

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE RÔLE DE L'IDENTITÉ LORS DE LA FUSION D'UNITÉS
OPÉRATIONNELLES D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
YANN HÉBERT

JUIN 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

AVANT-PROPOS

Cette thèse est le point culminant d'un long et riche processus académique. Ayant développé un intérêt prononcé pour la recherche pendant son baccalauréat en psychologie, lequel intérêt s'est ensuite précisé pour les enjeux sociaux, l'auteur s'est grandement épanoui grâce à l'étude des fusions organisationnelles selon l'angle humain.

Ayant rédigé la quasi-totalité de cette thèse en travaillant parallèlement à temps plein, l'auteur a puisé une importante inspiration dans une expression idéologique popularisée par Ernesto « Che » Guevara : « *Soyez réalistes : demandez l'impossible* ».

L'auteur est particulièrement reconnaissant envers sa directrice de thèse, madame Ann Langley de HEC, ainsi qu'envers ses deux co-directeurs, MM Roland Foucher de l'UQAM et Jean-Louis Denis de l'Université de Montréal. Entre autres, Mme Langley a influencé l'auteur en ce qui a trait à l'importance de la rigueur méthodologique et analytique, tout en lui dévoilant la puissance de la recherche processuelle. Merci à Mme Langley pour son soutien constant, tant sur le plan humain qu'académique. Merci à MM Foucher et Denis, grâce auxquels l'auteur a profité d'un enseignement complémentaire des plus pertinents. Merci également à Mario Roy, de l'Université de Sherbrooke, pour sa contribution à l'amélioration de cette thèse, à titre de lecteur externe.

Titulaire d'une bourse de recherche octroyée par l'Institut des Services et des Politiques de la Santé (ISPS), faisant partie des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC), l'auteur de la recherche tient à souligner à quel point cette reconnaissance financière fut une aide précieuse et une grande source de motivation.

Finalement, sont grandement remerciés famille et amis, sans lesquels ce projet n'aurait pas eu de sens. Un merci tout particulier à Chantal, qui a accompagné l'auteur sur ce long chemin parsemé de défis et de joie.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	III
LISTE DES FIGURES	XIII
LISTE DES TABLEAUX.....	XV
LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	XIX
RÉSUMÉ	XX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I.....	7
LA RECENSION DES ÉCRITS SUR LES FUSIONS ORGANISATIONNELLES ET LE CONCEPT D'IDENTITÉ.....	7
1.1.1 La prévalence et les avantages des fusions organisationnelles	8
1.1.2 La fusion des organisations de santé.....	9
1.1.3 Les risques reliés aux fusions organisationnelles.....	9
1.1.4 Le facteur humain qui sous-tend la fusion	11
1.2 Le concept de l'identité	12
1.2.1 L'identité sociale : le lien entre l'individu et le groupe	12
1.2.2 L'identité organisationnelle	14
1.2.3 L'identité : une variable prometteuse.....	15
1.2.4 Le contenu de l'identité du groupe.....	16
1.2.5 Les sources de l'identité.....	18
1.2.5.1 Les sources d'identité propres au secteur hospitalier	19
1.2.6 La force de l'identité	20
1.2.7 La différence entre identification et engagement	21
1.2.8 Les antécédents à l'identification.....	22
1.2.9 Les manifestations de l'identité	23
1.2.10 Les manifestations de l'identité en contexte de fusion.....	27
1.3 Les interventions de gestion permettant d'influencer le processus d'identification	30
1.3.1 Les interventions promouvant les interactions.....	32
1.3.2 Les interventions de médiation	33
1.3.3 Le leadership : les interventions et le phénomène intergroupe	35
1.3.4 Les interventions s'appuyant sur les communications	38

