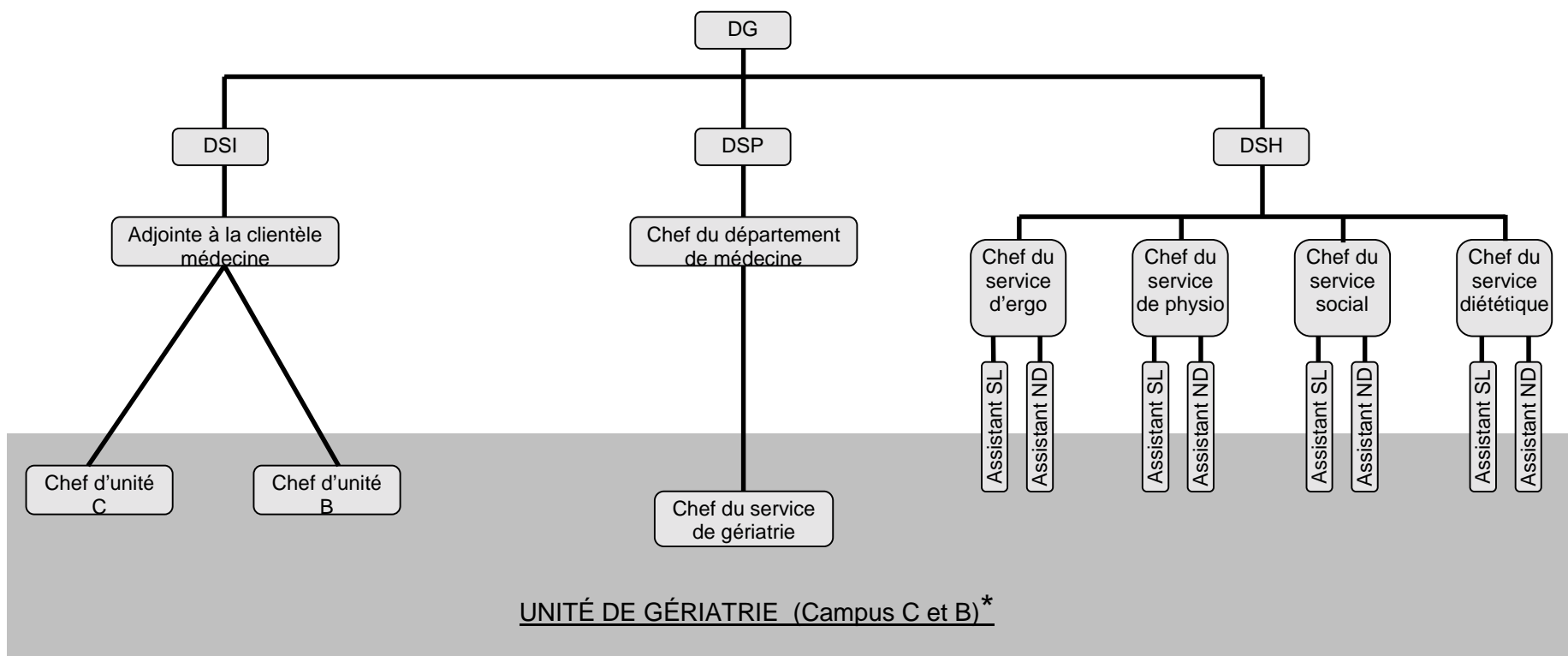
Ces deux remarques prises en compte, il importe de convenir que le niveau de difficulté de la réalisation de la fusion s'est trouvé allégé par rapport à celui ressorti lors de l'analyse comparative.

5.3.6 Niveau de complexité de la fusion des structures organisationnelles

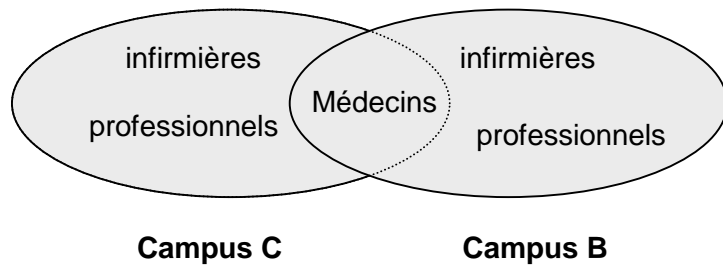
Tout comme nous l'avons fait pour la fusion de l'unité mère-enfant à la section 5.2.5, nous évaluerons ici l'impact de la structure organisationnelle sur le processus de la fusion. Pour ce faire, nous illustrerons ce que représente la fusion en terme de design organisationnel (figure 5.7) et nous discuterons de notre perception quant au degré de complexité de la structure de la nouvelle unité fusionnée.

Nous avons fait état, lors de l'analyse de la structure de l'unité mère-enfant, des difficultés associées à la présence de structures parallèles au sein d'une même organisation. Nous réitérons à nouveau notre position ici avec l'analyse de la structure de l'unité de gériatrie.

Figure 5.7 Structure organisationnelle fusionnée de l'unité de gériatrie (janvier 1998)



* Répartition physique entre les campus



Nous pouvons en effet observer, à l'aide de la schématisation de la structure organisationnelle de l'unité de gériatrie, les effets de la présence de structures parallèles tout comme dans le cas de l'unité mère-enfant mais de façon moindre. Bien que dans ce cas-ci les prises de décision concernant la fusion ont été obtenus de façon beaucoup plus rapide, la structure organisationnelle n'a certes pas facilité le déroulement de la fusion. Par ailleurs, nous avons constaté qu'une bonne maîtrise du fonctionnement ainsi que des particularités relatives aux prises de décision par le dirigeant local au sein du CHUx accélère grandement ce processus. De même, la forte présence du chef de service au sein de l'unité vient atténuer, dans ce cas-ci, la problématique attribuable à la présence de structures parallèles.

Nous avons noté, par ailleurs, la présence d'un grand nombre de personnes en position d'autorité au sein de cette unité bien qu'elle soit relativement petite. Une telle présence nécessite l'approbation officielle d'un grand nombre d'individus lorsque vient le temps de prendre des décisions portant sur l'orientation de l'unité, comme dans le cas d'une fusion par exemple. Ceci rend le processus de décision lourd et relativement long.

L'unité de gériatrie est actuellement répartie sur les campus C et B. Cette forme d'organisation est très fonctionnelle dans le présent cas. Elle s'avère cependant plus épuisante pour les médecins qui doivent couvrir deux hôpitaux. De plus, cette répartition a pour effet d'éloigner physiquement, au niveau hiérarchique et dans certains cas géographique, le pôle de direction du corps médical ainsi que celui des professionnels.

En somme, le niveau de complexité de la structure organisationnelle de l'unité de gériatrie fusionnée est moyennement élevé. Selon nous, bien que nombre d'acteurs constituent cette structure, elle est relativement claire et centralisée autour d'un chef de service, elle nous semble, par conséquent, moins complexe que celle de l'unité mère-enfant.

5.4 Bilan comparatif des niveaux de difficulté relatifs

Le présent bilan comparatif a pour objet d'évaluer le degré de difficulté global de la réalisation de chacune des micro-fusions selon leur contexte respectif. De plus, il compare les résultats de ces micro-fusions sur les plans contextuels étudiés dans ce chapitre. Le tableau 5.5 résume la situation générale quant à ces effets contextuels.

Tableau 5.5 Bilan comparatif des niveaux de difficultés relatifs à la réalisation des micro-fusions en fonction des éléments contextuels étudiés.

ÉLÉMENTS CONTEXTUELS	MÈRE-ENFANT		GÉRIATRIE	
	Résultats	Effet sur la fusion	Résultats	Effet sur la fusion
Particularités culturelles	Presque uniquement des différences significatives	- - -	Majoritairement des différences significatives mais aussi complémentaires et à faible incidence	- -
Particularités structurelles	Différences significatives, complémentaires et à faible incidence	-	Complémentaires et à faible incidence	+
Appartenance et identification à la spécialisation	Moyenne	-	Grande	+
Degré de complexité de la structure organisationnelle	Élevé	- -	Moyennement élevé	-
Exigence de mélange des cultures	Très grande	- - -	Moyenne	+ / -

L'objet de cet exercice consiste non seulement à comparer les niveaux de difficulté des mises en commun, il peut également aider à déterminer l'apport du contexte au niveau des résultats préliminaires des fusions étudiées. Nous y ferons donc référence à nouveau lors de la conclusion du mémoire.

Les effets sur la fusion des principaux éléments contextuels ont été évalués en fonction de leur analyse dans le présent chapitre. Bien que ces effets présumés reposent sur une analyse exhaustive du contexte, précisons que leur caractère demeure hypothétique. Nous pouvons tirer du bilan comparatif certaines conclusions quant aux deux cas étudiés.

Premièrement, ce bilan nous permet de constater la présence d'une plus grande proportion d'éléments culturels dont les différences sont significatives au niveau de la fusion des unités mère-enfant par rapport à celles de gériatrie. Notons que les aspects culturels sont ceux qui sont les plus difficiles à ajuster pour les gens qui vivent un changement.

Deuxièmement, alors que les unités à mettre en commun en gériatrie ne comportent que des éléments complémentaires et à faibles incidences, ce qui devrait avoir un impact relativement positif sur la fusion, celles du secteur mère-enfant en comportent également qui ont des différences significatives.

Troisièmement, comme nous en avons fait mention plus tôt, les individus rattachés à l'unité de gériatrie croient, pour la plupart, que leur discipline passe avant leur appartenance à un campus particulier. Pour la fusion mère-enfant, nous avons observé que cette appartenance à la discipline se vivait de façon plus modérée.

Quatrièmement, par l'analyse des structures organisationnelles respectives, nous avons pu démontrer que celle de l'unité mère-enfant fusionnée était relativement élevée alors que celle de gériatrie semblait moins complexe.

Enfin, au niveau de la fusion mère-enfant, le degré d'intégration et de mélange des cultures se trouve à être très élevé puisque les groupes d'infirmières des deux campus mis en commun travaillent ensemble dans la même unité physique. Pour ce qui est de l'exigence du mélange des cultures dans la fusion de gériatrie, elle est considérablement moindre puisque le nombre d'individus mis en commun physiquement est beaucoup plus petit.

Nous en convenons donc que tous les éléments contextuels étudiés semblent avoir des effets présumés plus négatifs au niveau de la fusion mère-enfant. Ceci signifie certes qu'en vertu de son contexte, cette micro-fusion sera définitivement plus difficile à réaliser que celle de la gériatrie. Le prochain chapitre traite des résultats préliminaires obtenus, nous pourrons donc observer les effets réels des contextes étudiés sur les micro-fusions.

CHAPITRE VI

ANALYSE DES MÉCANISMES DE GESTION ET RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DES MICRO-FUSIONS

Quand tu es une unité fermée dans un campus tu n'es pas en contact avec grand chose à l'extérieur, c'est très sécurisant à quelque part mais là, avec la fusion, c'est que tu t'ouvres complètement alors le défi est plus grand, il y a beaucoup de travail à faire. (I)³

6.1 Introduction

Ce chapitre analyse la conduite de l'intégration de la fusion selon les principaux mécanismes de gestion préconisés par la littérature et regroupés dans un modèle-synthèse au deuxième chapitre. Il analyse et interprète, par la suite, les résultats obtenus jusqu'à ce jour en regard de ces mécanismes. De façon plus spécifique, ce chapitre tente de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Jusqu'à quel point a-t-on adopté les mécanismes préconisés dans la littérature ?
- Quels sont les résultats en terme du degré d'intégration structurel et culturel ainsi qu'en terme d'efficacité de fonctionnement ?

³ La notation (I) signifie que la présente citation provient d'un représentant du corps infirmier.

Pour ce faire, nous allons tout d'abord définir ce que nous entendons par la réussite ou le succès d'une fusion. Par la suite, une section est consacrée à l'analyse des mécanismes de gestion utilisés pour chacune des micro-fusions. Enfin, nous effectuerons une analyse comparative de ces résultats de même qu'une analyse en terme d'intégration et de qualité du service offert au niveau des deux cas étudiés.

6.2 Qu'est-ce qu'une fusion réussie ?

Il existe de nombreux critères pour évaluer les fusions et les acquisitions, parmi ceux-ci nous retrouvons essentiellement : la valeur des actions (Weidenbaum et al. 1987), le rendement de l'investissement (Cartwright et al. 1993), la rentabilité après la fusion (Davidson, 1988) ainsi que les désinvestissements ultérieurs (Porter, 1987). Comme notre étude porte sur une fusion pure d'organisations publiques, l'évaluation doit être effectuée autrement. Ainsi, dans ces circonstances, nous aurions plutôt le choix d'évaluer le succès de la fusion selon : le roulement du personnel (Walsh, 1988), la création de valeur (au sens qualitatif) (Haspeslagh et al. 1991) ou encore tout simplement, par l'atteinte des objectifs fixés (Rousseau, 1990).

L'atteinte des objectifs de fusion nous semble la plus complète ainsi que la plus propice à la mesure de la réussite d'une fusion. Une telle évaluation est directement centrée sur la justification même de la fusion, elle s'avère donc très pertinente. Cependant, en analysant les objectifs du protocole d'entente de la fusion nous avons réalisé qu'il est beaucoup trop tôt et ce, même pour une évaluation préliminaire appliquée aux micro-fusions. En outre, ces objectifs se trouvent à être très larges et englobent nécessairement les micro-fusions dans leur ensemble. Le lecteur peut se référer à la section 4.6 du présent mémoire pour réaliser lui-même ce constat.

De même, les objectifs des micro-fusions sont également relativement larges, l'unique évaluation de l'atteinte ou non de ces objectifs pourrait faire à elle seule

l'objet d'un mémoire. Parmi ces objectifs, nous retrouvons par exemple, l'amélioration du service à la clientèle, l'augmentation de l'accessibilité aux services, l'accélération du virage ambulatoire, une contribution au désengorgement des urgences, la réduction des déplacements des patients et intervenants, etc. (Direction des services professionnels, 1998, p.4.).

Enfin, la réalisation de ces micro-fusions est encore en processus et ces unités sont actuellement fortement déstabilisées, nous croyons qu'il importe de laisser une période d'habituance à ces nouvelles unités. Les propos d'un membre de l'unité gériatrique viennent témoigner de la présence d'une telle barrière à l'évaluation : « *C'est difficile de vous dire actuellement s'il y a de l'amélioration, des changements favorables dans tout ça parce que tout est encore en mouvement.* » (P)⁴

Cependant, nous croyons qu'il demeure possible d'évaluer le niveau d'intégration actuel par rapport à celui désiré au niveau des dimensions culturelle et structurelle de même que la qualité du service offert en terme de ressources. Nous sommes conscients que cette démarche peut comporter quelques éléments de subjectivité mais il demeure tout de même qu'une telle évaluation permet de respecter le cadre d'analyse de cette étude. Pour réaliser cette évaluation nous appuierons donc nos constats des justifications appropriées.

6.3 Analyse des résultats de la fusion mère-enfant

Partout au Québec, sauf des pochettes là, l'obstétrique c'est une business décroissante, le taux de natalité est à la baisse. Quand on regarde nos compétiteurs ils sont déjà rendus dans un système de réseau, [...] mais nous on a

⁴ La notation (P) signifie que la présente citation provient d'un représentant du corps professionnel.

des problèmes, non seulement de recrutement mais de rétention de la clientèle parce qu'ils se font happer un peu face au système réseau. (MD)⁵

Afin de procéder à l'analyse des mécanismes de gestion utilisés au cours de la phase d'intégration des micro-fusions, nous nous servons de la grille des cinq grands défis relatifs aux fusions et de leurs composantes pour nous guider (Annexe A). Nous passerons donc en revue l'ensemble des points soulevés dans cette grille à la fois pour la fusion mère-enfant et celle de gériatrie.

Le lecteur pourra constater, au cours de ce chapitre, la présence d'un certain déséquilibre quant à l'information contenue dans chacun des points analysés. Ce déséquilibre est en corrélation directe avec la quantité d'information détenue sur les différents mécanismes de gestion. Il est attribuable en grande partie, au choix de la réalisation d'entrevues semi-directives. En effet, les êtres humains, de par leur nature, ont plus de choses à dire sur les points avec lesquels ils sont en désaccord ou insatisfaits. Ce déséquilibre témoigne, par conséquent, de la réalité de la situation vécue par les interviewés et viens, à la limite, corroborer indirectement les résultats.

6.3.1 Défi de communication

Communication claire, consistante et régulière

Les propos relevés dans les entrevues effectuées nous amène à constater un grand manque de communication à tous les niveaux face à l'ensemble des activités relatives à la fusion. Cette déficience au niveau du système de communication semble s'être légèrement améliorée d'elle-même avec le temps.

Dans tous les cours de gestion on nous dit, il y a un principe de base, il faut que la communication circule non seulement verticale mais horizontalement

⁵ La notation (M) signifie que la présente citation provient d'un représentant du corps médical.

et là il n'y avait rien là, on ne s'avait pas ce qui se passait, ce n'était que des rumeurs. (MD)

La communication des fois c'est fait à sens unique. [...] un dialogue de sourd un peu. (I)

Ça fait un an qu'on est ici mais on ne sait pas beaucoup plus que ça, on est déménagé c'est tout. (I)

On est dans le néant, dans l'ignorance totale. (I)

Faudrait se parler, on parle français tout le monde mais on ne parle pas tout le temps le même français je trouve. (I)

De jour, il y a eu des difficultés au début mais je pense que ça s'est atténué parce qu'on s'est parlé. (I)

L'une des raisons pour lesquelles les répondants ressentent que la communication est insuffisante réside dans la détermination et le fonctionnement des canaux de communication. Seule une faible proportion des canaux essentiels sont officiellement définis. Ceci se traduit en des conséquences telles que, de nombreuses personnes sont mal informées d'activités qui les concernent, se font contourner dans leur rôle et enfin, nombreux sont ceux qui reçoivent des informations erronées.

Quand le personnel me demande ce qu'il va leur arriver, je ne suis jamais capable de leur donner de réponse parce qu'on en a pas de réponse. (I)

J'essaie [...] de les informer régulièrement mais à chaque fois j'ai une information puis en bout de ligne ça n'arrive pas. (I)

Moi je suis une fille du secteur alors je me promène à droite, à gauche [...] mais ils ne te le disent pas comme quoi il y a une réunion alors tu es comme à part, t'es pas informé. Au début on était plus informé, je te dirais que là ce qui se passe on le sait pas, les assistantes nous le disent là mais autrement on ne fait plus partie. (I)

Au début le syndicat nous a tenu informé de ce qui se passait, de ce qui allait se passer [...] après il était beaucoup moins présent. (I)

La DRH du campus [...] a signé une entente avec la CSN [...] moi qui étais personnellement responsable de tout ce projet je n'en ai pas été informée. (I)

De là est venu que j'ai fait des commentaires à ma directrice pour dire, bien écoute, s'il y a une entente avec la FIIQ qui est en train d'être signée, je veux être impliquée là-dedans, ça l'a un impact sur mon fonctionnement, on ne peut pas signer à peu près n'importe quoi. (I)

Quand on a su pour la direction des ressources humaines qu'il n'y avait aucun problème avec les syndicats, que tout était pour rentrer, les responsables de chacun des pavillons DSI, surtout pour les infirmières, nous avons fait en sorte, pris le personnel en charge. [...] Mais quand l'entente a été signée, le syndicat a dit : « non, non, non ça ne marchera pas de même. (I)

Tout va tellement vite que le personnel l'apprend, le syndicat l'apprend, ils ont de l'information de part et d'autre, l'information n'est pas nécessairement la même de part et d'autre. (I)

Enfin, dans leur ensemble les propos relevés donnent l'impression que personne ne semble au courant de ce qui se passe réellement.

Les perceptions des interviewés quant au climat dans lequel se déroule la fusion sont, règle générale, négatives. Nous notons toutefois que le climat s'est adouci avec le temps à quelques endroits dépendant du quart de travail.