1.3.5 Les interventions faisant la promotion d'une vision, de symboles ou d'une image	38
1.4 Les autres variables pouvant influencer l'intégration identitaire en contexte de fusion	41
1.4.1 Les relations de confiance	41
1.4.2 L'image du groupe de travail	43
1.4.3 L'incertitude vécue par les personnes	44
1.4.4 La satisfaction par rapport à une fusion organisationnelle	44
1.5 L'apport de la présente recherche	45
CHAPITRE II	47
LA PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE ET LES PROPOSITIONS DE RECHERCHE	47
2.1 Le contexte de micro-fusion	47
2.2 Les questions de recherche	48
2.3 Le cadre conceptuel de la recherche	48
2.3.1 Le concept de profil identitaire	52
2.3.1.1 L'influence du contenu de l'identité	52
2.3.1.2 L'influence des sources d'identification	53
2.3.1.3 L'influence de la force de l'identification	54
2.3.2 L'influence des interventions de gestion sur la micro-fusion	55
2.3.3 L'émergence de différentes formes d'intégration (scénarios) et les relations avec le degré d'identification et la satisfaction	56
2.3.4 L'influence des variables contextuelles sur les processus de la micro-fusion	59
2.4 La conclusion	60
CHAPITRE III	61
LA MÉTHODOLOGIE ET LE DEVIS DE RECHERCHE	61
3.1 Le milieu de recherche	62
3.2 Le choix des quatre cas de micro-fusion	62
3.3 Les unités d'analyse	65
3.4 Les outils de cueillette de données	66
3.4.1 L'entrevue semi-structurée	66
3.4.1.1 La conception et la validation du canevas d'entrevue	67
3.4.1.2 La collecte de données qualitatives	69
3.4.2 Le questionnaire (temps 1 et temps 2)	73
3.4.2.1 La conception et la validation du questionnaire	75
3.4.2.2 La collecte de données quantitatives	77

3.5 L'analyse des données	79
3.5.1 Les récits de cas pour chaque micro-fusion	80
3.5.2. L'analyse transversale (pré-fusion et post-fusion)	82
CHAPITRE IV	84
LA MICRO-FUSION DE L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS DU SITE A	84
4.1 La phase 1 : la micro-fusion l'USI/N et de l'USI/M (de 1998 à 2000).....	84
4.1.1 Le contexte et l'historique.....	84
4.1.2 Les écarts identitaires en présence	86
4.1.3 Le contexte physique	89
4.1.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	89
4.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	93
4.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications.....	93
4.2 La phase 2 : la micro-fusion de l'USI/M et de l'USI/C (de 2000 à 2003)	94
4.2.1 Le contexte et l'historique.....	94
4.2.2 Les écarts identitaires en présence	95
4.2.3 Le contexte physique	99
4.2.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	100
4.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles	112
4.2.6 Les résultats finaux et quelques explications	113
4.3 La conclusion du cas de fusion de l'USI du site A	123
4.3.1 Les leviers au processus d'identification à l'USI généraux	123
4.3.2 Les freins au processus d'identification à l'USI généraux	123
4.3.3 Les effets paradoxaux de leviers et de freins au processus d'identification à l'USI généraux	126
CHAPITRE V.....	133
LA MICRO-FUSION DE L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS DU SITE B	133
5.1 La phase 1 : trois unités distinctes jusqu'en 1991.....	133
5.1.1 Le contexte et l'historique.....	133
5.1.2 Les écarts identitaires en présence	134
5.1.3 Le contexte physique	137
5.1.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	137
5.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	141
5.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications.....	141

5.2 La phase 2 : l'arrivée de l'USI/MC aux côtés de l'USI/C (de 1991 à 1993)	142
5.2.1 Le contexte et l'historique.....	142
5.2.2 Les écarts identitaires en présence	143
5.2.3 Le contexte physique	145
5.2.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	146
5.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	149
5.2.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications.....	150
5.3 La phase 3 : l'arrivée forcée de membres de la salle de réveil CVT et le déménagement, (de 1993 à 1997)	151
5.3.1 Le contexte et l'historique.....	151
5.3.2 Les écarts identitaires en présence	151
5.3.3 Le contexte physique	153
5.3.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	154
5.3.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	163
5.3.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications.....	165
5.4 La phase 4 : la fusion des intensivistes (de 1997 à 2002)	166
5.4.1 Le contexte et l'historique.....	166
5.4.2 Les écarts identitaires en présence	166
5.4.3 Le contexte physique	167
5.4.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	167
5.4.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	171
5.4.6 Les résultats finaux et quelques explications	172
5.5 La conclusion du cas de fusion de l'USI du site B	182
5.5.1 Les leviers au processus d'identification à l'USI généraux	182
5.5.2 Les freins au processus d'identification à l'USI généraux.....	183
5.5.3 Les effets paradoxaux de leviers et de freins au processus d'identification à l'USI généraux.....	186
CHAPITRE VI	194
LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A.....	194
6.1 La phase 1 : la fusion des ailes Est et Ouest du site A (de 1992 à 1996).....	194
6.1.1 Le contexte et l'historique.....	194
6.1.2 Les écarts identitaires en présence	196
6.1.3 Le contexte physique	199
6.1.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	200

6.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	205
6.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications.....	205
6.2 La phase 2 : l'arrivée des membres du département d'orthopédie du site B (de 1997 à 2002)....	206
6.2.1 Le contexte et l'historique.....	206
6.2.2 Les écarts identitaires en présence	209
6.2.3 Le contexte physique	210
6.2.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	210
6.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	214
6.2.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications.....	217
6.3 La phase 3 : la fermeture de la clinique externe du site B et le parachèvement de la fusion (de 2002 à 2003).....	218
6.3.1 Le contexte et l'historique.....	218
6.3.2 Les écarts identitaires en présence	218
6.3.3 Le contexte physique	218
6.3.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	219
6.3.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	219
6.3.6 Le bilan des interventions de gestion	219
6.3.7 Les résultats finaux et quelques explications	222
6.4 La conclusion de la fusion du département d'orthopédie du site A	233
6.4.1 Les leviers au processus d'identification au département d'orthopédie.....	233
6.4.2 Les freins au processus d'identification au département d'orthopédie	234
CHAPITRE VII	244
LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE AU SITE A... 244	
7.1 La phase 1 : la fusion administrative des unités des sites A et B (de 1998 à 2001).....	244
7.1.1 Le contexte et l'historique.....	244
7.1.2 Les écarts identitaires en présence	246
7.1.3 Le contexte physique	251
7.1.4 Les interventions de gestion et le leadership.....	252
7.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles.....	260
7.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications.....	260
7.2 La phase 2 : la rénovation du site A et la fermeture du site B (de 2001 à 2002)	262
7.2.1 Le contexte et l'historique.....	262
7.2.2 Les écarts identitaires en présence	264
7.2.3 Le contexte physique	265

7.2.4 Les interventions de gestion et le leadership	265
7.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles	268
7.2.6 Les résultats finaux et quelques explications	270
7.3 La conclusion de la fusion du département de radio-oncologie du site A	282
7.3.1 Les leviers au processus d'identification au département de radio-oncologie	282
7.3.2 Les freins au processus d'identification au département de radio-oncologie.....	282
7.3.3 Les effets paradoxaux de leviers et de freins au processus d'identification au département de radio-oncologie.....	284
CHAPITRE VIII.....	293
LES FACTEURS QUI SOUS-TENDENT LA MENACE IDENTITAIRE AVANT LA FUSION DE LA NOUVELLE UNITÉ OPÉRATIONNELLE.....	293
8.1 L'approche inductive sous-jacente aux analyses transversales.....	294
8.2 Le diagramme causal	295
8.3 Les cinq courants de causalité pré-fusion et les variables associées.....	298
8.4 Le cas de l'USI du site A : un résumé des courants de causalité.....	300
8.4.1 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée élevée).....	302
8.4.2 Les employés de la spécialisation médicale de l'USI du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)	304
8.4.3 Les membres du corps médical de l'USI du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)	305
8.4.4 La conclusion de l'USI du site A	307
8.5 Le cas de l'USI du site B : un résumé des courants de causalité	308
8.5.1 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)	310
8.5.2 Les employés de la spécialisation médicale/cardiaque de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée).....	312
8.5.3 Les intensivistes chirurgicaux de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré- fusion jugée moyennement élevée).....	314
8.5.4 Les intensivistes médicaux/cardiaques de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée).....	315
8.5.5 La conclusion de l'USI du site B	317
8.6 Le cas de l'orthopédie du site A : un résumé des courants de causalité	318

8.6.1 Les chirurgiens orthopédiques du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée élevée).....	320
8.6.2 Les chirurgiens orthopédiques du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée).....	322
8.6.3 Les employés de la spécialisation orthopédique du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)	324
8.6.4 Les employés de la spécialisation orthopédique du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée).....	326
8.6.5 La conclusion du département d'orthopédie du site A.....	328
8.7 Le cas de la radio-oncologie du site A : un résumé des courants de causalité.....	328
8.7.1 Les employés de la radio-oncologie du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée élevée)	331
8.7.2 Les employés de la radio-oncologie du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée)	332
8.7.3 Les radio-oncologues du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée).....	334
8.7.4 La conclusion du département de radio-oncologie du site A	336
8.8 L'effet des variables pré-fusion sur les perceptions de menace identitaire pré-fusion : la théorie émergente et les contributions de la recherche	337