Le climat comme vous voyez a été très, très instable, je vous dirais que plus à l'unité néonatale mais il y avait quand même un climat difficile dans les autres unités. (I)

Toujours détérioration du climat de travail. (I)

Il y a de la méfiance, avec raison. (I)

On est entré dans un climat de non-confiance. (MD)

De jour, je te dirais que ça se prends assez bien, moi personnellement je dis que ça se prend bien mais je sais qu'il y en a d'autres qui trouvent ça encore difficile et qui à un moment donné on gueule un peu plus et on chiale un peu plus, mais je trouve que, en gros de jour ça se prend bien. Le soir ici à la pouponnière c'est pas facile du tout, il y a beaucoup de frictions, les filles de B se sont butées contre, entre autre, l'assistante de soir d'ici parce qu'elle est peut-être plus tranchante. [...] De nuit, ça va assez bien sauf qu'il y en a qui ne font pas leur job comme du monde [...]il y a beaucoup de laisser aller. (I)

Nous remarquons de plus, dans la fusion du secteur mère-enfant, la présence de difficultés importantes en ce qui concerne la gestion de conflits au sein des différents corps médicaux en pédiatrie-néonatalogie. Ces conflits ont des répercussions non-négligeables sur le moral des individus qui travaillent avec ces derniers.

On a avisé le conseil d'administration du CHU... qu'il y aurait une crise dans le secteur de l'obstétrique du CHU... d'ici six à neuf mois. (MD)

Il y avait une mésentente totale, ils n'ont pas pu s'entendre entre eux autres. (MD)

Les pédiatres de C ne voulaient pas faire de soins tertiaires, B voulait mais ne voulait pas le faire dans les conditions dans lesquelles ils arrivaient, ils avaient tous leurs raisons [...] et comme je vous dis, ça l'a faite beaucoup de litiges extérieurs, l'Université [...] donc nous n'avons toujours pas la mission de l'unité néonatale dans le CHU... (I)

Des perceptions un peu semblables des deux côtés qui ne se parlent pas [...] et avec les pédiatres qui ont mis encore plus la barrière en voulant juste s'occuper des gens de B et bon. Il y a eu des mésententes, il y a eu des départs de pédiatres de C. Bon, ça c'est fait dans ce climat là, c'est pour vous expliquer un peu le climat qu'il y avait. (I)

Il y avait des mésententes entre les pédiatres de C et les pédiatres B, mésententes très importantes, ça l'a un impact sur la dynamique d'un groupe. (I)

La solution envisagée par le chef de service pour régler ces conflits fut de se départir du service de néonatalogie. Cette solution nous semble à l'encontre de l'objectif de l'unification des services et donc, de la fusion du secteur mère-enfant.

Ça c'est une façon élégante que j'ai eu de régler le problème, débrouillez-vous. (MD)

Compréhension de la justification de la fusion

Rappelons brièvement que ce facteur a pour principal objet de faire paraître la fusion naturelle aux yeux des employés de même que d'en favoriser l'intégration. Il

sous-entend ainsi un choix qui doit sembler solidement fondé ainsi que des objectifs réalistes, adaptés aux besoins et capacités des entités respectives.

La fusion du secteur mère-enfant n'est pas perçue comme étant naturelle aux yeux des membres en faisant partie. Nombreux voient l'avènement du départ en bloc des médecins comme étant à la base de la justification de la fusion. Le fait que cet événement ait devancé considérablement l'échéancier a bouleversé les membres de ce secteur à un point tel qu'il en a dilué l'objet réel de la fusion. Cette fausse justification sous-jacente à la fusion est tellement ancrée dans la pensée des gens que certains croient qu'il ne s'agit que d'un état temporaire.

Ils ont cru et je dois vous dire qu'il y en a qui croient encore qu'ils vont retourner à B il y en a encore qui croient à ça donc pour eux autres c'était impensable qu'ils ne retournent pas à [...](l)

6.3.2 Défi de direction

Convergence des actions

La convergence des actions consiste à une bonne coordination des activités de la fusion et donc à restreindre, le plus possible, les activités divergentes. Nous avons relevé des entraves à une bonne coordination à la fois au niveau microscopique et macroscopique. Tout d'abord, il semble difficile pour les dirigeants locaux de bâtir des assises solides pour la nouvelle unité puisque la fusion n'est pas encore officielle et qu'il y a encore du mouvement de personnel entre les deux campus.

Je trouve ça difficile parce que les gens ne se sentent pas partie intégrante de l'équipe parce qu'elles ne savent pas si elles vont rester. On n'a pas d'équipe, on n'est pas fusionné, donc c'est très délicat. (l)

Dans un deuxième temps, la coordination des activités relatives à la fusion du CHUx dans son ensemble fait obstacle à la réalisation du processus de micro-fusion selon l'échéancier fixé.

Le réaménagement physique [...] c'était supposé se faire rapidement et nous sommes bloqués parce qu'il faut déménager pour réaménager tout le secteur. Je dois déménager dans un autre étage et je ne suis pas capable présentement de déménager dans un autre étage parce qu'il y a le dossier des patients psychiatisés, le long terme qui ont une partie de cet étage là et que ce problème là n'est toujours pas réglé et que je ne sais toujours pas c'est quand ils vont le régler. (I)

J'ai demandé, j'ai fait la planification, on leur a demandé des espaces de cliniques externes supplémentaires pour qu'on puisse voir les patientes dans des conditions décentes. Pour avoir ces locaux là il faut que la dermatologie sorte. (MD)

Nous, comme département d'obstétrique-gynécologie on est tributaire de certains secteurs de collaboration, notamment la médecine interne, notamment l'imagerie, notamment la chirurgie générale et la pathologie et évidemment les laboratoires. (MD)

Plusieurs facteurs ont fait en sorte que le plan d'action n'a pu être respecté. Parmi ceux-ci, notons, le départ en bloc des médecins, les conflits entre pédiatres des campus B et C, les difficultés liées à la coordination de l'ensemble des activités de fusion dans le CHUx et les prises de décision lentes et changeantes concernant le secteur mère-enfant.

Dans l'aménagement de l'unité néonatale [...] il y avait l'insatisfaction des pédiatres quant aux installations [...] donc nous n'avons jamais fait de soins tertiaires, ça a été statué que nous ferions seulement des soins intermédiaires jusqu'à temps que nous soyons organisés. (I)

Il n'y a absolument rien qu'on savait d'avance, on était sensé changer de lieu avant c'était sensé prendre deux ans, le temps qu'ils fassent les lieux physiques selon les projets et les plans. Et là bien tout d'un coup les plans ont changé de bord. (I)

L'obstétrique est transféré en juillet et on nous avait dit « novembre-décembre on commence la construction du centre mère-enfant » [...] là ça fait presque deux ans qu'il n'y a rien de faite. (MD)

Gestion de l'autorité et du pouvoir

La gestion de l'autorité du pouvoir consiste à la définition de lignes d'autorité claires, à la bonne compréhension des rapports de force au sein de l'organisation

ainsi qu'à l'utilisation des sources et formes de pouvoir ainsi que d'autorité de façon judiciaire.

Dans ce cas-ci, bien qu'une adjointe à la clientèle du secteur mère-enfant et qu'un chef de service d'obstétrique aient été nommés à la tête des deux campus et donc au niveau du CHUx, ces derniers semblent avoir peu de contrôle sur le cours des événements liés à la fusion. Il ne semble pas y avoir un responsable officiel en charge de la réalisation de cette micro-fusion. De même, nous n'avons pas senti qu'il y avait une personne responsable de cette micro fusion même de façon informelle.

Un tel fonctionnement, « sans capitaine à la tête du bateau », a contribué à la lenteur du processus de cette micro-fusion. De plus, certaines actions qui devaient être prises ne l'ont pas été parce que tous attendent que les autres prennent les actions en charge. Chacun parle de « ils n'ont pas fait si, ils ont fait ça » mais ce « ils » réfère à tout ce qu'il y a en haut d'eux. Ainsi, tous se passent la balle et attendent que quelque chose se produise.

Comment moi j'ai essayé autant comme autant de savoir comment ça se fait cette fusion là, qu'est-ce qui va arriver ? Parce que le personnel ils viennent tous me voir pour me demander comment on va procéder ? Qu'est-ce qui va arriver ? Personne n'est capable de répondre, personne n'est capable de répondre parce que personne ne le sait, les ressources humaines, le syndicat, peu importe là, on est pas capable de répondre à ça. (I)

Ils veulent savoir qu'est-ce qui arrive avec l'unité néonatale, qu'est-ce qui va arriver avec les docteurs, quand on va savoir quels sortes de soins on va donner [...] mais ça je n'ai pas le contrôle là-dessus. (I)

Je ne peux pas dire qui des boss là va [...] dire là on fait ça de telle façon tout le monde. (I)

De même qu'aucune personne ne semble réellement responsable de la fusion, les lignes d'autorité officielles ne sont pas claires. Au niveau des infirmières, ceci crée des difficultés au niveau de la gestion des ressources humaines. Ainsi, l'adjointe à la clientèle du CHUx nous dit qu'elle n'a pas d'autorité légitime sur les

infirmières de B parce que la fusion n'est pas encore officielle. D'un côté, il est alors difficile pour elle de gérer une équipe dont elle n'a autorité que sur la moitié des membres. De l'autre, les infirmières de B sont laissées à elles-mêmes et ne savent plus de qui elles relèvent.

Je ne me suis pas occupé du tout du pavillon B pendant ce délai là à part les journées d'accueil, d'aller à quelques rencontres là-bas pour aller rencontrer les assistantes, aller me présenter un peu. On ne savait pas trop comment fonctionner, il y avait encore le chef d'unité là-bas [...] moi j'arrive dans le tableau et c'est moi qui étais pour gérer tout ça là, là je me situe où ? (I)

L'infirmière-chef je ne pense pas qu'elle nous aille pris encore sous son aile, on fait pas partie encore tout à fait de son équipe, à ma vision à moi [...] peut-être un jour mais pas pour le moment on est pas encore à l'abri. (I)

Par surcroît, la non-définition de lignes d'autorités claires a résulté en une gestion du transfert des infirmières de B réalisée par leur syndicat. L'autorité officielle ne semblant relever de personne c'est le syndicat de B, à la recherche d'un accroissement de son pouvoir, qui s'en est chargé.

Les syndicats, bien surtout la CSN là, c'est eux qui géraient, ce n'était plus nous qui gérons c'était la CSN qui gérait.

Leadership

Compte tenu que personne ne semble avoir pris en charge la direction de la micro-fusion, nous estimons qu'aucun individu n'a pris le leadership de la fusion. Ainsi, personne ne semble responsable personnellement du résultat de cette intégration. Selon nous, ce manque de leadership serait dû, en grande partie, à la présence de plusieurs pôles de pouvoir au sein de la structure organisationnelle de l'organisation sans qu'une personne émerge comme leader dominant. Ce manque de leadership se traduit par un manque de crédibilité des personnes s'occupant de la fusion auprès de la haute direction ainsi que d'influence auprès des personnes clés. Nous avons également remarqué une insuffisance de cohésion et de convergence entre les visions des personnes en situation d'autorité face à la fusion de cette unité.

On m'a fait signer, j'étais en désaccord en partie avec cette entente-là, nous avons dû signer parce que j'étais pris à la gorge naturellement. (I)

C'était clair qu'il fallait que l'organisation se mouille, que les directeurs se mouillent dans le sens que ça soit clair pour le personnel que c'était une décision d'organisation (I).

Je n'ai pas eu l'appui du tout de la direction, du directeur des ressources humaines, il m'a carrément reviré de bord devant les syndicats, ce que je trouvais inadmissible quand je suis adjointe et je suis la responsable du dossier. (I)

J'ai fait quelques rencontres avec Docteur [...] mais eux leurs besoins c'est de négocier avec des directeurs et ce que j'ai compris c'est de négocier avec des directeurs et ce que j'ai compris c'est qu'ils voudraient négocier [...] avec la directrice générale directement. [...] je ne suis pas du tout impliqué là-dedans et je ne suis pas informée des démarches. (I)

Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements

Certains propos et événements relevés font preuve d'une difficulté, pour la direction, à affronter les décisions difficiles.

Je suis allée moi à un conseil d'administration, c'était au mois de février, bon là l'excuse c'était il y a eu le verglas, mais à ce que je sache on est le 14 juillet, le verglas est fondu, tout est revenu mais il n'y a toujours pas de décision de rendue. (I)

La direction semble difficilement capable d'assumer les enjeux et responsabilités qui découlent de la décision de devancer, de façon considérable, la fusion du secteur. Dans ce cas-ci, c'est l'ensemble des membres de l'unité qui ont à assumer les conséquences des décisions prises par la direction.

Ça c'est tellement beaucoup parlé qu'à moment donné les médecins sont partis de leur bord et oups, on n'était pas prêt à faire les moves qu'on a fait mais on les a fait quand même et on a eu à vivre avec. (I)

On était pris dans le contexte qu'on ne pouvait plus couvrir deux et il fallait transférer. On l'a fait mais je ne sais pas quoi vous dire. On l'a faite avec les impacts que ça l'avait et qu'on avait prévu dans notre rapport qu'en faisant un transfert rapide il y aurait des coûts mais c'est pas juste des coûts, ce sont des coûts en relations humaines. (I)

Au moment du transfert, les syndicats ont envoyé des gens mais là ça ne marchait plus, il y a eu pendant deux mois sinon trois, il y a eu des ajustements à faire, des gens qui sont venus, qu'on a essayé d'adapter à travers, qui fallait qui s'adaptent à tout ça, qu'on a dû retourner, qu'on a recommencé avec des nouvelles qui sont venues, qu'on a dû retourner [...] Ça a été la catastrophe, je vous dirais que ça n'a pas eu de sens de faire ça comme ça je l'avoue très sincèrement. (I)

La mise en commun des infirmières provenant des campus B et C n'a pas été appuyée d'actions tangibles symboliques facilitant leur représentation en tant qu'une seule et même équipe.

Du jour au lendemain on avait deux groupes d'infirmières ici en salle d'accouchement et à la pouponnière, affiliées à deux unités syndicales différentes. Un groupe avait « C » étampé sur leur uniforme, l'autre groupe avec « Hôpital B » étampé sur leur uniforme. (MD)

Orientation claire pour tous

Il semble, de plus, y avoir une marge non-négligeable entre les visions des directions des deux campus concernés en ce qui concerne l'application de la nouvelle mission.

Manque de vision commune des deux directions [...] le but commun je ne le sens pas, je ne le perçois pas. Oui, le but de construire un CHU... oui, mais dans les faits, dans la vision de gérer des ressources humaines il y a des écarts dans la gestion de négocier avec des syndicats c'est très, très différents, on est en gros écarts. Je pense que ça amène énormément de conflits. [...] chacun à mon avis garde beaucoup encore l'esprit pavillonnaire. (I)

Les valeurs de cohésion et d'unification ne semblent également pas avoir été transmises auprès des membres du nouveau secteur mère-enfant. L'exemple des uniformes des infirmières, peut en dire long à lui seul sur l'ampleur de la situation.

Mais on est plus comme une unité, une unité formant un tout là. (I)

Les infirmières de B sont arrivées avec leur uniformes « Pavillon B ».

Actuellement ils ne se sentent pas concernés, j'ai beau parler du CHUx c'est encore nous de C et nous de B. (I)

Vision globale

Posséder une vision globale consiste à privilégier une vision à la fois microscopique et macroscopique des événements durant du processus de fusion. La micro-fusion mère-enfant a entraîné une diminution de cette clientèle dans l'ensemble du CHUx. Ceci est dû en partie à cause de la fermeture de l'unité de soins tertiaires en néonatalogie.

Pré-[...] il y avait 3500 accouchements, la première année du CHUx on a fermé les livres avec 2800 suite aux départs et là, si je fais la règle de trois et j'extrapole jusqu'au premier mars, je ne suis pas sur d'avoir 2500 accouchements cette année. (MD)

En ce qui concerne les standards de qualité relatifs au service à la clientèle, les propos relevés dans les entrevues tendent à dire qu'il y a diminution de la qualité. Celle-ci serait principalement attribuée à un manque d'expérience avec les nouveaux outils de travail, divulgation d'information différente aux clients ainsi qu'aux départs des médecins. Il ne faut cependant pas oublier qu'une part de cette perception est également due à la confrontation des techniques de soins mises en commun.

On a eu une augmentation des accouchements en juillet et en août avec du monde qui n'était quand même pas habitué, en pleine période de vacances. Il manquait, il manquait pas du monde mais j'avais du monde fonctionnel, du monde qui n'était pas habitué à utiliser nos dossiers, nos équipements... (I)

Les mères reçoivent toutes sortes d'information différentes et à un moment donné il faut que tu les prennes et que tu dises bien là [...] on est deux équipes qui viennent d'arriver... (I)

Moi je pense que mon département s'est [...] appauvrit à cause des conditions de travail. (MD)

Ça a été jusqu'à dire nous perdons de la qualité des soins [...] les deux

discours des deux côtés sont pareils [...] ça n'a pas de bon sens la façon qu'ils travaillent. (I)

6.3.3 Défi humain

Gestion de la résistance et rétention du personnel clé

La résistance à la réalisation de la fusion se manifeste de diverses façons et amène des répercussions diverses. Parmi celles-ci, nous retrouvons la transformation de la résistance en départs de médecins dans un court laps de temps. Cet événement a à son tour eu pour conséquence le départ d'infirmières. Nous notons également le blocage de la réalisation du centre de soins tertiaires en néonatalogie et enfin, le maintien d'une barrière psychologique entre les équipes provenant des différents campus.

Deux philosophies complètement différentes, et il faut dire que quand les médecins sont arrivés de part et d'autres, ça été très difficile pour eux d'accepter le personnel de part et d'autres. Exemple, les médecins du pavillon C pouvaient [...] ignorer le personnel de B et les pédiatres du pavillon B ont ignoré complètement les infirmières du pavillon C ça a été de même très longtemps. [...] Ça a amené encore plus la coupure, la barrière entre les équipes de travail. (I)

La majeure partie de l'énergie semble être consacrée à la masse, cependant, une grande partie de cette énergie est gaspillée puisque les gestes posés sont mal adaptés aux besoins des membres et manquent de proaction. Nous supposons que la nécessité de devancer l'échéancier y est pour beaucoup. La présence de cette carence au début du processus a eu des conséquences importantes et a exigé un déploiement d'énergie énorme plus tard dans le processus.

Une conseillère est venue rencontrer jour, soir, nuit en décembre le personnel [...] ce qui est ressortit du personnel, bon le personnel était très inquiet de leur avenir, 100% incertitude face à leur poste [...], manque de consensus de l'équipe médicale [...], manque d'information sur les étapes à venir [...], manque de support pour vivre ce changement là et manque de support du chef d'unité qui était moi, dans le sens qu'ils ne me voyaient pas assez

souvent, avec raison c'est vrai, ils me voyaient pas parce que j'étais seule à tout réorganiser. (I)

Du côté du personnel infirmier [...] ils ont essayé de favoriser les rencontres mais [...] il y a encore beaucoup de séquelles. (MD)

Notons que dans le cas des micro-fusions en milieu hospitalier, le corps médical ne constitue pas la majorité. Il est cependant composé d'un grand nombre d'individus clés, pour cette raison, il importe de ne pas négliger la quantité d'énergie investie envers ce groupe. Dans le cas de la fusion des services d'obstétrique et de pédiatrie, il semble y avoir eu peu d'énergie investie afin d'éviter les départs.

Quant à la communication de reconnaissance aux membres de l'unité nous n'avons pu en déceler de façon significative. Au fond, cette absence d'actions importantes n'est qu'un des effets attribués à la présence d'un contexte de gestion de crise.