CHAPITRE IX..... 354

LES FACTEURS PENDANT LA FUSION QUI SOUS-TENDENT LE PROCESSUS

D'IDENTIFICATION À LA NOUVELLE UNITÉ OPÉRATIONNELLE..... 354

9.1 L'approche inductive sous-jacente aux analyses transversales post-fusion.....	355
9.2 Le diagramme causal	356
9.3 Les courants de causalité post-fusion et les variables associées	356
9.4 Le cas de l'USI du site A : un résumé des courants de causalité	362
9.4.1 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé moyennement élevé).....	364
9.4.2 Les employés de la spécialisation médicale de l'USI du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	369
9.4.3 Les membres du corps médical de l'USI du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé).....	371
9.4.4 La conclusion du l'USI du site A.....	374
9.5 Le cas de l'USI du site B : un résumé des courants de causalité	376

9.5.1 Les employés de la spécialisation médicale/cardiaque de l'USI du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	378
9.5.2 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	382
9.5.3 Les intensivistes chirurgicaux de l'USI du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	384
9.5.4 Les intensivistes médicaux/cardiaques du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	388
9.5.5 La conclusion du l'USI du site B	390
9.6 Le cas du département d'orthopédie du site A : un résumé des courants de causalité	391
9.6.1 Les chirurgiens orthopédiques du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé moyennement élevé)	394
9.6.2 Les chirurgiens orthopédiques du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé moyennement élevé)	397
9.6.3 Les employés de la spécialisation orthopédique du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	399
9.6.4 Les employés de la spécialisation orthopédique du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	403
9.6.5 La conclusion du cas de l'orthopédie du site A	406
9.7 Le cas du département de radio-oncologie du site A : un résumé des courants de causalité	406
9.7.1 Les employés de la spécialisation de radio-oncologie du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	409
9.7.2 Les employés de la spécialisation de radio-oncologie du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	413
9.7.3 Les radio-oncologues du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)	416
9.7.4 La conclusion du département de radio-oncologie du site A	417
9.8 L'effet des variables post-fusion sur le degré d'identification à la nouvelle unité : la théorie émergente et les contributions de la recherche	418
CHAPITRE X.....	440
LA CONCLUSION.....	440
10.1 Les contributions de la recherche pour la compréhension de la phase pré-fusion	441
10.1.1 Les manifestations contextuelles du profil identitaire.....	441
10.1.2 L'effet du statut du sous-groupe sur l'attrait de la fusion	443
10.1.3 La taille du sous-groupe et la probabilité de conserver ses acquis	443

10.2 Les contributions de la recherche à la compréhension de la phase post-fusion	444
10.2.1 Les interactions interpersonnelles et l'influence de l'environnement et de la mobilité professionnelle	445
10.2.2 L'effet intégrateur des événements catalyseurs.....	446
10.2.3 Le paradoxe de la standardisation : la nouveauté instaurée dans le respect de la tradition.....	447
10.2.4 Le leadership en contexte de fusion : un phénomène à teneur inter-groupe	448
10.2.5 Le paradoxe du roulement de personnel	450
10.3 Les autres résultats à retenir	451
10.4 Les implications théoriques de la recherche	453
10.5 Les implications pratiques de la recherche	455
10.6 Les forces et les limites méthodologiques	458
10.7 Les pistes de recherche éventuelle.....	460
APPENDICE A	462
LE QUESTIONNAIRE	462
APPENDICE B	478
LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	478
APPENDICE C	480
LE CANEVAS D'ENTREVUE.....	480
RÉFÉRENCES	486

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 LE LIEN ENTRE CULTURE ORGANISATIONNELLE ET IDENTITÉ ORGANISATIONNELLE OU DE GROUPE.....	17
1.2 LES SOURCES D'IDENTIFICATION DANS UN CHU.....	20
2.1 LE CADRE CONCEPTUEL PROPOSÉ POUR L'ÉTUDE D'UNE MICRO-FUSION.....	50
2.2 LES SCÉNARIOS IDENTITAIRES POTENTIELS À LA CONCLUSION DE LA MICRO-FUSION.....	59
3.1 UN EXEMPLE DE QUESTION QUANTITATIVE POSÉE PENDANT L'ENTREVUE.....	71
4.1 TRAME TEMPORELLE DES ÉVÉNEMENTS ET DES INTERVENTIONS DE GESTION DANS L'USI DU SITE A.....	92
4.2 L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE DE L'USI GÉNÉRAUX DU SITE A.....	100
5.1 LA TRAME TEMPORELLE DES ÉVÉNEMENTS ET DES INTERVENTIONS DE GESTION DANS L'USI DU SITE B.....	140
5.2 L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE DE L'USI GÉNÉRAUX DU SITE B PENDANT LA DEUXIÈME PHASE.....	145
5.3 L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE DE L'USI GÉNÉRAUX DU SITE B PENDANT LA TROISIÈME PHASE.....	154
6.1 L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE DE L'UNITÉ ORTHOPÉDIQUE AU 12E ÉTAGE DU SITE A.....	200
6.2 LA TRAME TEMPORELLE DES ÉVÉNEMENTS ET DES INTERVENTIONS DE GESTION AU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A.....	204
7.1 LA TRAME TEMPORELLE DES ÉVÉNEMENTS ET DES INTERVENTIONS DE GESTION AU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A.....	259
7.2 L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE DU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A PENDANT LA DEUXIÈME PHASE.....	265
8.1 LE DIAGRAMME CAUSAL EXPLIQUANT LES PROCESSUS INHÉRENTS À LA MICRO-FUSION D'UNE UNITÉ OPÉRATIONNELLE.....	297

8.2 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES PRÉ-FUSION DANS L'USI DU SITE A (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES EMPLOYÉS DE LA SPÉCIALISATION CHIRURGICALE)	302
8.3 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES PRÉ-FUSION DANS L'USI DU SITE B (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES EMPLOYÉS DE LA SPÉCIALISATION CHIRURGICALE)	310
8.4 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES PRÉ-FUSION AU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDIQUES DU SITE A)	320
8.5 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES PRÉ-FUSION DANS LE DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES EMPLOYÉS DU SITE B).....	330
8.6 LES FONCTIONS DU GROUPE SE TRAVAIL EN TANT QUE PRINCIPALE SOURCE D'IDENTIFICATION DES EMPLOYÉS ET DU CORPS MÉDICAL	344
9.1 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES POST-FUSION DANS L'USI DU SITE A (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES EMPLOYÉS DE LA SPÉCIALISATION CHIRURGICALE)	364
9.2 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES POST-FUSION DANS L'USI DU SITE B (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES EMPLOYÉS DE LA SPÉCIALISATION MÉDICALE).....	378
9.3 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES POST-FUSION DU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDIQUES DU SITE B)	394
9.4 LES COURANTS DE CAUSALITÉ DES VARIABLES POST-FUSION AU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A (VALEURS TIRÉES DE LA PERSPECTIVE DES EMPLOYÉS PROVENANT DU SITE A)	409

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 LA MATRICE DES QUATRE CAS DE MICRO-FUSION À L'ÉTUDE	63
3.2 L'UTILISATION DES CONCEPTS THÉORIQUES PAR L'ENTREVUE ET LE QUESTIONNAIRE	66
3.3 LES DIMENSIONS DU CANEVAS D'ENTREVUE ET EXEMPLES DE QUESTIONS QUANTITATIVES.....	68
3.4 LES PERSONNES TOUCHÉES PAR LA MICRO-FUSION RENCONTRÉES EN ENTREVUE	72
3.5 LES 18 SOUS-ÉCHELLES DU QUESTIONNAIRE ET LEUR NOMBRE D'ITEMS	74
3.6 LES COEFFICIENTS DE FIDÉLITÉ DES ÉCHELLES RETROUVÉES DANS LE QUESTIONNAIRE	76
3.7 LE TAUX DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE PAR CAS DE MICRO-FUSION (TEMPS 1).....	78
3.8 LE TAUX DE RÉPONSE GLOBAL AU QUESTIONNAIRE POUR LE TEMPS 1	79
3.9 LE TAUX DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE PAR CAS DE MICRO-FUSION (TEMPS 2).....	79
3.10 LE TAUX DE RÉPONSE GLOBAL AU QUESTIONNAIRE POUR LE TEMPS 2	79
3.11 LA QUANTIFICATION SYMBOLIQUE DES PERCEPTIONS ENTOURANT UNE DIMENSION ÉTUDIÉE (EXEMPLE DE CODAGE DE DONNÉES)	82
4.1 LE PROFIL IDENTITAIRE D'ORIGINE DES SOUS-GROUPES D'EMPLOYÉS	86
4.2 LA FORCE DE L'IDENTITÉ D'ORIGINE DES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL.....	88
4.3 L'UTILISATION DES LEVIERS DE GESTION PENDANT LA MICRO-FUSION DE L'USI DU SITE A	111
4.4 LA SYNTHÈSE DES PERCEPTIONS POST-FUSION DANS L'USI DU SITE A (GROUPE FUSIONNÉ ET SOUS-GROUPES)	121
4.5 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DE L'USI/C.....	124