Dans le même ordre d'idées, mis à part la nomination au niveau du CHUx d'une adjointe à la clientèle et d'un chef de service, nous n'avons pas constaté la présence d'offre d'une place spécifique ou d'incitatifs assez intéressants en mesure de retenir les individus clés au centre mère-enfant du CHUx. Le développement d'un centre ultraspécialisé pourrait sembler être un élément intéressant à la rétention du personnel, cependant, la présence de coupures budgétaires, la lenteur du processus de fusion, de même que les conflits entre les différents corps médicaux ont eu pour effet d'amenuiser de façon importante cet incitatif. Enfin, nous sommes portés à nous demander si le projet a vraiment été vendu auprès des individus concernés avant de l'entamer.

Il y a un individu qui est un peu leader et qui aurait été mis un peu à l'écart dans le processus de nomination des chefs de service et ceci aurait engendré une cascade de départs, et ce sont les meilleurs qui sont partis, les derniers et les mieux formés. (MD)

Il y a une réduction d'effectif et le fait que je ne puisse pas offrir des conditions de travail raisonnables limite beaucoup la capacité à recruter des jeunes gynécologues. (MD)

Le personnel du pavillon B une des difficultés, il ne voulait pas transférer, le personnel du pavillon C avait peur de se faire envahir et de perdre sa place. (I)

On se demande tout le temps si on va être bumpé, où est-ce qu'on va finir, si on va finir de nuit ou finir ailleurs dans un autre hôpital parce que tu ne sais pas exactement ou tu te trouves dans ça. (I)

Il y a beaucoup d'inquiétudes et c'est encore l'inquiétude parce qu'il n'y a rien, les schémas de postes de quelle façon ça va être attribué, il n'y a rien de décidé encore. (I)

Impliquer et responsabiliser les groupes impliqués

Il apparaît y avoir un déséquilibre des rôles entre médecins et infirmières au niveau de la fusion, ceci est très caractéristique d'une organisation professionnelle.

On a fait une réunion avec les pédiatres et le personnel, je voulais le faire parce que compte tenu de tous les commentaires qui avaient ressorti sur le manque de consensus [...] moi je pensais que ça avait bien été mais la première parole des pédiatres fut : « nous ne ferons plus ce genre de réunion là et c'est pas les infirmières qui vont venir nous dire quoi faire ». (I)

Ainsi, l'ensemble des médecins concernés par la micro-fusion semble avoir été impliqué dans la détermination du processus de fusion alors que les infirmières semblent être plutôt insatisfaites de leur participation à la mise en commun des secteurs.

Chacun a pris un peu les responsabilités qui lui revenaient alors du côté médical on s'est d'abord entendu, on s'est rencontré tout le monde puis on s'est dit, bien voici l'encadrement dans lequel on devrait travailler. (MD)

Ils demandent l'avis des assistantes, souvent les assistantes ne sont pas sur le plancher des vaches à travailler, ils vont essayer de voir [...] je veux bien croire mais elles ne travaillent pas avec. (I)

La non-implication du syndicat tôt dans le processus de planification de la fusion est venu pénaliser les infirmières lorsqu'est venu le temps de transférer.

Il n'y avait rien dans la convention qui disait comment l'on procédait dans une telle situation, donc ils ont fait des normes à suivre pour faire les horaires. C'était devenu tellement complexe que là on a dit au syndicat, très bien, dites-nous qui vous allez transférer, prenez ça en main faites-le [...] Ils l'on fait, on a commencé mais là il fallait aboutir nous on avait commencé un horaire des gens, ce qui fait que le personnel du pavillon B ils ont appris à peine quelques jours avant leur transfert qu'ils venaient. (I)

Support et empathie

Nous avons remarqué une différence en ce qui concerne le support apporté aux infirmières selon leur unité d'appartenance. Malgré un manque de support des deux côtés, les infirmières de B ont eu recourt, dès le début au service d'un psychologue alors que l'offre d'un tel service a semblé plus problématique au niveau du campus C. Enfin, nous avons noté que l'adjointe à la clientèle manquait elle-même de support. Il lui était, par conséquent, plutôt difficile pour elle d'en offrir à son tour.

Ils ont eu des rencontres avec la psychologue du programme d'aide aux employés du pavillon B quand ils ont vu que leur unité [...] fermait. (I)

Ils ont eu des rencontres avec la psychologue, quelques rencontres pas beaucoup, ici moi je n'ai fait que des rencontres d'information avec l'information que j'avais. (I)

Je ne suis pas capable d'offrir rien aux gens de C là on a dit bien il faut que la demande vienne du personnel alors mais j'ai fait des rencontres personnelles et j'ai dit, faites des demandes là, faites-les. Il y a eu finalement la psychologue qui est venue faire des rencontres, très peu de présences aux rencontres. (I)

À un moment donné, pas mal de temps après, plusieurs mois mais je ne peux pas te dire combien de mois, on nous a dit qu'il y avait un psychologue qui pouvait nous parler mais on nous l'a dit un petit peu sur le tard, on avait déjà vécu pas mal de choses. [...] Mais déjà on avait beaucoup verbalisé entre nous autres et on avait beaucoup décompressé [...] rendu où on était rendu, on s'est dit bien on a commencé, on peut peut-être continuer, on n'a pas besoin du psychologue. [...] Alors ça aurait peut-être pu être fait un petit peu plus tôt qu'on soit avisé qu'il y avait un psychologue. (I)

Le psychologue d'ailleurs me l'a bien expliqué là quand on s'est rencontré, donc il est clair que le personnel avait besoin de support. [...] Au début à B ils ont eu le temps quand même de fermer la boucle avec leur service, ils ont eu le temps. Ici moi j'étais tellement occupé que je n'ai pas eu le temps. [...] Donc, il n'y a jamais eu vraiment de fermeture de boucle donc les deuils on voyait qu'ils n'étaient pas faits, je trouvais qu'ils avaient besoin d'un support, j'en ai parlé [...] j'étais comme un peu seule parce que l'autre chef d'unité partait en retraite [...] je n'avais pas de conseillère [...], j'ai rencontré le conseiller de la direction des ressources humaines qui m'a fait un plan, qu'on a discuté, qui trouvait que j'avais entièrement raison [...] Ça a été présenté au niveau des directeurs mais ça a tombé dans l'oubli, je sais pas là moi je suis revenue avec ça oui mais c'est peut-être pas le bon temps quand il va y avoir la vraie fusion là, les gens vont en avoir encore plus de besoin. (I)

On n'a pas senti beaucoup d'appui de sa part, c'était comme s'il fallait-nous autres être ouvert parce qu'eux autres vivaient quelque chose de difficile [...] on avait des pertes nous autres aussi et elles n'étaient pas considérées à leur juste valeur (I).

Je trouverais ça plus facile si j'avais l'impression que mon boss était plus derrière moi [...] moi j'aurais besoin d'appui mais je ne le trouve pas, on le trouve entre nous autres quand on se jase quand des fois on s'adonne une soirée où il y a juste des filles de C. (I)

Enfin, voici quelques suggestions formulées par des infirmières interrogées en ce qui concerne le support :

Avoir un intervenant externe pour donner du support aux employés [...] le support d'expliquer le changement, le support de dire c'est normal ce que vous vivez puis de refléter les choses aux gens avant de les faire cheminer. (I)

Faire des rencontres autant pour les médecins que pour le personnel sur le processus de changement, je pense que les médecins en ont autant besoin et ça ça n'aura pas été fait et je pense que ça devrait être fait. (I)

Qu'ils offrent du support à plein, psychothérapeute, psychologue, ça il n'en a jamais assez. Puis il faut qu'ils restent disponibles plus que pour un mois, deux mois, trois mois, ça peut être à plus long terme, il n'y a pas de temps déterminé je pense. (I)

Le manque de support va également de pair avec la génération d'une grande quantité de stress pour les gens qui vivent la transformation.

Il y a eu de la frustration, il y a eu de l'insatisfaction. (I)

Je suis allée voir [...] dans son bureau [...] je pleurais de rage, je ne pleurais pas de découragement là, de rage tellement j'étais en criss de ramasser la pouponnière comme je l'ai ramassée. (I)

6.3.4 Défi du rythme

Tempo consistant et modérément rapide

Tous les répondants s'entendent pour dire que le processus de fusion est trop long. Rappelons ici l'avènement d'un déménagement très rapide en raison d'un manque d'effectif médical suivi d'une longue période d'attente concernant la suite des actions en lien avec le déménagement. La lenteur du processus, dans ce cas-ci a contribué à une grande perte d'énergie collective au sein des différents groupes.

Compte tenu que ça a pris tellement de temps tout ça sans rouler a fait que moi ici, elles sont devenues bien, bien fatiguées, bien tannées. (I)

Délai trop long entre l'annonce de la fusion, septembre 97 et la fusion n'est toujours pas faite. (I)

C'est triste qu'après un an [...] on n'aille rien qui aie avancé, je trouve en tout cas le délai très long, le délai c'est très long c'est usant. (I)

Faire ça plus court, des délais plus courts parce qu'un an c'est long quand on ne sait pas où on s'en va, on ne sait pas où on va travailler, sur quel chiffre on va travailler, dans quelle sorte d'unité qu'on va travailler. (I)

Un processus plus rapide de fusion ne signifie certes pas qu'il faille en escamoter la planification. Selon la littérature, il importe de bien planifier si l'on veut procéder rapidement par la suite. Dans le cas de la fusion de l'obstétrique, c'est le contraire qui s'est produit, soit une courte planification qui a eu pour résultat une implantation très longue.

Après une année et demie, presque deux ans, il n'y a rien de fait pour le centre mère-enfant, on accouche dans les mêmes conditions [...] on les fait à l'intérieur des ressources physiques qu'il y avait ici, on les voit dans les mêmes cliniques externes, on a les mêmes lits, il n'y a rien de fait. (MD)

La décision de devancer de façon considérable les échéanciers de transfert suite au départ en bloc des médecins a occasionné des difficultés importantes dans la réalisation de la micro-fusion. Non seulement une planification solide ne pouvait être réalisée en si peu de temps, mais encore, les structures globales du CHUx n'étaient pas encore fusionnées. Ainsi, les secteurs mère-enfant devaient fusionner mais toutes les négociations nécessaires à la micro-fusion ne pouvaient être réalisées au niveau de la haute direction. Cette précipitation des événements s'est donc traduite par une inversion de l'ordre des actions de planification et d'implantation.

Ce que nous recommandions c'est qu'on ne pouvait faire ce transfert là avant au moins un an et demi à deux ans, soit à l'automne 99 parce que ça prenait quand même une préparation. [...] Vers la mi-mai j'ai eu un appel pour me dire qu'il y avait un problème d'effectif médical et de là est venue la décision que nous devons transférer le plus rapidement possible les activités [...] ça nous donnais à peu près six semaines de préparation pour transférer l'obstétrique. (I)

Actuellement la fusion n'est toujours pas faite [...] On pensait qu'elle était pour se faire là, très rapidement là un coup que... et on m'a dit, on ne peut pas fusionner là parce qu'on a même pas commencé à négocier dans le CHUx, comment la fusion était pour se faire au mois de mars là, 98. C'est à mon sens inacceptable, j'ai dit là ça fait presque un an que vous savez que l'obstétrique est rendue ici, tout le monde est rendu au bout du rouleau, tout le monde veut savoir où est-ce qu'on s'en va, je ne peux pas avancer parce qu'il n'y a aucune négociation globale qui a été commencée dans le CHUx et ça fait depuis le mois de [...] juillet. (I)

6.3.5 Défi technique

Pouvoir les assises nécessaires à la fusion

Ce facteur consiste à détenir les outils nécessaires afin de rendre possible le changement et de construire l'organisation pour qu'elle puisse prendre en

charge la fusion. Nous avons constaté que de nombreux éléments fondamentaux n'ont pas été mis sur pied avant la réalisation de la fusion, parmi ceux-ci nous avons relevé : La mise sur pied de la structure de direction du CHUx ;

À travers ça dites-vous qu'il y avait tout l'organigramme qui était en train de se faire là, la directrice générale a été nommée en août, les directeurs après ça qui ont été nommés [...] alors j'ai commencé à négocier des affaires avec les trois. Vous savez quand ça a commencé les DRH n'étaient pas nommés alors on fonctionnait avec les trois DRH, trois visions différentes. (I)

la définition de l'ensemble de la mission du secteur unifié ;

Aucune décision de prise quant à l'avenir de la mission de l'unité néonatale. (I)

On ne peut pas changer tout partout et comme on a toujours pas de décision, ils n'osent pas trop et puis bon. (I)

la négociation avec les syndicats ;

L'application de la convention collective quand on a transféré était que je devais gérer les gens de B avec les ententes de la convention collective qui existait à B et je devais gérer les gens de C avec la convention collective de C, qui n'est pas pareille [...]. Pour ce qui est de la FIIQ, c'est le même syndicat mais avec deux accréditations différentes, donc les ententes locales différent. [...] Je me trouvais avec six listes de disponibilités à gérer différentes, ici six listes, quatre listes à la salle d'accouchement [...] ingérable, je vous le dis pour moi ça été, je ne peux pas dire ingérable puisque j'ai fini par le gérer mais très, très difficile d'application et je vous dis que les syndicats avaient l'œil et nous surveillaient. (I)

On était en négociation avec les syndicats à savoir comment ils étaient pour faire donc elles n'avaient pas de réponse à rien, elles vivaient dans l'incertitude. (I)

l'assurance de disposer de l'espace physique nécessaire ;

Il n'y a pas suffisamment de priorités opératoires ici, il faudrait qu'il y en ait qui sortent pour que je puisse intégrer des gynécologues. (MD)

Que l'on complète le transfert, que l'on dégage les espaces supplémentaires à la clinique externe, qu'on nous dégage l'équivalent de trois priorités opératoires et les lits qui en découlent, puis là on peut commencer nous à travailler dans un contexte d'obstétrique-gynécologie unifié. (MD)

Je n'ai pas de lits et je n'ai pas de priorités opératoires, alors qu'un transfert planifié d'activités aurait dû prendre en considération l'entité du département d'obstétrique et de gynécologie, c'est deux mots mais c'est un département. (MD)

Ça fait deux ans qu'on travaille dans des conditions minables, le centre mère-enfant il n'y a toujours rien qui se construit [...] on ne nous a pas donné plus de locaux [...] les patientes sont partout, on se pile sur les pieds. (MD)

l'intégration des outils de travail ;

Faire des rencontres avant et voir comment fonctionnent les deux départements avant [...] prendre le meilleur des deux et faire une autre façon de faire là. (I)

Après le transfert, on a rencontré le personnel [...] pour mettre en commun ensemble qu'est-ce qui se faisait à C, qu'est-ce qui se faisait à B et qu'est-ce qui se fait ailleurs et qu'est-ce qui écrivent dans la littérature. Donc on a fait ça, Ça a été très sain, ils ont beaucoup aimé. (I)

Ils continuent à utiliser les pratiques même si on a fait ça là, ils vont faire ce qu'on leur a demandé dans la base seulement. (I)

combler les besoins en formation ;

Moi j'avais demandé qu'il y ait de l'orientation pour nos infirmières, c'était prévu, à peu près deux jours parce qu'on m'avait dit «bien voyons donc, c'est tous des gens qui ont les habiletés et qui sont habitués [...] faut surtout pas dire aux infirmières de B qu'on les oriente, elles ne le prendront pas. [...] Moi je savais ce que ça impliquait [...] que ça n'aurait pas de bon sens qu'on ne donne pas plus que deux jours dans cette journée d'accueil là. (I)

On a fait des journées d'accueil pour les gens de B pour leur expliquer comment on fonctionnait. [...] c'était une journée d'accueil pour les écouter, leur expliquer mais on ne pouvait pas aller plus loin parce qu'elles étaient dans un état de panique tellement grand et de frustration tellement élevée là, la tension était tellement grande qu'elles n'étaient pas à l'écoute de commencer à dire «bien là on va vous montrer la paperasse ». (I)

Les filles ont dit là on n'a pas été orienté, on a été garochées. (I)

Ça été apprécié qu'il y ait eu l'orientation au début là que même si l'orientation n'a pas été tout à fait aussi longue [...] ça a été un petit peu escamoté l'orientation mais on avait une base, le système « D », débrouilles-toi, il fallait l'appliquer. (I)

la disposition de ressources humaines nécessaires,

Support insuffisant pour l'adjointe à la clientèle, je n'ai pas de chef d'unité mais j'étais supposé avoir une technicienne, une secrétaire, une conseillère, je n'ai ni l'une ni l'autre pour l'instant parce qu'on est tous en réorganisation. (I)

Mais là le discours que j'ai tenu, on ne peut pas tout changer, ça va venir quand j'aurai une conseillère mais pour l'instant vous devez faire selon la politique d'ici. (I)

Et enfin, la disposition de ressources discrétionnaires. En effet, l'attente de ressources financières provenant du gouvernement semble avoir retardé la construction du centre mère-enfant et par le fait même, contribué à l'essoufflement des troupes.

Au tout début du processus de la fusion, les mesures nécessaires ont été prises afin d'élaborer un plan d'action bien pensé et logique. Cependant, le cours des événements est venu contraindre l'élaboration de ce plan d'action et nous constatons aujourd'hui l'ampleur des conséquences.

Quand le protocole a été signé, il y a un comité de travail qui a été formé [...] on avait le mandat de faire c'était quoi le projet mère-enfant dans le CHUx [...] on a évalué l'impact en ressources humaine, on a évalué l'impact des coûts et ce que ça prendrait comme réaménagement des lieux physiques. (I)

La fusion de l'obstétrique ne s'est pas fait dans une grande sagesse de planification du CHUx, ça a été une nécessité médicale qui a conditionné ça, ça a été une gestion de crise. (MD)

Ça c'est fait en catastrophe là, obligé de déménager à un mois d'avis. (I)

On ne devrait jamais transférer en catastrophe comme on l'a faite. Il y a eu un manque, il y a une grande planification à prévoir parce que tout ce qu'on aurait pu planifier, bon exemple, préparer le personnel, tout réviser avant les techniques, les procédures, les ordonnances, le management, les dossiers, préparer tout ça avant, ayant un consensus médico-nursing des deux côtés, négocier avec les syndicats avant. (I)

Ça c'est fait dans des conditions misérables, improvisées, sans aucune planification pour le département qui n'a pas mis en cause la qualité des soins mais qui a créé un climat de travail absolument effrayant. (MD)

[...] donc oui ils vont transférer, oui ils s'en viennent, comment ça va se faire, on ne le sait pas. (I)

Les filles sont arrivées toutes en même temps et tous les orienter en même temps ça n'a pas de bon sens parce que tu ne peux pas... (I)

Tout le monde a été shippé ici pêle-mêle. (I)

On a réalisé qu'au moment de cette journée là elles étaient trop en panique et leur seule préoccupation c'était de savoir est-ce qu'on transfert ou on ne transfert pas ? (I)

Prévoir une période de habitation

Nous constatons une prise de conscience en ce qui concerne la diminution de la capacité de travail des individus lors d'une période de transfert. On tente ainsi de ne pas faire correspondre cette période avec une augmentation de l'achalandage du service. Malgré tout, nous notons cependant que la fusion a occasionné de nombreux départs et qu'il sera difficile de répondre à la demande prévue.

On ne peut pas partir ce processus là, en pleine période d'été, actuellement, moi je vais probablement avoir des problèmes assez importants parce que je vais manquer de personnel. (I)

J'ai besoins de tous les gens en périnat parce qu'il y en a qui sont partis avec tous les retraités et tout ça là, j'ai besoin de tout ce monde là mais ou est-ce qu'ils vont se retrouver ? (I)

Évaluations régulières et ajustements

Dans le cas de la fusion du secteur mère-enfant, les éléments nouveaux ont nécessairement été pris en considération, puisque étant donné la tournure des événements, il s'est avéré une gestion en temps réel de la réalisation de la fusion. À notre connaissance, la partie évaluation s'en est tenue à un diagnostic effectué auprès des infirmières concernant les difficultés vécues en lien avec la fusion.