4.6 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE MOYENNEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DE L'USI/M	125
4.7 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE MOYENNEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE COMPOSÉ DES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL DES USI/C ET USI/M... ..	126
4.8 VARIABLES DÉPENDANTES PAR SOUS-GROUPES DE PERSONNES ÉTUDIÉES PENDANT LA MICRO-FUSION DE L'USI GÉNÉRAUX DU SITE A	128
5.1 LE PROFIL IDENTITAIRE D'ORIGINE DES SOUS-GROUPES D'EMPLOYÉS	135
5.2 LE PROFIL IDENTITAIRE D'ORIGINE DES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL.....	137
5.3 L'UTILISATION DES LEVIERS DE GESTION PENDANT LA MICRO-FUSION DE L'USI DU SITE B	169
5.4 LA SYNTHÈSE DES PERCEPTIONS POST-FUSION DANS L'USI DU SITE B (SOUS-GROUPES ET GROUPE FUSIONNÉ)	180
5.5 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE MOYENNEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DE L'USI/C	184
5.6 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE FAIBLEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DE L'USI/MC	185
5.7 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE MOYENNEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES INTENSIVISTES CHIRURGICAUX	185
5.8 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE FAIBLEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES INTENSIVISTES MÉDICAUX.....	186
5.9 LES VARIABLES DÉPENDANTES PAR SOUS-GROUPE DE PERSONNES ÉTUDIÉES PENDANT LA MICRO-FUSION DE L'USI GÉNÉRAUX DU SITE B	188
6.1 LE PROFIL IDENTITAIRE D'ORIGINE DES SOUS-GROUPES D'EMPLOYÉS	198
6.2 LE PROFIL IDENTITAIRE D'ORIGINE DES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL.....	199
6.3 L'UTILISATION DES LEVIERS DE GESTION PENDANT LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A	220
6.4 LA SYNTHÈSE DES PERCEPTIONS POST-FUSION AU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A (SOUS-GROUPES ET GROUPE FUSIONNÉ)	231

6.5 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES CHIRURGIENS DU SITE A.....	236
6.6 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE MOYENNEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES CHIRURGIENS DU SITE B	237
6.7 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE MOYENNEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DU SITE B	237
6.8 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE FAIBLEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DU SITE A.....	238
6.9 LES VARIABLES DÉPENDANTES PAR SOUS-GROUPE DE PERSONNES ÉTUDIÉES PENDANT LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A	239
7.1 LE PROFIL IDENTITAIRE D'ORIGINE DES SOUS-GROUPES D'EMPLOYÉS	250
7.2 LE PROFIL IDENTITAIRE D'ORIGINE DES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL	251
7.3 L'UTILISATION DES LEVIERS DE GESTION PENDANT LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A.....	267
7.4 LA SYNTHÈSE DES PERCEPTIONS POST-FUSION (SOUS-GROUPES ET GROUPE FUSIONNÉ)	280
7.5 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DU SITE B.....	285
7.6 LES SOURCES EXPLIQUANT LES PERCEPTIONS DE MENACE IDENTITAIRE FAIBLEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES EMPLOYÉS DU SITE A.....	286
7.7 LES SOURCES EXPLIQUANT PERCEPTION DE MENACE IDENTITAIRE FAIBLEMENT ÉLEVÉE CHEZ LE SOUS-GROUPE DES RADIO-ONCOLOGUES DU SITE A	287
7.8 LES VARIABLES DÉPENDANTES PAR SOUS-GROUPE DE PERSONNES ÉTUDIÉES PENDANT LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A	288
8.1 LES VARIABLES DE DÉPART (PRÉ-FUSION) POUR LE CAS DE L'USI DU SITE A	300
8.2 LES VARIABLES DE DÉPART (PRÉ-FUSION) POUR LE CAS DE L'USI DU SITE B.....	309
8.3 LES VARIABLES DE DÉPART (PRÉ-FUSION) POUR LE CAS DU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A.....	319