6.3.6 Évaluation globale

L'analyse des mécanismes de gestion de l'intégration du secteur mère-enfant, nous a permis de relever certaines observations globales quant à la réalisation des défis théoriques. Nous notons ainsi un manque de communication à plusieurs niveaux, une déficience au niveau de la détermination des canaux de communication, un climat relativement négatif, des difficultés au niveau de la gestion des conflits et enfin, une fusion qui ne semble pas aller de soi pour les membres.

Au niveau du défi de direction, nous avons constaté des difficultés importantes au niveau de la coordination des activités de fusion dans le CHUx, un non-respect du plan d'action fixé, l'absence d'un leader formel ou informel, des lignes d'autorités qui ne sont pas clairement définies, des visions différentes quant à l'avenir de l'unité et enfin, un accent sur les aspects micro de la fusion.

Sur le plan humain, nous pouvons affirmer qu'une grande partie de la résistance s'est transformée en départ de médecins, nous avons également noté une faible place laissée à l'implication des infirmières et certainement, un manque de support tôt dans le processus de fusion.

Le défi du rythme s'est révélé être l'un des aspects les plus manqué au niveau de cette mise en commun, cette dernière fut excessivement lente, ce qui a eu une répercussion importante sur le moral des troupes.

Enfin, sur le plan technique nous avons constaté que nombre d'éléments de base n'ont pas été mis sur pied avant le début du transfert de personnel, un tel fonctionnement a posé nombre d'obstacle à la réalisation de la fusion plus tard dans le processus. Le tableau 6.1 constitue une synthèse des évaluations globale de chacun des défis.

Tableau 6.1 Évaluation des mécanismes de gestion de la fusion mère-enfant

MÉCANISMES DE GESTION	ÉVALUATION
	Mère-enfant
Défi de communication	Très faible
Défi de direction	Faible
Défi humain	Faible
Défi du rythme	Très faible
Défi technique	Très faible

6.4 Analyse des résultats de la fusion de gériatrie

La personne âgée dans la société maintenant prend une grande place de par le vieillissement de la population alors il y a des pressions sociales à ce qu'on s'en occupe. Alors la gériatrie d'aujourd'hui c'est une jeune spécialité mais elle prend une importance considérable là dans la société en général. (1)

Avant de débiter cette partie, nous tenons à mentionner que nous avons pu observer des réponses souvent très différentes selon qu'elles proviennent d'individus de pavillons A, B ou C. Pour cette raison ainsi que pour faciliter

l'interprétation des résultats, nous ferons suivre la lettre du pavillon de l'abréviation du groupe d'individus représenté par les propos lorsque l'information sera divergente.

6.4.1 Défi de communication

Communication claire, consistante et régulière

La communication au niveau de la fusion de gériatrie semble abondante entre les gens occupant des postes de décision au sein de l'unité de même qu'entre ces individus et ceux ne faisant pas partie de cette unité mais dont l'autorité a une influence directe sur la fusion.

Les soins infirmiers puis l'équipe médicale, on était quand même très au courant du dossier puis ça a toujours été par conversation, on s'est toujours tenu au courant les deux. [...] ça fait quelques années qu'on en parle de ça. (I - C)

Par contre, en ce qui concerne les individus subordonnés et principalement ceux du campus B, les besoins ne semblent pas tout à fait comblés.

Ça a pris un bon moment avant que, officiellement il y ait eu une rencontre [...] j'ai trouvé que c'était un manque [...] ça, ça aurait facilité le fait aussi de pouvoir s'exprimer. (P - B)

De même, les canaux de communication reliant les personnes en position d'autorité ayant un rôle déterminant dans la réalisation de la fusion semblent très bien définis par opposition à ceux les reliant aux subordonnés.

« Je pense qu'il est indispensable que nous ayons des mécanismes de communication rapide et que nous ayons des dossiers prêts pour le futur. Je vous demanderais donc de bien vouloir participer à une réunion interdisciplinaire [...] où nous pourrions définir le rôle de certains professionnels comme responsable de communication lorsque les dossiers sont à rendre immédiatement. » (Lettre du chef de service de gériatrie)

L'écrit est un mode de communication hautement préconisé dans cette fusion. Cette forme de communication a été utilisée dès la nomination du chef de service et

demeurera préconisé tout au long de la fusion puisqu'il satisfait bien aux exigences de transmission des résultats.

Moi ma façon de faire c'est d'écrire des lettres avec des copies partout [...] parce que comme ça au moins les gens sont au courant. (MD)

Il n'y aura pas d'autres dossiers avec autant de correspondance, je ne le pense pas mais c'est qu'on avait un chef de service médical qui avait le verbe facile en écriture. (I)

En ce qui concerne le climat, notons qu'il semble plus difficile au niveau de l'unité B et ce, principalement à cause du départ de l'équipe médicale.

Ça a été difficile, parce qu'on a perdu tous les médecins avec qui on avait établi des liens de confiance. Alors, au début, on trouvait ça difficile, puis, le climat général de l'hôpital, c'est comme s'il n'y avait plus de spirit. On attend toujours le prochain coup qu'on va recevoir. C'est quoi la prochaine spécialité qu'on va perdre ? Puis, c'est quoi encore... où est-ce qu'on va encore s'affaiblir ? (I - B)

L'ensemble des membres des unités gériatriques a cependant dû vivre avec les conséquences d'un échéancier très serré. Ceci laisse peu de temps pour développer un climat propice à l'acceptation du changement ainsi qu'à la création de liens entre les différents groupes.

L'une des infirmières interviewée a cependant formulé quelques recommandations portant sur sa perception de ce qui pourrait être amélioré sur le plan de la communication.

Être bien clair sur les objectifs à atteindre, être extrêmement honnête, rigoureux puis impartial dans les décisions à prendre en partant. Moi je pense que présentement, avec le CHUx, les règles du jeu n'étaient pas claires. (I - B)

Compréhension de la justification de la fusion

Encore ici, nous observons que les apports amenés par la fusion sont beaucoup plus ressentis par les membres de l'unité C. Les bénéfices de la fusion

semblent avoir été particulièrement bien vendus auprès des différents groupes impliqués puisque ces derniers y perçoivent un avantage réel.

C'était vu par tout le monde, même par les médecins, ils ont vu ça comme étant une solution pour avoir des plus gros budgets, puis encore aller plus vite après avoir des plus grandes choses. (I)

Il s'agit de faire accepter ce transfert à l'équipe, de leur faire comprendre qu'après ça ça va être plus facile de développer la gériatrie. (I -C)

Les filles sont très intéressées par cette fusion là parce qu'en s'investissant dans une seule spécialité, en ayant une seule spécialité on sait d'emblée qu'on va pouvoir aller beaucoup plus loin au niveau de notre pratique, se spécialiser plus et se développer davantage. (I - C)

[...] d'autant plus que c'est stimulant parce que le département est en train de se rénover alors on va arriver dans des locaux mieux aménagés parce que c'était très, très désuet, des locaux propres, neufs, des nouvelles installations pour eux autres c'est encourageant. (I)

Les membres de l'unité B par contre semblent, au contraire, ne pas percevoir les bénéfices de la fusion.

Particulièrement les gens de B nous autres, on trouve que ça ne nous a absolument rien apporté, au contraire, on a été appauvrit. (I)

Cependant, nous avons constaté qu'un doute général règne en ce qui concerne la justification réelle de la fusion du CHUx.

Je ne suis pas sûre que ça ne soit pas uniquement un exercice financier de déficit. (MD)

6.4.2 Défi de direction

Convergence des actions

La majeure partie de la coordination au niveau de cette micro-fusion consiste à la mise en commun des outils de travail. Pour ce faire, les services d'une spécialiste dans le domaine ont été retenus.

On a une conseillère commune pour la clientèle gériatrique alors là on va travailler les mêmes points et on va s'ajuster [...] ça fait un an et demi que l'on travaille ensemble. [...] On utilise beaucoup notre conseillère, c'est une infirmière qui est spécialisée vraiment avec cette clientèle là, alors elle est en contact avec tout l'extérieur puis sait tout ce qui se passe alors c'est elle qui nous remet, qui nous renseigne beaucoup, qui nous donne une revue de presse sur tout ce qui se passe dans la gériatrie. (I)

De plus, médecins et infirmières ont des rencontres communes afin de discuter de la nouvelle forme de fonctionnement unifiée.

La pratique médicale et les soins infirmiers, on a des rencontres interdisciplinaires pis on essaie de faire des consensus sur nos façons de fonctionner et d'uniformiser nos outils, on n'a même pas les mêmes feuilles pour dire les mêmes affaires. (I)

Quant au plan d'action, nous considérons qu'il n'a pas été respecté puisque les démissions massives des médecins, au tout début du processus de négociation, ont eu pour conséquence d'apporter des modifications majeures au plan d'action élaboré jusqu'alors. Par la suite, le déroulement du processus de fusion s'est vu accélérer de façon telle que la planification et l'implantation aient lieu presque en même temps.

Gestion de l'autorité et du pouvoir

Afin de réaliser leurs objectifs, les individus à la tête du projet de fusion ont dû utiliser l'influence qu'ils avaient en leur pouvoir.

La gériatrie je pense que c'est un dossier qui a été poussé par les soins infirmiers, beaucoup par l'équipe médicale puis, je pense qu'ils [...] sont arrivés à un moment opportun puis le dossier a passé comme ça. (I)

L'aspect politique joue pour beaucoup dans l'avancement de ce dossier, cet aspect se fait particulièrement ressentir au niveau du corps médical.

C'est très médical les fusions de services, c'est très, très médical, c'est très politique. C'est tout un jeu de pouvoir. (I)

C'est du lobbying, les docteurs s'en parlent entre eux autres puis essaient d'influencer les autres et avoir des gens de leur bord et ils arrivent auprès des membres du conseil d'administration, c'est de même que ça se passe. (I)

C'est un projet qui est très fortement politisé, trop politique, pas suffisamment centré sur l'objectif à atteindre. (I)

Les lignes suivantes décrivent un peu la façon dont la chef de service a recours aux pressions politiques dans le but de faire avancer le dossier au sein de l'ensemble de la structure hospitalière.

On a rallié, continué à aller voir tout le monde, leur expliquer les tenants, les aboutissants, qu'est-ce qu'on pouvait faire, qu'est-ce qu'on ne pouvait pas faire, comment est-ce qu'on pouvait travailler, etc. et leur dire que si on restait dispersé c'était tout à fait impossible qu'on ne pourrait pas assurer les services donc on avait pas le choix. (MD)

J'ai rencontré une bonne partie des gens du conseil d'administration un par un pour leur expliquer les choses. (MD)

Les répondants sont unanimes quant à la désignation du leader pour l'ensemble de la fusion en gériatrie.

C'est [...] (la chef de service) qui a porté le dossier, je pense que tout le monde y a cru beaucoup là mais elle c'est une femme d'une intensité incroyable, elle est intense dans tous [...] c'est une femme de proaction. (I)

De plus, au niveau du fonctionnement interne de la fusion de l'unité de gériatrie, les lignes d'autorité semblent très claires, par contre, en ce qui concerne les relations avec les entités externes à l'unité mais nécessaires à la réalisation de la fusion, elles semblent, règle générale, mal définies. Nous faisons plus particulièrement référence ici aux relations avec les syndicats, la régie des locaux, la répartition des lits, etc.

Leadership

La chef de service de gériatrie, qui est en fait la personne responsable de la fusion, est perçue comme possédant un fort leadership. Cette dernière a pris la réalisation de la fusion en main et compte la mener à bien indépendamment des obstacles rencontrés. Voici un bref aperçu de sa vision face à la responsabilité de son mandat :

Il faut se dire, on fonce, on fonce, on fonce et on ne lâche pas, des fois j'ai l'impression d'être devenue un de ces chiens, un pitbull [...] j'ai l'impression que c'est le seul moyen de faire avancer les dossiers. (MD)

La chef de service de gériatrie semble posséder une bonne crédibilité auprès des membres de la direction. De par les actions qu'elle a mené à bien depuis le début de la fusion, nous pouvons en déduire qu'elle a une capacité d'influence solide auprès des membres de l'unité.

[...] c'est une femme très organisée, elle a beaucoup [...] de powership [...] quelqu'un qui pouvait [...] elle avait beaucoup plus de guts [...] il reste qu'il y a des forces là-dedans, c'est qu'au niveau de l'organisation et de la réorganisation ça semble s'actualiser de façon impressionnante. (P)

[...] qui est sûrement plus une femme de pouvoir que moi quand même, qui a un petit peu ce tempérament là... (MD)

Enfin, nous avons pu constater que les supérieurs du chef d'unité ainsi que du chef de service avaient non seulement confiance en eux, mais qu'ils appuyaient fortement leurs actions.

Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements

Un type particulier de décision qui devait être pris rapidement est la nomination des personnes en charge de la fusion. Ces décisions n'ayant pas été prises dès le tout début du processus, il en a résulté la conséquence que voici :

Et là en trois semaines, ce gars là qui se pensait le chef, qui racontait partout qu'il était le chef pis que tout le monde le voulait, il a perdu sa job, il y a eu la

révolution. Alors là le comité de nomination il n'a pas eu la job mais finalement il ne l'a su juste trois, quatre semaines avant, ça ce n'était pas [...]ça a été épouvantable par exemple, ça c'est une des choses les plus laides que j'ai vu de ma vie. (MD)

D'importantes décisions prises durant le processus de planification ont eu des répercussions importantes sur le déroulement de celle-ci, des conséquences non planifiées qui ont dû être assumées par l'ensemble des membres des unités de gériatrie. Parmi celle-ci notons la nomination du chef de service, cette décision a eu pour conséquence d'amener des démissions massives au niveau du service ce qui a précipité le processus de fusion et nécessité une réorganisation complète des unités. Les médecins des unités A et C ont assumé une grande part de ces conséquences, en décidant de fermer l'unité d'hospitalisation A (comme il l'était prévu dans le protocole d'entente) pour mieux se répartir les unités B et C, ces médecins auraient pu tout simplement fermer l'unité B.

Notons que la nomination d'un autre chef que celui nommé aurait également pu amener les mêmes conséquences, nous croyons que la problématique réside davantage au niveau de la gestion des conflits entre médecins.

Orientation claire pour tous

La nouvelle mission résultant de l'unification des unités de gériatrie de même que les valeurs recherchées semblent être bien comprises par la majorité des membres. Cette constatation ne semble cependant pas faire l'unanimité auprès des infirmières de l'unité B.

Parce qu'ici, en gériatrie, l'équipe, on est tous sensibilisés à ce qu'est le CHUx, puis à ce que ça veut dire. (P)

Il y a eu des rencontres mensuelles pour nous informer, des réunions administratives qui nous informent des visions de l'hôpital puis des changements qui vont s'annoncer. (P)

On ne comprend pas où est-ce qu'on s'en va. (I – B)

Le moyen utilisé afin de faire part de la nouvelle orientation semble, par contre, ne pas répondre aux besoins des membres de l'organisation B.

Tout est dans l'attitude, [...] il y a des façons de faire passer une nouvelle façon ou une nouvelle philosophie d'intervention ou une nouvelle culture, et tout ça. C'est sûr que le fait de voir arriver C avec ses grands sabots [...] reste que ça fait très colonisateur. (P - B)

Vision globale

Bien qu'il existe actuellement certains problèmes générés par les différents transferts, la chef de service semble très consciente de la présence de ces derniers et propose des solutions afin d'y remédier. Une telle constatation de sa part démontre une vision non seulement orientée sur les aspects internes de l'unité mais également sur son fonctionnement et répercussions en découlant à l'externe.

En attendant, un des gros problèmes pour nos personnes âgées c'est de nous retrouver parce qu'alors là on est partout et il n'y a personne qui sait où est-ce qu'on est. Alors, on a suggéré, la semaine dernière ou il y a deux semaines, d'avoir une ligne unique qu'ils appelleraient comme par exemple 281-geri, comme 281-allo ou je ne sais pas quoi là et ou il y aurait quelqu'un, une réceptionniste qui serait bien au courant de toutes nos habitudes et qui pourrait récupérer tous les appels et là les renvoyer aux personnes qui sont compétentes parce que là pour l'instant c'est le « free for all » et ça devient dangereux parce qu'on a tous des tâches importantes au niveau académique [...] sans compter les patients qui ne savent plus à qui s'adresser. (MD)

Enfin, en ce qui concerne le maintien des standards de qualité, il est pour l'instant difficile à évaluer. Ceci s'explique par le fait que chacun des groupes mis en commun a la perception qu'il perd de la qualité en se joignant à l'autre groupe car chacun a l'impression qu'il est meilleur que l'autre. Nous ne savons donc pas s'il s'agit réellement d'une diminution de la qualité des soins et donc d'inattention à l'environnement macro ou encore des effets du choc culturel.

6.4.3 Défi humain

Gestion de la résistance et rétention du personnel clé

Dans le cas de cette fusion, nous avons observé que la majeure partie de la résistance, en ce qui concerne le corps médical du moins, s'est rapidement traduite en départs. Comme les départs d'individus au sein d'une organisation sont considérés comme étant des actions quasi-irréversibles, il est possible de les utiliser au niveau du diagnostique mais une bonne part des dommages ont vite été réalisés.

Nous n'avions pas pensé que les omnipraticiens partiraient tous et partiraient tous en deux mois. (MD)

Je les ai suppliés d'attendre six mois et de voir comment on allait travailler ensemble, ils ont prit pour acquis qu'ils ne pourraient pas travailler avec nous. (MD)

Toutes les infirmières de C sont restées, il n'y a pas eu de congé de maladie. (I - C)

C'est l'ensemble des médecins du service de gériatrie de l'hôpital B qui sont partis, un tel événement témoigne de conflits importants au niveau des philosophies médicales entre les groupes. Les gestes posés pour tenter d'éviter leur départ semblent d'une faible portée. Lorsque nous leur avons demandé quels gestes avaient été posés pour essayer de retenir les médecins qui voulaient quitter, voici ce que l'on nous a répondu :

On leur a demandé de rester. (MD)

Les incitatifs à rester leur semblaient, de plus, quasi-inexistant.

Au campus B ça commençait à tirer parce que les omnipraticiens qui étaient là voyaient d'un très mauvais œil l'arrivée de ces gériatres (de C) n'est-ce pas qui les écraseraient sous leur poids. [...] Alors les médecins de famille qui étaient dans le groupe, se sentaient quadruplement menacés, ils se sentaient menacés totalement, alors ils ont commencé à donner leur démission. Alors le plus fin là, celui qu'on aimait tous beaucoup là qui était pareil que nous autres dans le fonds, il est parti [...] les autres qui étaient des gens qui travaillent comme à trois quarts de temps [...] ont donné leur démission... (MD)

J'ai l'impression que les gens (les omnipraticiens) sont partis parce qu'ils ne voyaient plus le potentiel de se développer, de garder leur place au sein de l'équipe. Ça a dû insécuriser certains. Mais, ça, il n'y a personne qui pouvait leur donner de garantie. (P)

Enfin, bien que les éléments de conflits entre les médecins du service C et les professionnels et infirmières de B portent sur des aspects différents, il n'en demeure pas moins que leurs incitatifs à rester semblent également plutôt minces.

Quand on devient CHUx ça veut dire qu'il y a de plus en plus de monde qui peut postuler sur des postes, donc ça veut dire aussi que les chances sont moins grandes, même si ça fait dix ans. (P - B)

Il y a eu beaucoup de départs, il y a beaucoup de gens qui s'en vont, il y a beaucoup de gens qui partent pour un an, pour essayer d'autres choses ailleurs, une autre expérience. (P - B)

Impliquer et responsabiliser les groupes impliqués

La fusion semble avoir été planifiée et réalisée essentiellement par le corps médical gériatrique. En fait, ce sont les chefs de services des trois campus qui ont réalisé la planification de la fusion, cependant, l'ensemble des médecins était invité aux réunions.

Alors quand ça c'est annoncé cette affaire de fusion là, là on a eu des réunions ensemble puis là il fallait fusionner, il a fallu remplir un document en premier. Il fallait remplir un document pour savoir comment on voyait ça la fusion. (MD)

Dans ce cas-ci il semble y avoir un déséquilibre des rôles en ce que les médecins sont impliqués au niveau de la fusion alors que du côté des infirmières ce ne sont que celles en position d'autorité qui sont impliquées. Notons toutefois que les suggestions des infirmières de C étaient encouragées en ce qui concerne la détermination des nouveaux outils de travail.

Je sentais que moi on ne m'utilisait pas pour les connaissances que j'avais. (I - B)

Là on a un tableau de bord si tu veux et on écrit tout ce qu'on aime le plus, les avantages que l'on voit ici, qu'est-ce qu'on ne veut vraiment pas pis pourquoi. (I)

En ce qui concerne les professionnels, ils n'étaient pas impliqués au début du processus de fusion, par contre, suite à des pressions auprès du responsable de la fusion de l'unité des ajustements sont réalisés, d'où la naissance de rencontres interdisciplinaires.

Il y a eu beaucoup de rencontres, on a essayer de faire beaucoup de rencontres interdisciplinaires, de professionnels de même groupe puis aussi interprofessionnel. On a même un comité qu'on appelle le comité multidisciplinaire qu'on a créé où il y a un représentant de chaque groupe de professionnel et l'on essaie de discuter des problématiques pour essayer d'uniformiser un peu les pratiques. (MD)

Dans la micro-fusion des unités de gériatrie, les syndicats n'ont pas été impliqués dans le processus. Ceci a occasionné une grande réticence de même qu'une résistance au changement de sa part. Voici ce que les répondants ont dit du rôle du syndicat dans la fusion :

De freiner tout ça et d'essayer de mettre le plus de bugs possible [...] ça n'a jamais été des alliés. (I)

Les syndicats ont tout fait pour boycotter le déroulement de la prise de décision d'une façon harmonieuse et pour que ce soit rentable, efficace, et puis tout ça. (I)

Ce n'est pas un syndicat qui essaie de protéger les avantages, ça protège les avantages immédiats sans regarder dans l'avenir et dans ce sens là pour moi c'est tout à fait négatif, Je trouve ça tout à fait déprimant de voir des syndicats comme ça ne pas regarder l'avenir. (MD)

Les initiatives et la participation volontaire sont peu encouragées et ce pour deux principales raisons. Notons qu'à prime abord le responsable de la fusion a une gestion qui est considérée comme étant centralisatrice du point de vue des membres de l'unité, peu de place est ainsi accordée à ces derniers au niveau de la gestion de

la fusion. Deuxièmement, nous pouvons dire qu'en vertu des événements survenus il a fallu accélérer considérablement le processus de planification, ce qui inclus notamment une centralisation des informations et des actions.

[...](la chef de service) était extraordinairement impliquée dans le travail infirmier [...] elle avait vraiment l'impression qu'elle faisait vraiment le travail d'infirmière-chef [...] il fallait qu'elle s'occupe de tout. (MD)

Support et empathie

Le support moral apporté aux infirmières de C lors de leur transfert d'hôpital semble être suffisant, sauf peut-être en ce qui concerne celui apporté à l'équipe de soir et ce, en dépit du changement de rôle du chef d'unité.

Il y avait des gens pour les orienter, pour leur expliquer, pour les aider, en fait, ce n'était pas toujours positif mais au moins ça a donné une sensation qu'il y avait du support, il y avait beaucoup, beaucoup de support d'organisé pour les équipes. (MD - C)

Mais ça c'est bien déroulé, en fait, il y a eu un petit peu de difficultés avec l'équipe de soirée qui se sentaient peut-être moins encadrée, moi je suis là surtout de jour autant que possible mais l'équipe de soirée ont trouvé ça plus difficile. (I - C)

Je suis cent fois moins présente, maintenant qu'on est [...] on a des rencontres à l'extérieur du pavillon, on travaille sur des dossiers très administratifs tout ça. L'infirmière-chef n'a vraiment plus le même rôle, elle n'est pas sur l'étage avec les patients et avec son équipe, elle est beaucoup moins présente, c'est l'assistante qui prend le rôle. (I - C)

Cependant, ce qui est ressorti en ce qui concerne l'équipe B, relève plutôt d'un sentiment d'abandon généralisé, en effet, les membres de cette unité vivent très difficilement le départ de tous les médecins de l'unité.

La fusion des unités de gériatrie génère beaucoup de stress et d'anxiété auprès des groupes impliqués. Du côté des infirmières de C, des moyens efficaces ont été entrepris même si une répondante croit que ces actions auraient pu être orientées différemment.

Il y avait beaucoup d'anxiété, comment on va être reçu, comment on va fonctionner puis c'est de réapprendre un fonctionnement assez rapidement [...] il y a eu beaucoup d'appréhension par rapport à ça là, on a mis sur pied tout ce qu'on a pu et le service de la formation nous a aidé pour essayer d'orienter les filles. (I - C)

On a fait des rencontres de debriefing avec des gens de la direction des soins infirmiers parce qu'il y avait tellement d'anxiété qui était là, ça ne se pouvait pas que ça aille bien. (I - C)

Si c'était à recommencer peut-être que j'essaierais d'investir plus de temps au départ avec les personnes qui me semble avoir plus de difficultés dans cette fusion là parce que j'ai dû rattraper des choix là par la suite. (I - C)

Au niveau du transfert des professionnels de l'unité A à l'unité C, nous observons un important choc culturel qui s'est rapidement transformé en burn-out. Nous pouvons en déduire qu'il a eu un manque de support au niveau de la gestion du stress généré par le changement.

Quant ils ont essayé de fusionner les travailleuses sociales, au bout de six semaines elles se sont en allés les deux en burn-out parce qu'elles ne pouvaient pas supporter [...] l'atmosphère de l'hôpital C par rapport à celle de A, parce que c'est bien différent, pour eux autres c'était bien différent. (MD)

Enfin, le niveau de stress élevé vécu par le personnel de B s'est soldé par des problèmes de santé. Aucune action au niveau de la gestion du stress ne semble avoir été entreprise.

Il y a énormément de gens qui sont malades présentement. Des choses importantes. Des burn-out, psychothérapie, les autres font de l'hypertension [...] il y a beaucoup de gens que, s'ils n'avaient pas été forts, ils auraient pu perdre vraiment leur estime d'eux-mêmes, qui se serait soldé par la maladie, sûrement. Ça, ce n'est pas évident. (I - B)

Nous ne dénotons aucune action de soutien ciblée visant à aider les médecins à s'adapter à la fusion ainsi qu'aux changements occasionnés par cette dernière. De plus, les membres de l'unité B ressentent un manque d'actions visibles d'intégration et ce particulièrement au début du processus de mise en commun des unités.

Je pense que si j'étais chef, je rencontrerais chacun pour savoir comment ça va au quotidien, pour que les gens sentent que oui, ils sont gros les changements, oui, c'est exigeant, mais qu'il y a quelqu'un qui écoute et quelqu'un qui peut intégrer tout ça, puis essayer de trouver un moyen. Ça a pris beaucoup de temps avant que la chef de service de gériatrie vienne nous rencontrer [...] alors que les médecins étaient tous là. Moi, si j'avais été nommé chef de service, tout de suite, j'aurais cherché à me présenter, à rencontrer l'équipe d'un autre campus pour dire : «écoutez, je viens d'être nommé, je ne sais pas encore de ce que ça va avoir l'air, mon service. Mais je suis d'accord un tel, et moi, je veux que ça marche, je veux qu'on continue d'être dynamique, je veux développer. Mais, si vous avez quelque suggestion, quelque appréhension, je veux que vous sachiez que je suis là pour l'entendre. » Ça, ça ce n'est pas fait. (P)

6.4.4 Défi du rythme

Tempo consistant et modérément rapide

De façon générale, les répondants considèrent que le processus de fusion du CHUx est très lent et aimeraient que les décisions et actions soient entreprises plus rapidement, particulièrement au niveau du partage des spécialités. Par contre, en ce qui concerne la fusion de la gériatrie, les répondants ont beaucoup apprécié l'aspect de rapidité avec lequel la fusion est réalisée.

On sent que ça ne finira jamais [...]Moi, j'aimais mieux qu'on prenne des décisions rapidement, puis qu'on se lève. Tant qu'à s'adapter, qu'on le fasse rapidement, plutôt que d'étirer ça sur des années et des années. [...] Donc, moi, j'ai trouvé qu'il y avait eu de la lenteur dans le processus. Et puis, c'est sûr que tout le monde avait la chance peut-être d'exprimer son point de vue, mais en même temps, le moment où ça stagne, ça crée encore plus d'incertitude, d'incompréhension, puis de tensions. Puis ça, je l'ai vécu difficilement. À partir du moment où nous, en gériatrie, on a vécu le changement, là, j'ai trouvé que ça allait vite. Puis que finalement, c'étaient des gros bouleversements. Mais, je pense que quand même, tant qu'à vivre des changements, je pense que c'est mieux de les vivre rapidement que de faire un deuil qui n'en finit plus. (P)

Je suis contente d'avoir été à peu près la première spécialité pour laquelle ça a débloqué parce que tout de suite je suis partie dans le projet et puis je regarde, il y a des spécialités où ils attendent toujours de savoir qu'est-ce qui va arriver ? Où est-ce qu'ils vont s'en aller ? Avec qui ils vont être fusionnés ? Que va devenir la spécialité ? Qui va être responsable ? Tout ça alors ils sont dans l'attente de savoir, moi je le sais où est-ce que je m'en vais, je sais à quel endroit on va être puis, je suis déjà sur l'aire d'allée du développement alors c'est très stimulant. (I)

Certaines composantes de l'organisation hospitalière, considérées comme faisant obstacle à la majorité des prises de décision, sont pointées du doigt. De plus, les règles de fonctionnement au niveau de la réalisation d'une micro-fusion ne semblent pas avoir été déterminées et le processus est perçu comme étant confus. L'élaboration d'un plan directeur servant de guide à la réalisation des micro-fusions est perçu comme un élément qui pourrait faciliter le processus de ces fusions.

Tout est toujours paralysé, soit le syndicat, soit les locaux, soit les lits, soit la répartition des lits et c'est vrai que je pense qu'il faudrait qu'il y ait un plan directeur qui soit clair et officiel. (MD)

La chef de service est très proactive dans ses actions au niveau de la réalisation de la fusion. Une telle façon de faire, combinée à une gestion centralisatrice, avait pour résultat qu'il devançait presque tout le monde dans leurs idées, tant au niveau de la direction qu'à l'intérieur de l'unité. En vertu des événements l'échéancier initial a dû être considérablement devancé et resserré. Mis à part ce facteur, le nouvel échéancier semble bien avoir été respecté.

« L'expérience du dernier mois avec des échéanciers qui étaient en général inférieur à une semaine m'a cependant appris qu'il faut être proactif. » (Lettre du chef de service)

En ce qui concerne les médecins du service gériatrique B, on leur reproche de s'être laissés porter par les événements. Nous pouvons, de ce fait, nous demander si leur comportement est en lien direct avec la personnalité très proactive du chef de service C ?

Il y a eu énormément de chicane au niveau des docteurs. Ça, c'est certain. À n'en pas douter, ça non plus. Mais, si en partant, les médecins avaient été sages et dire : «écoute, au lieu de se faire imposer quelque chose, nous, on va être proactif». (I - B)

6.4.5 Défi technique

Pouvoir les assises nécessaires à la fusion

Aucun transfert d'infirmières n'a pu être réalisé entre les unités parce que les aspects relatifs aux conventions collectives n'étaient pas encore réglés au moment de la fusion. Les infirmières du campus A, même si elles l'avaient voulu, n'auraient pas pu être transférées sur le campus C. De plus, le fait de ne pas avoir réglé cet aspect avant la fusion physique amène des difficultés supplémentaires au niveau de la gestion.

C'est dommage mais c'est toute une question de syndicat [...] on ne peut pas faire des mouvements qu'on voudrait, si ces filles là avaient le choix, je pense de s'en venir, de continuer de travailler en gériatrie, plusieurs l'auraient choisit parce qu'ils ont développé une expertise. (I)

Ce qui se passe c'est qu'on veut faire des postes CHUx, actuellement les accréditations syndicales ne nous permettent pas facilement de faire ça. (I)

Ça devient très difficile à gérer tant que les syndicats ne seront pas fusionnés. Je me mets à la place des gestionnaires, ça doit leur donner des ulcères. (P)

Les équipes de travail mises en commun tentent de mettre sur pied des outils de travail ainsi qu'un système de gestion uniformisés et améliorés. Pour ce faire, ils tentent de combiner le meilleur de chacun. Les courts délais occasionnés par le départ en bloc des médecins de B n'ont pu permettre l'avènement de nombreuses rencontres afin de mettre en commun les pratiques avant que la fusion n'est lieu. La majorité des rencontres ont donc eu lieu après la fusion.

Là on est à se rencontrer régulièrement pis ça va prendre un certain temps pour essayer de s'uniformiser, de parler des même affaires, des mêmes mots qui veulent dire les mêmes choses, pour pouvoir faire nos évaluations pis nos traitements de la même façon. (MD)

Nous, les physiothérapeutes, en gériatrie aussi, la fusion a forcé au fait qu'on a dû se rassembler pour revoir nos outils, revoir comment on procédait, pour essayer d'uniformiser. (P)

On a dû se mobiliser d'un campus à l'autre, entre autres pour nos rencontres, pour échanger les outils, ça nous a appris à être mobiles, puis d'aller voir dans les autres unités. (P)

On change les méthodes, on essaie de trouver les moyens de trouver le plus harmonieusement ensemble pis ça devient de plus en plus harmonieux. (MD)

On essaie de prendre ce qu'il y a de mieux dans chacun des milieux pis d'essayer de le transposer dans chacun des milieux alors, il y a plein de petits trucs amusants qui se passe alors. (MD)

Des activités de formation ont également été prévues afin de faciliter le changement d'un milieu à l'autre.

Nous avons fais venir des infirmières de [...] (B) pour qu'ils leur expliquent les feuilles, le matériel, comme tu fais avec des nouvelles embauchées finalement pour leur expliquer le fonctionnement. Ça été beaucoup de rassurer les équipes [...] (C) (I)

En ce qui concerne la possession de ressources discrétionnaires, le contexte actuel de coupures budgétaires dans les budgets de la santé nous laisse croire à leur inexistence. Le passage qui suit vient corroborer cette hypothèse de rareté des ressources financières.

La fermeture des lits de [...] va rapporter de l'argent au CHUx et on espère que cet argent va nous être redistribué d'une façon ou d'une autre. Il y en a une partie qui va être redistribuée sous forme d'infirmières de clientèle [...] et puis on voudrait aussi ce poste de réceptionniste. (MD)

Le déroulement de réunions administratives avant même la signature du protocole d'entente a permis la préparation des grandes lignes du plan d'action de la fusion.

Au moins un an avant la fusion on avait déjà des réunions scientifiques communes, on avait des réunions administratives depuis au moins six mois avant que je sois nommée chef. (MD)

Enfin, même malgré la précipitation des événements, on semble apprécier l'adaptation rapide à ces événements de même que la réorganisation de la planification qui a été effectuée en vue de la fusion.

Nous avons proposé très rapidement un plan de réorganisation des services de gériatrie sur deux sites [...]. (MD)

Je pense que ça a été bien préparé, même si ça a été précipité le transfert je pense que ça a été bien préparé. On a mis tous les moyens qu'on avait pour que l'équipe soit prête au transfert et il fallait qu'ils le vivent à un moment donné. (I)

Prévoir une période de habitude

Aucune diminution temporaire du nombre de patients acceptés à l'unité n'a été prévue en ce qui concerne la nécessité de habitude des équipes de travail. Cependant, le responsable de la fusion compte profiter de la perte de clientèle généralement associée à une fusion dans le domaine hospitalier pour réduire le nombre de lits d'hospitalisation.

On sait qu'il y a à peu près 30% de perte de clientèle dans une fusion, alors c'est en fait un petit peu là-dessus qu'on mise parce que l'on a diminué notre nombre de lits, on a perdu neuf lits dans la fusion. (MD)

Évaluations régulières et ajustements

En ce qui concerne la diminution du nombre de patients dans les unités gériatriques du CHUx, des mécanismes de contrôle devraient être mis en branle selon un répondant afin de s'assurer que la clientèle perdue aura toujours droit à un service aussi bon, sinon meilleur.

Peut-être iront-ils dans d'autres services, est-ce que ce sera mieux ? Est-ce que ce sera moins bien ? Ça va être à voir, on va mettre des mécanismes de contrôle, on fait très attention à ça, ce n'est pas quelque chose qu'on veut qui arrive. (MD)

Des évaluations quantitatives sont également effectuées afin de mesurer l'efficacité du nouveau service offert en fonction de ce qu'il était avant la fusion.

Il y a eu des changements dans la durée de séjour puisque l'on devait performer. Parce qu'avec l'annonce d'un tel changement, il y a un esprit de clocher qui s'installe. [...] tout le monde se pense le meilleur, donc il faut faire ses preuves à savoir qui offre les meilleurs traitements en gériatrie. Donc c'était la course aux statistiques, c'était la course évidemment à diminuer la durée de séjour, à donner en même temps avec tout ça d'excellents services surspécialisés. (P)

L'analyse des mécanismes de gestion de l'intégration des unités de gériatrie nous permet de relever certaines observations globales quant à la réalisation des défis théoriques posés au chapitre II. Nous constatons la présence d'une communication abondante et claire de même que des canaux de communication relativement bien définis entre les gens occupant des postes de décision et d'autorité. Cependant, les besoins sont non complètement comblés en ce qui concerne les subordonnés et ce, principalement au niveau de l'unité B. De même, le climat de cette unité est également plus négatif en dépit du départ en bloc des médecins. Enfin, les membres de cette unité croient que la fusion est nuisible au développement de leur unité alors que les membres de l'unité A perçoivent plusieurs bénéfices à la réalisation de celle-ci.

En ce qui concerne le défi de direction nous relevons une bonne coordination des efforts entre les parties impliquées. Le chef de service détient un fort leadership informel au niveau de l'ensemble de l'unité, cette dernière a d'autre part su utiliser son pouvoir et son influence afin de faire accepter rapidement le projet. Bien que cette rapidité d'intervention fut appréciée par les membres de l'unité nous dénotons cependant une déception généralisée quant au délai engendré par la direction du CHUx au niveau de la nomination d'une personne en charge de la fusion. Enfin, la vision du processus de fusion semble être à la fois orientée sur les aspects internes et externes du fonctionnement de l'unité.

La réalisation du défi humain se traduit par une évaluation partagée selon le campus d'attache. La résistance provenant des médecins de B s'est traduite par le départ de l'ensemble du corps médical de cette unité alors que peu de résistances ont été rencontrées de la part des membres des autres campus. Nous observons que la chef de service a une gestion plutôt centralisatrice, les membres de l'unité sont, par conséquent, peu impliqués dans la planification du processus. Notons, par ailleurs, que ce sont principalement les médecins qui y sont impliqués. Enfin, le support moral est considéré comme étant suffisant du côté de l'unité C, alors que du côté de l'unité B et A on ressent respectivement un sentiment d'abandon et un niveau de stress élevé.

Le défi du rythme pour sa part est considéré comme étant atteint en ce qui concerne la gestion spécifique de la fusion de la gériatrie. Cependant, de nombreuses réserves demeurent à l'endroit de la gestion de la fusion du CHUx dans son ensemble.