8.4 LES VARIABLES DE DÉPART (PRÉ-FUSION) POUR LE CAS DU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A.....	329
9.1 LES VARIABLES INDÉPENDANTES COMPRISES DANS LE PROCESSUS DE SOCIALISATION	357
9.2 LES VARIABLES DÉPENDANTES DE LA PHASE POST-FUSION	358
9.3 LES VARIABLES INDÉPENDANTES COMPRISES DANS LE PROCESSUS DE STANDARDISATION	359
9.4 LES VARIABLES INDÉPENDANTES COMPRISES DANS LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION	360
9.5 LES VARIABLES INDÉPENDANTES COMPRISES DANS LE PROCESSUS D'ATTRITION	361
9.6 LES VALEURS DES VARIABLES POST-FUSION DES SOUS-GROUPES DE L'USI DU SITE A	363
9.7 LES VALEURS DES VARIABLES POST-FUSION DES SOUS-GROUPES DE L'USI DU SITE B.....	377
9.8 LES VALEURS DES VARIABLES POST-FUSION DES SOUS-GROUPES DU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A	392
9.9 LES VALEURS DES VARIABLES POST-FUSION DES SOUS-GROUPES DU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A.....	407

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CHU	Centre hospitalier universitaire
CVT	Cardio-vasculaire thoracique (salle de réveil)
DG	Directeur général
DSPH	Directeur des services professionnels et hospitaliers
USI généraux	Unité de soins intensifs généraux
USI/C	Unité de soins intensifs chirurgicaux
USI/M	Unité de soins intensifs médicaux
USI/MC	Unité de soins intensifs médicaux et cardiaques

RÉSUMÉ

Les années 1990 et 2000 ont vu l'activité mondiale des fusions et des acquisitions prendre de l'expansion (Melewar et Harrold, 2000; Lemieux, 2007). Les dirigeants d'entreprises anticipaient que les fusions procureraient plusieurs avantages économiques et organisationnels, mais de nombreux cas d'échec ont été répertoriés dans les écrits. Alors que la responsabilité de ces échecs est souvent imputée à des facteurs « *hard* », tels des enjeux légaux et économiques (Balmer et Dinnie, 1999; Melewar et Harrold, 2000), on a commencé à expliquer ces derniers par des éléments « *softs* » liés au facteur humain, dont les concepts de culture de d'identité organisationnelle (Buono, Bowditch et Lewis, 1985; Nahavandi et Malekzadeh, 1988; Chreim, 2001; Melewar et Harrold, 2000). Pour étudier les processus de fusion, le présent projet de thèse emploie le concept de l'identité comme construit social (Tajfel, 1974; Tajfel, 1978a et 1978b; Turner, 1978; Tajfel, 1981; Abrams et Hogg, 1990) contribuant au sentiment de fierté des personnes par l'intermédiaire de caractéristiques jugées centrales, distinctives et relativement stables dans le temps (Tajfel, 1974; Hogg et Abrams, 1990; Albert et Whetten, 1985).

Les écrits démontrent l'influence de l'identité sur les comportements des personnes touchés par une fusion (Ullrich, Wieseke et Van Dick, 2005; Seo et Hill, 2005; van Dick, Ullrich et Tissington, 2006). On y fait également mention d'interventions pouvant être employées par les gestionnaires pour encadrer l'intégration (Yi et Uen, 2006; Kavanagh et Ashkanasy, 2006; Bartels, Douwes, de Jong et Pruyn, 2006). En revanche, l'identité et les interventions de gestion ont rarement été reliées explicitement dans les écrits examinés. La présente thèse propose d'examiner l'influence des enjeux identitaires et des interventions de gestion sur le déroulement d'une fusion dans le contexte d'un grand centre hospitalier universitaire (CHU).