Enfin, nous relevons résultats partagés en ce qui concerne la réalisation du défi technique. Ainsi, nous notons principalement un manque au niveau des négociations syndicales dès le début du processus de fusion de même qu'au niveau des ressources financières disponibles. D'un autre côté, nous relevons également de grands efforts afin de mettre sur pieds des outils de travail commun en dépit du temps disponible, des outils de formation bien adaptés aux besoins, une bonne adaptations aux événements inattendus de même que sensibilisation à la nécessité d'une évaluation de l'efficacité du service offert.

Le tableau 6.2 constitue une synthèse des évaluations globales relatives à chacun des défis présentés.

Tableau 6.2 Évaluation des mécanismes de gestion de la fusion de gériatrie

MÉCANISMES DE GESTION	ÉVALUATION
	Gériatrie
Défi de communication	Partagé
Défi de direction	Moyennement élevé
Défi humain	Partagé
Défi du rythme	Élevé
Défi technique	Moyen

6.5 Interprétation des résultats en regard des mécanismes de gestion utilisés

Avant d'entamer le processus d'analyse comparative des micro-fusions étudiées, nous tenons à signaler la présence d'un facteur qui, selon nous, a un impact important sur le résultat des micro-fusions étudiées. Ce facteur ne fait pas partie du modèle-synthèse des processus de gestion, cependant, il a été abordé plus tôt à l'article 2.2.5 du présent mémoire. Nous faisons référence ici à la notion d'apprentissage organisationnel.

Nous avons constaté une différence importante au niveau des processus de gestion utilisés de même qu'au niveau du taux de satisfaction des interviewés d'une fusion à l'autre. Selon nous, cette différence est attribuable, en partie du moins, à la transmission d'informations formelle et informelle entre la réalisation des différentes micro-fusions.

La fusion du secteur mère-enfant est la première qui fut réalisée au CHUx en ce qui concerne les services médicaux et les unités de soins. Cette dernière ne possédait, à ses débuts, aucun référent mis à part ceux provenant de l'extérieur du CHUx. Pour sa part, la fusion de gériatrie a grandement pu profiter de l'expérience de cette première fusion et ainsi prendre certaines précautions. C'est ce que nous considérons comme un apprentissage organisationnel.

Il y a eu beaucoup, beaucoup, beaucoup de craintes de l'ensemble des intervenants autour de la gériatrie parce que ça a été tellement difficile et laborieux le transfert mère-enfant [...] en dehors des murs on a tellement entendu que c'était difficile. La seule chose qu'on voulait c'était que ça ne le soit pas, autant au niveau des médecins qu'au niveau des soins infirmiers, on s'est dit, il faut pas faire la même chose deux fois. (I)

On a essayé d'apprendre de tout ce qu'on a entendu pour faire en sorte que, on nous a tellement mis en garde que je pense qu'à mesure que les gens nous briefaient, on essayait de contourner ça et de se dire comment on va faire pour faire en sorte que ce soit plus facile. (I)

Ça a été discuté avant qu'on déménage, tous les problèmes ont été réglés différemment, c'est-à-dire [...] qu'on n'a pas transféré notre équipe sans prendre des précautions majeures. (MD)

La première des choses que j'ai dite aux chefs de service, j'ai dit allez tous au conseil d'administration pour voir comment ça se passe, quel que soit votre processus de fusion, allez voir quelles sont les questions que posent les gens parce que de toute façon se sont toujours des questions un peu stéréotypées. Maintenant au bout d'un certain temps que je vais au conseil d'administration, c'est toujours les mêmes personnes qui posent les mêmes questions sur les mêmes sujets. Alors une fois qu'on a compris comment ils fonctionnent c'est beaucoup plus facile de ne pas se faire prendre dans notre projet de fusion et de présenter tout ce qu'ils veulent. (MD)

Ceci étant dit, procédons maintenant à une évaluation comparative synthèse des concepts relatifs à chacun des mécanismes de gestion lors des deux fusions. Par la suite, le chapitre traite de l'évaluation du degré d'intégration structurel et culturel atteint par rapport à celui désiré de même que de la variation de la qualité du service offert en terme de ressources au niveau des unités combinées.

Les mécanismes de communication sont largement critiqués, à tous les niveaux, par les membres du secteur mère-enfant. Alors qu'au niveau de la gériatrie, les membres du campus C semblent, quant à eux, très satisfaits des informations transmises durant la fusion et comprennent la raison d'être de cette dernière. Pour ce qui est des membres du campus B, cependant, la situation est tout autre, et quelques mécontentements se font ressentir.

Les mécanismes de direction pour leur part, ne sont pas appréciés des individus impliqués dans la fusion de l'obstétrique. La convergence des actions, la gestion de l'autorité et du pouvoir ainsi que le leadership sont parmi les plus faibles. Au niveau de la gestion de la fusion de la gériatrie, une bonne gestion de l'autorité de même qu'un leadership très fort ont été les éléments positifs dans la mise en oeuvre de cette micro-fusion. On dénote néanmoins dans cette catégorie une certaine faiblesse en ce qui concerne l'aspect *faire face aux décisions difficiles et respect des engagements* ainsi que celui *orientation claire pour tous* en ce qui concerne l'unité B.

En ce qui concerne les processus de gestion sur le plan humain, il s'avère également faible au niveau de la fusion du secteur mère-enfant. Nous constatons que l'apprentissage organisationnel, tel que définit à l'article 2.2.5 de ce mémoire, a un grand impact sur la réalisation de ce défi. En raison de ce dernier, des ajustements ont été apportés au niveau de la fusion de la gériatrie. Cette micro-fusion s'en tire avec une évaluation partagée selon le campus des répondants.

Nous constatons également une différence considérable au niveau du rythme de la réalisation des micro-fusions. En effet, bien que celle du secteur mère-enfant ait débuté bien avant celle de gériatrie, elle est encore en cours alors que la seconde est complétée. Nous supposons la présence d'une étroite relation entre le leadership et la rapidité avec laquelle est géré le processus de la fusion dans l'étude de ces deux cas.

Au niveau du défi technique, nous remarquons une différence significative concernant la planification de même que la mise sur pied des assises avant la réalisation physique de la fusion. Nous estimons qu'il s'agit d'un élément déterminant du niveau de problèmes encourus plus tard dans le processus de fusion.

Il nous reste maintenant à analyser les résultats préliminaires des micro-fusions étudiées. Portons tout d'abord un regard sur le niveau d'intégration actuel en

fonction de celui désiré sur le plan structurel. Nous avons vu précédemment qu'en dépit de la mise en commun des secteurs mère-enfant, il y a eu division entre les services d'obstétrique et ceux de périnatalogie, nous estimons qu'il s'agit d'un recul sur le plan de l'intégration. En ce qui concerne la fusion de la gériatrie, le départ des médecins de B a, malgré lui, fait en sorte que la fusion est parvenue à un niveau d'intégration plus élevé que celui prévu au départ.

Pour ce qui est de l'intégration culturelle, elle est loin d'être atteinte dans les deux cas. Notons toutefois que ceci est tout à fait normal puisque ces fusions sont très récentes et que l'intégration culturelle est un mécanisme long à changer (Allaire et Firsirotu, 1985). En dépit de ces circonstances, nous pouvons également déduire que les deux cas étudiés sont actuellement en situation de déséquilibre par rapport à la relation entre leur structure et leur culture respective.

Enfin, analysons maintenant la qualité du service offert en terme de ressources sur les plans médical et physique, de l'efficacité de fonctionnement et de la variation du volume de clientèle. Ainsi, premièrement, au cours des deux micro-fusions, les services ont été considérablement appauvris par le départ d'une proportion importante de médecins.

Deuxièmement, les membres du centre mère-enfant se plaignent beaucoup des ressources physiques dont ils disposent ainsi que de l'état dans lesquelles elles se trouvent, ces derniers sont toujours en attente des rénovations promises. Par contre, les membres de l'unité gériatrique semblent très satisfaits des travaux qui ont été réalisés dans leur unité de même que des nouveaux outils dont ils disposent.

Troisièmement, en ce qui concerne l'efficacité générale du fonctionnement de ces nouvelles unités, elle sont pour l'instant fonctionnelles mais il manque de ressources médicales au niveau des deux, il reste donc place à l'amélioration. Nous pouvons donc conclure, à ce jour, que les nouvelles unités créées par la fusion n'ont pas bénéficié d'une création de valeur par rapport à leur situation antérieure.

Enfin, il apparaît que le nombre de patients admis à la fois dans les unités gériatrique et mère-enfant du CHUx ait diminué de façon notable. Ces conséquences découleraient en grande partie, selon certains répondants, des transferts physiques des unités suite à la réalisation des fusions.

Le tableau 6.3 fait la synthèse de l'analyse comparative que nous venons de réaliser en ce qui concerne l'intégration et la qualité des services offerts

Tableau 6.3 Analyse comparative des résultats en terme d'intégration et de qualité du service offert.

VARIABLES	ÉVALUATION	
	Mère-enfant	Gériatrie
Intégration structurelle	Faible	Élevé
Intégration culturelle	Très faible	Très faible
Ressources médicales	Diminution importante	Diminution importante
Ressources physiques	Insatisfaisant	Très satisfaisant
Efficacité du fonctionnement	Fonctionnel	Fonctionnel
Variation du volume de clientèle	Diminution significative	Diminution significative

CHAPITRE VII

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Le multiculturalisme peut être source de bienfaits comme d'inconvénients ; le résultat final, positif ou négatif, dépend de la façon dont on aborde la diversité et non pas de la diversité elle-même.

Nancy
J. Adler, 1994

Ce chapitre résume les points centraux de la présente étude, il expose par la suite, les limites du mémoire, les contributions pour la recherche ainsi que pour la pratique et se termine en proposant des pistes de recherches futures.

7.1 Synthèse

La récente vague de fusions et d'acquisitions en Amérique du Nord entraîne actuellement dans son mouvement plusieurs milieux professionnels au Québec dont celui de la santé. Cette impulsion a eu pour produit la mise sur pied de cinq *Centres Hospitaliers Universitaires* à travers le Québec.

Parmi les facteurs initiateurs du mouvement plus spécifique au sein des hôpitaux québécois, mentionnons le nombre important de fusions chez nos voisins du sud (Conklin, 1994) (Leroux, 1997) (Maynard, 1995) (Reardon et Reardon, 1995), chez nos cousins français (Guiraud-Chaumeil et Ghisolfi, 1996) de même qu'au sein de certaines autres provinces canadiennes. De façon parallèle, la prise de conscience généralisée de l'état de la situation de la recherche et du développement de la médecine sur le plan international est venue réveiller un besoin de repositionnement. Soulignons, de plus, l'importante progression des dépenses de santé depuis une

vingtaine d'années ainsi que la volonté des gouvernements à rationaliser les finances publiques. Enfin, ajoutons à ces éléments la problématique des départs de médecins surspécialisés pour des institutions de plus haut niveau ainsi que des mesures nécessaires pour les retenir.

Le taux important d'échecs pour les activités de regroupement, tous secteurs confondus, qui dépasse actuellement 50% (Clark, 1991; Cartwright et Cooper, 1993; Marks et Mirvis, 1986; Coley et Sigurd, 1988), ne semble pas pour autant avoir affecté l'entrain des différents partenaires à vouloir s'engager dans une telle aventure. En ce qui nous concerne, nous croyons qu'il y a de nombreuses leçons à tirer des expériences de gestion de l'intégration de ces fusions et acquisitions, autant de ceux qui ont réussi que de ceux qui ont échoué. Le domaine hospitalier ne fait pas certes exception à ces statistiques et il incombe, par conséquent, de tenter de tirer profit de ces leçons.

Le second chapitre de ce mémoire constitue le fondement théorique de la présente recherche. Dans ce chapitre, nous avons démontré dans un premier temps que notre étude se situait au niveau de la phase de réalisation du processus séquentiel de Rousseau (1990). Nous avons, par la suite, présenté le modèle tripartite de l'organisation d'Allaire et Firsirotu, modèle servant à évaluer subséquemment, les contextes des organisations de même que des unités à mettre en commun. Enfin, nous avons fait part du rôle clé joué par le dirigeant local au niveau du déroulement de la fusion (Shirley, 1977) ainsi que de la nécessité pour ce dernier de redéfinir une nouvelle coopération sur le plan de la gestion de l'aspect humain dans l'organisation (Barnard, 1933).

En partant du principe que le recours à certains mécanismes de gestion influence le dénouement de telles activités et que le contexte a une incidence importante sur la détermination des outils de gestions et sur les résultats obtenus, nous avons élaboré notre propre modèle conceptuel de la mise en œuvre du processus d'intégration. Ce modèle a été développé dans le but de l'appliquer à une

fusion d'organisations hospitalières. À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée auparavant, de façon spécifique, sur les mécanismes de gestion de l'intégration d'une fusion en contexte hospitalier. L'objet de cette recherche repose donc sur le développement de ce modèle composé des facteurs de succès inhérents à la réussite des fusions ainsi que sur l'analyse en profondeur de la fusion de deux unités du CHUx à travers ce modèle.

Afin de déterminer quels sont les principaux mécanismes de gestion favorisant le succès des fusions, nous nous sommes tournés vers la littérature des fusions/ acquisitions et des changements majeurs. Nous avons retenu, en bout de ligne, six modèles que nous avons par la suite analysés et comparés entre eux :

- *Modes de gestion en fonction de la dynamique du changement.*
(Allaire et Firsirotu, 1985)
- *Facteurs de réussite en situation de changement majeur.*
(Covin et Kilmann, 1990)
- *Concepts de gestion du changement.*
(Galpin et Robinson, 1997)
- *Défis de l'intégration comme changement stratégique.*
(Hafsi et Demers, 1989) (Hafsi et Toulouse, 1991)
- *Dimensions et tâches caractérisant la phase d'intégration des acquisitions réussies.*
(Haspeslagh et Jemison, 1991)
- *Exigences managériales relatives à la gestion de l'élément humain.*
(Mirvis et Marks, 1992)

L'analyse comparative des facteurs contenus dans ces modèles a donné naissance à un modèle-synthèse de la gestion de l'intégration des fusions. L'ensemble des facteurs retenus a enfin été regroupé à l'intérieur de processus de gestion nommés défis.

Rappelons brièvement le contenu de ces défis de même que les facteurs en découlant. Le défi de communication se rapporte à la nécessité d'une communication claire, consistante, régulière d'informations justes et ce, de façon

bidirectionnelle verticale et horizontale à l'intérieur de canaux bien définis et efficaces. Pour faciliter la diffusion de la communication en lien avec le processus de fusion, il importe de créer un climat d'ouverture aux dialogues. Enfin, les membres impliqués doivent être en mesure de comprendre et d'intégrer la raison d'être de la fusion.

Le défi de direction pour sa part, se traduit par des actions menant à une bonne convergence des actions, une capacité de la direction à faire face aux décisions difficiles ainsi qu'au respect des engagements en découlant, à une utilisation maximale et saine de l'autorité et du pouvoir, à une orientation claire pour tous et à une vision de la fusion de façon globale. Afin de réaliser ce défi, il importe, avant tout, de définir des lignes d'autorité claires, ce qui signifie, entre autres, la nomination d'une personne spécifique en charge de la réalisation de la fusion en mesure d'assurer le rôle de leader et ce qu'il incombe.

En ce qui concerne le défi humain, il consiste à faciliter le changement vécu par les individus de même qu'à réduire la résistance et retenir le personnel clé. Le support d'ordre moral, les programmes d'aide, l'encouragement à la participation, la reconnaissance et les incitatifs sont différents moyens de parvenir à ces objectifs.

Le défi du rythme, de son côté, a trait au maintien d'un tempo consistant et modérément rapide durant le processus d'intégration. Ce défi suppose une bonne planification du changement au préalable et repose sur l'exploitation de l'impulsion du moment.

Cinquième et dernier défi, le défi technique renvoi à la nécessité de la mise sur pied des fondements de la fusion avant d'entamer l'intégration proprement dite. Il tient également compte de la prévision d'une période transitoire d'habituatation et de l'importance des évaluations et ajustement en cours de route.

L'analyse du cas réel a consisté en l'étude de deux micro-fusions ayant été réalisées au sein de l'un des cinq Centres Hospitaliers Universitaires du Québec, soit celle de l'obstétrique et de la gériatrie. Le design de la recherche a consisté, de façon plus spécifique, en une analyse de cas multiple avec plusieurs unités d'analyse. Les données de l'étude ont été recueillies, pour leur part, à partir d'entrevues semi-directives, de recherches documentaires ainsi que d'observations au vol. Enfin, ces données ont été codifiées, analysées et comparées entre elles.

Notre première question de recherche d'ordre empirique se rapporte à l'information concernant les particularités relatives au contexte global de la fusion des trois organisations professionnelles médicales. Nous avons souligné à ce propos, le fait que le fonctionnement de telles organisations repose sur les compétences et le savoir de professionnels amène l'expertise professionnelle à devenir synonyme de pouvoir. Nous avons également démontré qu'il existe une dynamique particulière au niveau de la structure décisionnelle au sein des organisations hospitalières telles, la présence de hiérarchies parallèles et de trois pôles de pouvoir distincts.

De plus, on ne peut ignorer la forte représentation des dirigeants du corps médical au sein de l'ensemble de la structure, l'influence politique du CMDP sur la gestion de même que la direction du flot de pouvoir, amenant tous trois une gestion dominée par les besoins professionnels. Par conséquent, les mécanismes de gestion utilisés dans une intégration d'organisations professionnelles médicales doivent tenir compte de la force de ce pouvoir médical et l'exploiter afin de faire progresser la fusion dans la direction voulue.

Nous avons également soulevé l'existence d'un paradoxe très important qui menace la justification réelle de la fusion. Nous faisons allusion ici à la présence de coupures budgétaires importantes survenant en même temps que ce que l'on considère comme un projet de développement. Coupures qui génèrent, en outre,

une amplification des relations de compétition entre les structures parallèles composant l'organisation hospitalière.

Enfin, nous nous devons de faire ressortir, à nouveau, le caractère triplement complexe de ce processus de fusion provenant de la structure même des organisations hospitalières, de la situation de fusion tripartite ainsi que de l'opération d'intégration. Il importe de tenir compte de cette complexité dans l'élaboration de la stratégie de fusion puisqu'elle diminue la compréhension de même que l'influence des dirigeants sur le fonctionnement de leur organisation.

Notre seconde question empirique a trait, quant à elle, aux principales différences structurelles, culturelles et individuelles des trois hôpitaux impliqués dans ce projet. L'exercice relatif à la mise en relief des particularités majeures des trois campus étudiés nous a permis de constater l'ampleur des écarts les séparants. En effet, nous avons ainsi pu constater que les trois hôpitaux tirent leur origine d'époques et de circonstances différentes. Que l'un d'entre eux est perçu essentiellement comme étant un hôpital de rue en raison de sa clientèle. Qu'un deuxième détient un leadership médical très fort et connaît beaucoup de succès dans certaines de ces surspécialités. Enfin, qu'un troisième possède une image noble et dessert une clientèle relativement aisée mais dont la structure s'affaiblit depuis un certain temps.

Notre troisième question de recherche empirique introduit l'étude à un cadre d'analyse microscopique. Cette dernière cherche à connaître également les particularités sur les plans structurel, culturel en individuel mais cette fois-ci, appliqué directement aux unités d'obstétrique et de gériatrie. De surcroît, elle tente d'évaluer l'impact des divergences structurelles et culturelles de même que la complexité des nouvelles structures organisationnelles sur chacun des processus de micro-fusions.

Au niveau de la fusion mère-enfant, nous avons ainsi pu constater des différences significatives concernant la proportion de spécialistes vs de généralistes, les relations hiérarchiques, la vision de l'étendue de la clientèle, les relations médecins-infirmières, la culture syndicale, la disposition des ressources financières et les valeurs concernant la discipline et l'ordre. Nous avons également relevé un degré élevé de complexité quant à la structure organisationnelle fusionnée ainsi qu'une appartenance moyenne à la spécialisation et ce, malgré une grande exigence de mélange des cultures.

En ce qui concerne la fusion de gériatrie, nous avons constaté des différences significatives au niveau de la proportion de spécialistes vs de généralistes, des relations hiérarchiques, de la place occupée par les différents corps professionnels et du degré d'indépendance des infirmières. Le degré de complexité de la nouvelle structure organisationnelle est moyennement élevé, l'appartenance des membres à la gériatrie est relativement grande et l'exigence de mélange des cultures est moyenne.

La quatrième question de recherche empirique portait, pour sa part, sur les mécanismes de gestion adoptés pour réaliser l'intégration de chacune des micro-fusions. Pour ce faire, nous avons utilisé notre modèle-synthèse des processus de gestion de l'intégration comme base à l'analyse.

Après avoir passé en revue la grille détaillée des défis de la gestion de l'intégration au niveau des données recueillies nous avons fait les constatations suivantes. L'évaluation de l'ensemble des mécanismes de gestion au niveau de la fusion mère-enfant s'est avérée de très faible à faible. Pour ce qui est de la fusion de la gériatrie, nous avons relevé des résultats partagés à moyennement élevés dont les forces principales se situent au niveau du défi du rythme et de celui de direction.

Nous avons pu déceler un effet d'apprentissage organisationnel transmis d'une fusion à l'autre. Cependant, comme cet effet fut principalement d'ordre informel et ce à cause des nombreux aspects négatifs ressortis lors de la fusion mère-enfant, nous nous questionnons sur la continuité de cet apprentissage organisationnel auprès des micro-fusions éventuelles au sein de cette structure puisque aucun mécanisme de transmission formelle de l'apprentissage entre micro-fusions n'est en place actuellement.

Ce qui nous amène à notre question empirique finale, à savoir, quels sont les résultats préliminaires en terme d'intégration structurelle et culturelle ainsi qu'au niveau du service offert sur le plan des ressources disponibles. Nous avons démontré, au chapitre VI, que le choix de ces mesures pour évaluer le niveau de réussite de la fusion repose sur une question d'ordre contextuel et pratique.

Nous avons ainsi noté respectivement une faible et très faible intégration à la fois structurelle et culturelle par rapport aux objectifs visés au niveau de la fusion mère-enfant. Sur le plan du service offert, il ressort une disponibilité de ressources médicales et physiques inférieures à ce qui prévoyait avant la fusion de même qu'une diminution du volume de la clientèle. Bien qu'en raison du départ de certains spécialistes, le service de périnatalogie ne soit plus offert au CHUx et par conséquent, les soins tertiaires aux nouveau-nés, nous estimons que l'ensemble du service demeure tout de même fonctionnel.

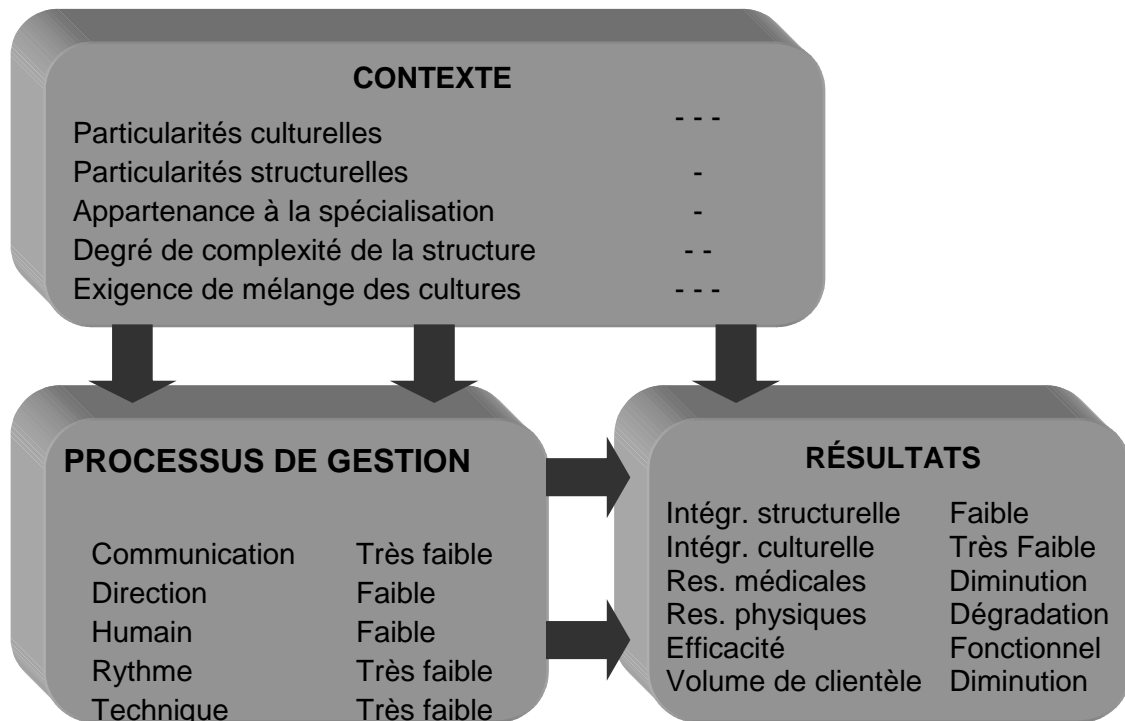
En ce qui regarde les résultats préliminaires de la fusion des unités de gériatrie, nous sommes en mesure de convenir à la réalisation d'une intégration structurelle supérieure à celle projetée. Nous tenons toutefois à spécifier que cette intégration additionnelle a été réalisée au détriment du départ massif des médecins du service de B. L'intégration culturelle, pour sa part, demeure encore, pour le moment très faible.

Le service offert sur le plan des ressources physiques est supérieur à ce qu'il était avant la fusion selon les répondants. Par contre, les ressources médicales se sont vues diminuées de façon considérable. L'efficacité du fonctionnement est, pour sa part, perçue comme étant satisfaisante. Enfin, le service de gériatrie a assisté à une diminution de sa clientèle comparativement à celle qu'elle servait avant la fusion.

Les figures 7.1 et 7.2 regroupent les éléments clés des micro-fusions étudiées dans le présent mémoire. Ces figures tentent de faire ressortir les principales relations entre les facteurs contextuels, les mécanismes de gestion et les résultats préliminaires.

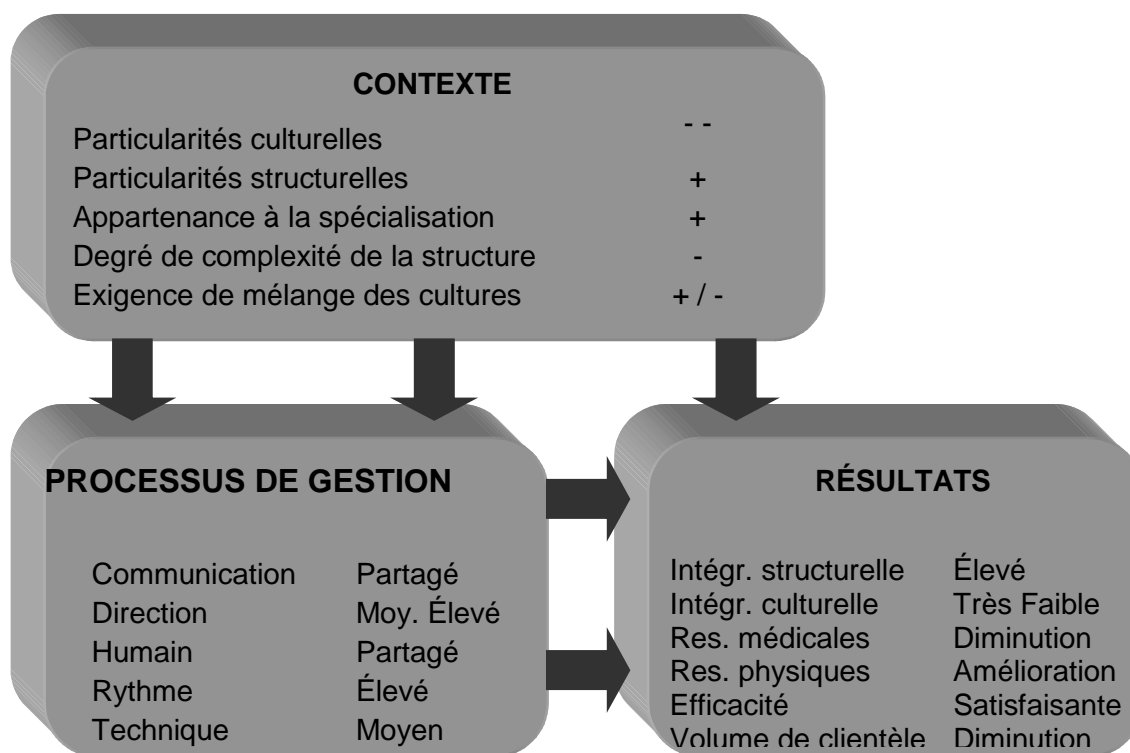
La figure 7.1 démontre par ailleurs que le contexte du secteur mère-enfant est relativement difficile et détient une évaluation faible des mécanismes de gestion. Ses résultats préliminaires sont, de même, effectivement faibles.

Figure 7.1 Synthèse des analyses relatives à la fusion du secteur mère-enfant.



La figure 7.2, a trait, pour sa part, à la micro-fusion de la gériatrie. Nous avons relevé pour cette micro-fusion un contexte moyennement difficile, une évaluation des mécanismes de gestion variée et des résultats qui s'en trouvent, conséquemment, également variés.

Figure 7.2 Synthèse des analyses relatives à la fusion de la gériatrie



Compte tenu de ces considérations, nous estimons que notre hypothèse de base, concernant les effets conjoints du contexte et des processus de gestion sur les résultats de l'intégration, se trouvent à être confirmée pour les deux sous-cas étudiés.

7.2 Limites de la recherche

Certaines limites d'ordre méthodologique et pratique viennent cependant nuancer les résultats de cette recherche. Tout d'abord, mentionnons le fait qu'il s'agit d'une étude de cas, or le propre de l'étude de cas est la généralisation analytique plutôt que la généralisation statistique. Ainsi, les deux cas étudiés ne

nous permettent évidemment pas de dire que tous les processus de fusion dans les organisations professionnelles se dérouleront de la même façon. Par ailleurs, le fait que les cas étudiés tendent à confirmer notre cadre théorique préalable offre un support intéressant à cette théorie.

Une seconde limite fait référence au recours à un modèle théorique d'analyse, ce dernier détient comme avantage de permettre une comparaison unifiée des cas étudiés. Or, le recours à une telle façon de faire a également pour désavantage de restreindre l'analyse à un nombre de concepts donnés. Ceci ne nous permet donc pas d'élaborer sur tous les éléments que nous voyons et qui pourraient apporter une explication supplémentaire aux résultats de la fusion. Cette réflexion s'applique autant pour l'analyse des mécanismes de gestion que pour l'évaluation des particularités contextuelles.

Troisièmement, comme le contexte influence à la fois les processus de gestion utilisés et les résultats de l'intégration, il est difficile de les dissocier. Ainsi bien que la présente recherche tente de les analyser de façon individuelle, nous devons être conscients de la présence d'une influence mutuelle entre ces variables.

De surcroît, le caractère triplement complexe de ces micro-fusions, relevé antérieurement, s'applique non seulement aux dirigeants de l'organisation mais également à notre propre compréhension de la présente étude de cas. De ce fait, nous considérons que plus un phénomène, une situation ou une entité est complexe, plus il sera difficile de saisir l'ensemble de ces particularités.

L'étude d'un changement radical signifie souvent évolution rapide des événements. Dès que l'on commence à analyser une série d'événements d'autres se manifestent déjà. Il est difficile à en saisir toute l'étendue. Nous nous sommes conséquemment concentrés sur les éléments recueillis lors des collectes de données et avons fait abstraction des événements ayant eu lieu par la suite. Et ce, même si nous sommes conscients de leur présence en raison des diffusions

médiatiques de ces événements. Ainsi, comme ce mémoire ne couvre qu'une petite partie de l'étendue chronologique du changement, il incombe de prendre note de cette limite temporelle.

Un sixième biais possible a trait au recours à des entrevues de type semi-directives. Ces dernières ont pour principal avantage de recueillir des informations riches sur des événements donnés et de s'adapter aux différents interlocuteurs. Elles ont, en contre partie, le désavantage de produire des entrevues non-uniformes et donc, des résultats difformes selon les sujets abordés auprès des répondants.

Nous avons également pu relever au sein de l'ensemble des données recueillies certaines contradictions. La majorité d'entre elles portent sur la projection entre les individus de groupes mis en commun, c'est ce que l'on nomme l'ethnocentrisme. D'autres contradictions se sont également avérées être le fruit de pertes de mémoire ou encore de perspectives différentes. Nous croyons qu'il existe de telles divergences entre les perspectives tout simplement parce que les individus interrogés vivent les choses différemment. Enfin, nous avons pu relever des différences de perspectives importantes dans les écrits, celles-ci sont selon nous, révélatrices des difficultés en cause lors de la fusion.

Finalement, bien que notre démarche de codification ait été réalisée de la façon la plus systématique possible, toute interprétation de données qualitatives comporte une certaine part de subjectivité. Pour pallier en partie cette lacune potentielle, nous avons donné au lecteur la possibilité d'évaluer lui-même la justesse de notre analyse en incluant de nombreuses citations directes des propos de nos interviewés.

En dernier lieu, mentionnons que l'analyse des résultats préliminaires est succincte et n'équivaut en rien à une analyse en profondeur des résultats. Le but poursuivi par cette recherche est l'analyse des mécanismes de gestion et nous tenons à garder l'emphase sur celui-ci. Une analyse plus en profondeur des

résultats préliminaires permettrait sûrement de découvrir des éléments positifs et négatifs supplémentaires aux micro-fusions étudiées sur de nouvelles dimensions.

7.3 Contributions pour la recherche et la pratique

Les résultats obtenus par l'intermédiaire de notre étude de cas sont intéressants et méritent que l'on s'y arrête plus longuement. Tout d'abord, cette recherche a permis, sur le plan théorique, de mettre sur pied un modèle unique des processus de gestion favorisant le succès des fusions et des acquisitions. Ce modèle qui est basé sur une analyse comparative solide des facteurs provenant de six modèles de base, constitue une synthèse intéressante pouvant être utilisée ultérieurement. Par l'analyse de cas réalisée, nous avons de plus, pu confirmer l'application théorique des éléments contenus dans ce modèle-synthèse.

Nous avons également pu démontrer l'existence de relations directes partant du contexte vers les mécanismes de gestion utilisés et vers les résultats, de même que de l'apport que peut avoir une bonne réalisation des défis de gestion au niveau des résultats de l'intégration.

En ce qui concerne la pratique, cette recherche apporte une nouvelle perspective non étudiée auparavant auprès du CHUx. Par le diagnostic réalisé, elle est venue cibler une problématique intéressante et pouvant être déterminante pour la réussite ou l'échec de l'ensemble du processus global de la fusion. Il serait ainsi fortement indiqué, pour la direction du CHUx, de prendre en considération la présente étude. La prise en compte et l'application des processus de gestion favorisant la réalisation de l'intégration des fusions favoriserait certes les processus d'intégration des micro-fusions à venir. Il est important de ne pas banaliser la réalisation de ce changement puisqu'il est intimement lié à la survie de cette nouvelle organisation.

Enfin, ce mémoire a fait le point sur de nombreux éléments pouvant sembler évidents à prime abord et dont la réflexion approfondie était nécessaire bien que non-réalisée jusqu'à présent. Il a été en mesure de fournir une explication claire et logique des difficultés vécues actuellement au niveau de l'atteinte des résultats projetés.

7.4 Pistes de recherches futures

Les deux micro-fusions étudiées dans la présente recherche ont dû être entamées avant la date prévue et ce, en dépit de conflits au niveau médical. Le moyen de protestation des médecins, dans ces cas-ci, étant de quitter le CHUx, ce qui est venu bouleverser le processus de fusion de même que l'ensemble des unités concernées. Deux hypothèses se posent alors, peut-être ces services étaient-ils réellement incompatibles ou encore, peut-être a-t-on tout simplement de la difficulté à gérer les conflits entre groupe de médecins. À notre connaissance, aucun geste concret de médiation n'a été posé. La médiation est une activité qui nécessite des aptitudes spécifiques, des connaissances particulières ainsi qu'une position de neutralité totale de la part de celui qui la dirige. Il serait très intéressant d'étudier les effets de l'implantation d'activités de médiation.

En second lieu, nous avons relevé une ambiguïté importante au niveau de la gestion de l'autorité. À notre avis, cette problématique est due, en grande partie, à la forme structurelle de l'organisation étudiée ainsi qu'au partage de pouvoir entre les différents pôles d'autorité. Il serait, par conséquent, très pertinent de réaliser une étude sur l'efficacité des différentes formes de leadership collectif et de faire l'étude d'une nouvelle forme de leadership qui conviendrait potentiellement mieux aux hôpitaux.

Dans un troisième temps, le modèle-synthèse contenu dans cette recherche ne tient pas compte des difficultés liées à reconnaissance et la crédibilité. Pourtant, selon les répondants de la présente étude, l'une des choses les plus difficiles à vivre pour les gens qui vivent une fusion est d'avoir à se rebâtir une crédibilité ainsi qu'une

reconnaissance afin d'être en mesure d'être apprécié à sa juste valeur. Il serait par conséquent intéressant de développer des mécanismes de gestion facilitant le développement d'une nouvelle reconnaissance en situation de fusion.

Quatrièmement, comme nous l'avons mentionné précédemment, il serait intéressant de réaliser une étude approfondie portant uniquement sur l'atteinte des différents objectifs en fonction de la variable temps dans cette même organisation dans quelques années, le temps de laisser le processus de fusion avancer un peu.

De plus, une autre recherche pourrait porter sur une analyse en profondeur des gains d'efficience et d'efficacité réels obtenus à partir de la concentration de l'expertise et des services de soutien. Nous croyons qu'en raison des enjeux de gestion impliqués dans les regroupements d'organisations, la réalité empirique de ces processus rend particulièrement difficile la réalisation de tels gains. En effet, les gains recherchés par les économies de coût, en vue de répondre aux contraintes de rationalisation tout en maintenant l'offre de service, sont loin d'être acquis.

Bien évidemment, l'application du modèle-synthèse des processus de gestion de l'intégration à l'analyse de différents cas de fusions d'organisations professionnelles serait également un complément fort intéressant à ce mémoire.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTREVUE

- 1) Pourriez-vous nous tracer brièvement votre cheminement de carrière ?

Processus de mise en commun

- 2) Comment avez-vous été informé de la fusion de votre département?
- 3) Comment décririez-vous votre attitude face à la fusion au tout début du processus d'intégration de votre département ? Et maintenant ?
- 4) À partir de ce moment, jusqu'à aujourd'hui, comment s'est déroulé le processus de fusion de votre spécialité ? Quel ont été les événements critiques ?
- 5) Physiquement, qu'a-t-il fallu faire pour effectuer la fusion des unités ?
- 6) Comment décririez-vous le climat au sein de votre département au cours de la fusion?
- 7) Quel a été votre rôle dans cette fusion?
- 8) Quelles ont été les personnes clés dans ce changement ? (et si non nommé) Quel a été le rôle du DRH ? Du DG ? Du DSI ? Du DSP ? Du chef de service ? Des syndicats ?
- 9) Comment aviez-vous planifié l'intégration avant la mise en commun des différents départements ? Avez-vous des documents que l'on pourrait examiner ?

Différences entre campus

- 10) Quelles sont les pratiques spécifiques à chacun des pavillons en ce qui concerne les médecins ? En ce qui concerne les infirmières ?

- 11) Au moment de la fusion, quels étaient les principales différences culturelles entre votre équipe d'origine et les membres des autres campus?
- 12) De quelle façon avez-vous géré ces différences culturelles?
- 13) Quelles différences voyez-vous concernant les relations infirmières-médecins-professionnels entre les campus?
- 14) Selon vous, quelles sont les principales forces et faiblesses de chaque campus au sein de votre spécialité ? Sentez-vous que ces potentiels sont suffisamment exploités actuellement?

Résultats préliminaires

- 15) Y a-t-il eu des changements par rapport à la stratégie de fusion d'origine de votre département?
- 16) Est-ce que la culture de votre département s'est modifiée par rapport à ce qu'elle était avant la fusion ? Si oui, de quelle façon?
- 17) Quels apprentissages avez-vous tirés de cette mise en commun ? Quelles sont vos recommandations pour la fusion des autres unités?
- 18) Ces recommandations ont-elles été transmises formellement à d'autres unités?
- 19) D'après vous, comment vont se dérouler les prochains mois au sein de votre unité?

Conclusion

- 20) Est-ce qu'il y a une question que je n'ai pas posé et que j'aurais dû vous demander?

ANNEXE B

LETTRE ADRESSÉE AUX RÉPONDANTS DÉCRIVANT LE PROJET DE
RECHERCHE SUR LA CRÉATION DU CHUx

ANNEXE C

GRILLE DÉTAILLÉE DES DÉFIS DE LA GESTION DE L'INTÉGRATION

DÉFI DE COMMUNICATION	
Communication claire, consistante et régulière	Communication bidirectionnelle verticale et horizontale
	Canaux de communication bien définis et efficaces
	Développement d'une compréhension mutuelle et d'une volonté à travailler ensemble.
	Créer un climat favorisant l'ouverture des dialogues et l'honnêteté.
	Créer un climat d'honnêteté
Compréhension de la justification de la fusion	Expliquer et justifier la nécessité de la fusion
	Rendre la fusion naturelle aux yeux des employés
	Objectifs de fusion réalistes aux yeux des individus

DÉFI HUMAIN	
Gestion de la résistance et rétention du personnel clé	Reconnaître la résistance et l'utiliser au niveau du diagnostic
	Consacrer la majeure partie de l'énergie à la masse
	Communiquer de la reconnaissance aux membres
	Offrir une place ainsi que des incitatifs au personnel clé
Impliquer et responsabiliser les groupes concernés	Estimer à son juste niveau le rôle des employés
	Impliquer le syndicat tôt dans le processus
	Encourager les initiatives et la participation volontaire
	Permettre aux employés d'avoir une influence sur leur travail
Support et empathie	Apporter un support moral aux membres
	Aider les individus à gérer le stress lié à la fusion
	Actions de soutien ciblées, visibles, actives et sollicitieuses.

DÉFI DE DIRECTION	
Convergence des actions	Bonne coordination
	Interactions fréquentes entre les différents niveaux et unités
	Respect du plan d'action
Faire face aux décisions difficiles et respect des engagements	Affronter les décisions difficiles
	Assumer les conséquences des décisions prises
	Appuyer le discours par des actions tangibles
Gestion de l'autorité et du pouvoir	Utiliser les sources et formes de pouvoir de façon saine
	S'assurer qu'une personne spécifique soit en charge
	Définir des lignes d'autorité claires
Leadership	Compétences pour gérer un tel projet
	Forte convictions dans la réussite de la fusion
	Savoir se faire respecter
	Être responsable du résultat de l'intégration
	Être crédible
	Être capable d'influence
	Être persévérant
	Donner l'exemple
	Équipe de direction unie et œuvrant dans la même direction
Orientation claire pour tous	Nouvelle mission doit être comprise par tous
	Véhiculer les valeurs désirées
	Façon dont on compte atteindre les objectifs
	Faire savoir ce que l'on attend des employés
Vision globale	Vision micro et macro
	Accent sur le client
	Maintien des standards de qualité

DÉFI DU RYTHME	
Tempo consistant et modérément rapide	Profiter de l'impulsion du moment
	Encourager les actions proactives
	Respect de l'échéancier

DÉFI TECHNIQUE	
Pouvoir les assises et ressources nécessaires à la fusion	Instaurer les bases avant d'amorcer le changement
	Système de gestion et outils de travail communs
	Formation du personnel concerné
	Disposer de ressources discrétionnaires
	Élaboration de plans d'actions
Prévoir une période d'habituation	Prévoir une diminution temporaire de la production
	Formuler des objectifs et priorités permettant une habitude
Évaluation régulières et ajustements	Évaluer fréquemment les résultats
	Prendre en considération les éléments nouveaux

ANNEXE D

LEXIQUE DU JARGON DES ORGANISATIONS

HOPITALIÈRES FRANCO-QUÉBÉCOISES

- Département :** Composante de la structure hiérarchique du corps médical (direction des soins professionnels), il regroupe un ensemble de **services**.
- Professionnels :** Réfère à l'ensemble des membres para-médicaux. Cette catégorie comporte tous les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les diététistes.
- Secteur :** Composante de la structure hiérarchique de la direction des soins infirmiers, elle regroupe un ensemble d'**unités**.
- Service :** Plus petite division de la structure médicale, elle peut regrouper une ou des spécialités (ex: pédiatrie-néonatalogie).
- Unité :** Plus petite division de la structure des soins infirmiers, elle est sous l'autorité d'une adjointe à la clientèle. On utilise également à cette appellation lorsque l'on réfère à la structure physique au niveau de laquelle les patients hospitalisés sont admis.

Références

- Adler, N. J. *Comportement organisationnel ; une approche multiculturelle*. Les Éditions Reynald Goulet Inc. Québec, 1994, 324p.
- Aktouf, O. 1992. *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy (QC), 213p.
- Allaire, Y. et Firsirotu, M.E. 1985. « How to implement Radical Strategies in Organizations », *Sloan Management Review*, printemps, pp.19 à 34.
- Allaire, Y. et Firsirotu, M.E. 1984. *Cultural Revolutions in Large Corporations : The management of Strategic Discontinuities*. Cahier de recherche No.16-84, Université du Québec à Montréal, 34p.
- Allaire, Y. et Firsirotu, M.E. 1983. *La dimension culturelle des organisations : conséquences pour la gestion et le changement des organisations complexes*. Dans Tarrab et al. *La psychologie organisationnelle au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, pp.481-494.
- Barette, C., Gaudet, É. et Lemay, D. 1993. *Guide de communication interculturelle*. Édition du renouveau pédagogique Inc., Saint-Laurent (Qc), pp.112-136.
- Barnard, C.I. 1938. *Functions of the Executive*. Cambridge: Harvard University Press, 334p.
- Bernier, J. 1949. *Trois siècles de charité à l'Hôtel-Dieu de Montréal*. Édition : Thérien Frères, Montréal, 131p.
- Bowman, E.H. 1985. « Generalizing About Strategic Change: Methodological Pitfalls and Promising Solutions ». In *Organizational Strategy and Change*, sous la direction de Johannes M. Pennings, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, pp.319 à 335.
- Buono, F. et Bowditch, J.L. 1989. *The Human Side of Mergers and Acquisitions : Managing Collisions Between People, Cultures and Organisations*. Jossey Bass Publishers, California, 317p.
- Buono, A.F., Bowditch, J.L. et Lewis, J.W. 1985. « When Cultures Collide : The Anatomy of a Merger ». *Human Relations*, Vol. 38, No. 5, pp. 477-500.
- Cartwright, S. et Cooper, C.L. 1993. « The Role of Culture Compatibility in Successful Organizational Marriage ». *Academy of Management Executive*. No. 7, p57-70.

- Clark, P.J. 1991. *Beyond the Deal : Optimizing Merger and Acquisition Value*. Harper Collins Publishers Inc., 313p.
- Coburn, D., Torrance, G.M. et Kaufert, J.M. 1983. « Medical Dominance in Canada in Historical Perspective : The Rise and Fall of Medecine? ». *International Journal of Health Services*, Volume 13, Numéro 3, pp.407-431.
- Cohen-Émérique, M. 1992. « La tolérance face à la différence, cela s'apprend ». *Intercultures*, No. 16 (janvier), pp.77-92.
- Coley, S.C. et Sigurd, E.R. 1988. « The Hint for Value ». *The McKinsey Quartely*. Spring, pp. 29-34.
- Combs, J.G. 1996. « The Urge to Merge ». *Journal of Property Management*. Sept. - Oct., Vol. 61, No. 5, pp. 66-69.
- Conklin, M. 1994. « Paying Attention to Basics Can Make or Break a Merger ». *Health Care Strategic Management*, Vol. 12, No. 8, pp. 1-8.
- Conseil d'administration de la SICHUM. 1996. *Protocole d'entente du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)*, version finale, Septembre, 39p.
- Covin, T.J. et Kilmann, R.H. 1990. « Participant Perceptions of Positive and Negative Influences on Large-Scale Change ». *Group & Organizations Studies*, Vol. 15, No.2, pp.233-248.
- Covin, T.J., Sightler, K.W., Kolenko, T.A. et Tudor, R.K. 1996. « An Investigation of post-acquisition satisfaction with the merger ». *The Journal of Applied Science*, Vol. 32, No. 2 (June), pp. 125-142.
- Crosbie & Company 1999. « M & A Year-To-Date Facts and Trends ». *Mergers & Acquisitions in Canada*. Vol. 11, No. 2 (février), p.4.
- Crosbie & Company 1998. « An M & A Boom Primer ». *Mergers & Acquisitions in Canada*. Vol. 10, No. 2 (février), p.1-2.
- Davidson, M. 1996. « The Siren Call of Mergers & Acquisitions ». *Across the Board*. Vol. 33, No. 9, pp. 36-40.
- Davidson, K.M. 1988. « The Acquisition Risk », *Journal of Business Strategy*, Vol. 9, No. 3 (May-June), pp. 56-58.
- Denis, J.-L., Lamothe, L. et Langley, A. 1998. The Dynamics of Teaching Hospital Mergers ». In *La performance hospitalière : du malade au système hospitalier* : INSERM Colloquium (Paris, Octobre, 1998).

- Denis, J.-L., Langley, A. et Cazale, L. 1995. « Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 2, No. 2, pp.165-189.
- Denis, J.-L., Langley, A. et Pineault, M. 1996. « Devenir leader dans une organisation complexe ». *Gestion*, Vol. 21, No. 4, (décembre), pp.15-24.
- Derhy, A. 1997. « Fusions-acquisitions : la logique sectorielle ». *Revue française de gestion*. No. 112 (janvier-février), pp. 39-51.
- Direction de la planification stratégique du CHUM. 1998. *Rôle du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et complémentarité avec l'hôpital Sainte Justine*, Montréal, le 23 novembre, 23p.
- Direction générale du CHUM. 1998. Le CHUM; Une solution et un projet collectif ». Présentation lors du colloque du Réseau HEC : *Le changement dans les organisations* (Montréal, 20 août 1998), 11p.
- Eisenhardt, K.M. 1989. « Building Theories from Case Study Research ». *Academy of Management Review*, Vol.14, No.4, p.532 à 550.
- Feldman, M. L. et Spratt, M. F. 1994. *Postmerger Integration*. Dans Rock et al. *The Mergers & Acquisitions Handbook*, Second Edition, McGraw-Hill Inc., New York, pp.409-417.
- Freidson, E. 1984. *La profession médicale*. Payot, Paris, 369p.
- Gambrell, S.W. et Stevens C.A. 1992. « Moving Through the Three Phases of Organizational Change ». *Industrial Management*. Vol. 34, No. 4, pp. 4-6.
- Galpin, T.J. et Robinson, D.E. 1997. « Merger Integration: The Ultimate Change Management Challenge ». *Mergers & Acquisitions*. January-February, pp.24-28.
- Gemmill, G. et Elmes, M. 1993. « Mirror, Mask, and Shadow; Psychodynamic Aspects of Intergroup Relations ». *Journal of Management Inquiry*, Vol. 2, No.1 (March), pp.43 à 51.
- Gerpott, T.J. et Bloch, B. 1992. « Strategic Human Ressource Management for the Integration of Foreing Acquisitions ». *Journal of Management Developpement*. Vol. 11, No. 5, pp.3-5.
- Gill, J. et Foulder, I. 1978. « Managing a Merger : The Acquisition and the Aftermath ». *Personnel Management*, January, pp.14-17.

- Goulet, D., Hudon, F. et Keel, O. 1993. *Histoire de l'hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*. VLB Éditeur, Montréal, 452p.
- Guiraud-Chaumeil, B. et Ghisolfi, J. 1996. *Les Hôpitaux universitaires en l'an 2000*. Éditions Privat, Paris, 303p.
- Hafsi, T. 1989. *Les entreprises japonaises ont-elles un avantage compétitif en situation de complexité?* Cahier de recherche No. 89-04, École des Hautes Études Commerciales, Montréal, 29p.
- Hafsi, T. 1985. « Du management au métamanagement : les subtilités du concept de stratégie ». *Gestion*, février, pp.6-14.
- Hafsi, T. et Demers, C. 1989. *Le changement radical dans les organisations complexes; le cas d'Hydro-Québec*, Gaétan Morin, Boucherville, Québec, pp.11-33 et pp.231-268.
- Hafsi, T. et Demers, C. 1997. *Comprendre et mesurer la capacité de changement des organisations*. Les Éditions Transcontinentales inc., Montréal, 322p.
- Hafsi, T. et Fabi, B. 1997. *Les fondements du changement stratégique*. Les Éditions Transcontinental inc., Montréal, 372p.
- Hafsi, T. et Toulouse, J.-M. 1991. *Acquisitions et fusions : la formulation de la stratégie contre sa mise en œuvre*. Cahier de recherche No. 91-07, École des Hautes Études Commerciales, Montréal, 24p.
- Hafsi, T. et Toulouse, J.-M. 1994. « Acquisitions et fusions : les choix stratégiques au conflit avec leur mise en œuvre ». *Gestion*, février, pp.75-86.
- Haspeslagh, P.C. et Jemison, D.B. 1991. *Managing Acquisitions : Creating Value Through Corporate Renewal*, The Free Press, New York, 416p.
- Hayes, R.H. 1979. « The human side of acquisitions ». *Management Review*. Vol. 68, No. 11, pp. 41-46.
- Huberman, A.M. et Miles, M.B. 1991. *Analyse des données qualitatives*. Édition du renouveau pédagogique, Belgique, 480p.
- Kransorff, A. 1993. « Making Acquisitions Work by the Book ». *Personnel Management*. Vol. 25, No. 5, pp. 40-43.
- Lamothe, L. 1996. *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés*. Thèse de doctorat, Montréal, faculté de management, Université McGill, 555p.

- Lefèvre, M. 1993. *La performance des organisations québécoises : du discours à la réalité*. Publi-Relais, Montréal, 88p.
- Leroux, C.G. 1997. « Management retention contracts in health care affiliations ». *Health Care Management Review*. Vol. 2, No. 2 (Spring), pp.49-54.
- Lord, L.H. 1985. *75 ans... et combien d'histoires !* Édition : Relations Publiques de l'Hôpital Saint-Luc, Montréal, 52p.
- Malcuit, G., Pomerleau, A. et Maurice, P. 1995. *Psychologie de l'apprentissage; termes et concepts*. Edisem inc., p.243.
- Marks, M. L. 1982. « Merging Human Resources ». *Mergers & Acquisitions*. Vol. 20, No. 12 (Summer), pp. 38-44.
- Marks, M.L. et Mirvis, P.H. 1986. « The Merger Syndrome ». *Psychology Today*. October, pp. 36-42.
- Maynard, G. 1995. « Medical Staff Consolidation ; Issues and Concerns ». *Hopital & Health Services Administration*. Vol. 40, No. 3 (Fall), pp. 348-361.
- McCann, J.E. et Gilkey, R. 1988. *Joining Forces*. Prentice Hall, New Jersey, 309p.
- Mintzberg, H. 1984. *Structure et dynamique des organisations*, chapitre 19, Les éditions d'organisations, Paris / Les éditions Agence d'ARC Inc., Montréal, pp.309-335.
- Mintzberg, H. et Quinn, J.B. 1992. *The Strategy Process: Concepts and Contexts*. Prentice Hall, New Jersey, 480p.
- Mirvis, P.H. 1985. « Negotiations after the sale : The roots and ramifications of conflict in an acquisition ». *Journal of Occupational Behavior*. No. 6, pp. 65-84.
- Mirvis H.M. et Marks M.L. 1991. *Managing the Merger*, Prentice-Hall, New Jersey, 371p.
- Mondoux, M. 1942. *L'Hôtel-Dieu ; premier hôpital de Montréal*, Édition : Thérien Frères limitée, Montréal, 417p.
- Myron, M. 1984. « Acquiring without Smothering ». *Fortune*. 12 Novembre, pp. 22-38.
- Patton, M.Q. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2e édition, Sage Publications, California, 532p.

- Pepper, S. C. 1972. « Contextualism ». In *World Hypothesis*. University of California Press, États-Unis, pp.232 à 279.
- Pettigrew, A.M. 1990. « Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice ». *Organization Science*, Vol.1, No.3, pp.267 à 292.
- Pettigrew, A.M. 1985. « Examining Change in the Long-Term Context of Culture and Politics ». In J.M. Pennings (ed), *Organizational Strategy and Change*, San Francisco : Jossey-Bass, pp.269 à 318.
- Porter, M.E. 1987. « From Competitive Advantage to Corporate Strategy », *Harvard Business Review*, mai-juin 1987, p. 43-59.
- Reardon, J. et Reardon, L. 1995. « The Restructuring of the Hospital Services Industry ». *Journal of Economic Issues*. Vol. XXIX, No. 4 (December), pp.1063-1081.
- Rentsch, J.R. et Schneider, B. 1991. « Expectations for Postcombination Organizational Life : A Study of Responses to Merger and Acquisition Scenarios ». *Journal of Applied Social Psychology*, Vo. 21, No. 3, pp.233-252.
- Rousseau, L. 1990. *L'acquisition d'entreprises*. Presses de l'Université du Québec, Québec, 208 p.
- Sales, A.L. et Mirvis, P. 1984. « When Culture Collide : Issues in Acquisitions ». In *Managing Organizational Transition*, sous la dir. De Kimberly, J.R. et Quinn, R.E., Homewood, IL : Irwin, pp. 88-96.
- Shirley, R. C. 1977. « The Human Side of Merger Planning ». *Long Range Planning*. Vol. 19, No. 1, pp.35-39.
- Smith, K. W. 1998. « Acquiring for Growth : How Excellence in Post-Merger Management Improves the Odds of Success ». *Mergers & Acquisitions in Canada*. Vol. 10, No.7.
- Smith, K. W. 1998. « Follow the Leader : How Canadian Acquirors Are Beating Americans at Their Own Game ». *Mergers & Acquisitions in Canada*. Vol. 10, No.4, p.1-2.
- Tichy, N.M. 1983. « The Essentials of Strategic Change Management ». *Journal of Business Strategy*, Vol.3, No.4, pp.55-67.
- Usunier, J.-C. Easterby-Smith, M. et Thorpe, R. 1993. *Introduction à la recherche en gestion*. Collection Gestion, Economica, Paris, 233p.

- Vachon, P. 1997. *La vente d'entreprise*, Éditions Wilson & Lafleur Ltée, Montréal, 1129p.
- Wacheux, F. 1996. *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Collection Gestion, Economica, Paris, 290p.
- Walsh, J.P. (1988). « Merging Human Ressources », *Mergers and Acquisitions*, été, p.39.
- Weidenbaum, M. et Vogt, S. 1987. « Takeovers and Stockholders : Winners and Losers », *California Management Review*, Sommaire.
- William M. Mercer Limitée. 1991. « Réussir une fusion ; l'aspect humain des fusions et des acquisitions ». *Actes du colloque #108: Les aspects humains des fusions et acquisitions* (14 novembre 1991), p.1-11. Montréal : Association des professionnels en ressources humaines du Québec.
- Yin, R.K. 1984. *Case Study Research : Design and Methods*, Volume 5 de *Applied Social Research Methods Series*, Sage Publications, California, 159p.