Plus précisément, le propos de cette thèse est double. Premièrement de mieux comprendre l'influence de l'identité des sous-groupes touchés par la fusion d'une unité opérationnelle hospitalière sur le déroulement de la fusion et sur ses résultats sur les plans suivants : le degré et la forme d'intégration identitaire atteint après la fusion et la satisfaction des personnes touchées par cette dernière. Deuxièmement, la thèse vise à expliquer comment les interventions de gestion influencent ces mêmes variables et le déroulement de la fusion. Un devis de recherche qualitatif a été choisi en raison du caractère exploratoire de la recherche. Pour recueillir les données nécessaires, le chercheur a interviewé 71 personnes (employés, professionnels et gestionnaires) provenant de quatre unités opérationnelles fusionnées du CHU. Un questionnaire fut également distribué aux employés touchés afin d'apprécier de manière quantitative l'impact de certaines variables, telle l'identité organisationnelle, pendant une fusion organisationnelle.

L'information recueillie sur la phase pré-fusion révèle que les similarités et les différences identitaires entre les sous-groupes d'origine influencent le processus d'identification en modulant le niveau des perceptions de menace identitaire. Plus précisément, cette recherche a mis en évidence le fait que la probabilité de devoir changer sa manière de travailler et l'attrait que représente la fusion exacerbent les perceptions de menace identitaires.

Pendant la phase post-fusion, différentes interventions de gestion peuvent influencer le degré d'identification des groupes et la satisfaction des personnes. Les interventions favorisant les interactions interpersonnelles planifiées semblent répondre au besoin plus élevé d'affiliation des personnes pendant la fusion, tout en favorisant le développement professionnel. Les données recueillies mettent aussi au jour le rôle modérateur de l'environnement physique de l'unité sur le nombre et l'impact des interactions non planifiées, et le fait que les événements non planifiés dits catalyseurs peuvent parfois stimuler le processus d'identification à la nouvelle unité, en faisant émerger la confiance entre des membres de sous-groupes préalablement distincts.

De plus, les interventions de gestion tels les remplacements symboliques et les interventions de médiation favoriseraient l'identification à la nouvelle unité, mais à la condition que les personnes puissent préserver certaines anciennes manières de travailler ainsi que certains anciens symboles d'importance avant la fusion. Puis, pour obtenir un certain succès lors d'une fusion visant la polyvalence chez les professionnels, la formation des personnes et l'introduction de nouveaux symboles doivent être perçues comme utiles. Les résultats confirment également l'importance du leadership collectif (Denis, Langley et Cazale, 1996) pour réaliser la fusion mais, de manière intéressante, dévoilent l'importance de l'identité d'origine des membres de ce collectif comme facteur influençant la légitimité du leadership. Finalement, l'attrition de personnes agit de manière paradoxale. Le départ de personnes les plus insatisfaites augmente à court terme l'harmonie dans l'unité, mais peut entraîner une perte d'expertise et une perception de menace identitaire chez les collègues demeurant dans un sous-groupe à la taille réduite.

Mots clés : Fusion et acquisition ; gestion des ressources humaines ; gestion de changements organisationnels ; gestion des opérations d'une organisation de santé.

INTRODUCTION

Depuis la fin des années 1990, l'activité mondiale des fusions et des acquisitions a connu une expansion (Melewar et Harrold, 2000), atteignant au Canada seulement un chiffre estimé à 91 milliards de dollars canadiens, lors de l'unique troisième trimestre de l'année 2007 (Lemieux, 2007). L'anticipation d'une croissance économique supérieure, des coûts de production moindres, et le désir d'améliorer l'accès à l'organisation pour la clientèle sont autant de raisons de réaliser une fusion (Melewar et Harrold, 2000). Malgré ces avantages organisationnels et stratégiques qui sont anticipés, les fusions et les acquisitions ne réussissent pas toujours, dans les faits, à produire les bénéfices escomptés (Balmer et Dinnie, 1999; Melewar et Harrold, 2000). Certaines des raisons avancées pour expliquer l'échec de plusieurs fusions sont liées aux aspects plus durs (« *hard* »), comme l'intégration des technologies de l'information et les aspects légaux. Cependant, les difficultés rencontrées lors d'un processus de fusion pourraient provenir d'aspects dits « *softs* » directement liés au facteur humain (Buono et al., 1985; Nahavandi et Malekzadeh, 1988; Faucher, 1999; Bruhn, 2001) tels que l'identité des personnes touchées par la fusion (Chreim, 2001; Melewar et Harrold, 2000). La présente recherche vise notamment à mieux comprendre les enjeux identitaires associés à la fusion dans le contexte d'un grand CHU et d'examiner les interventions de gestion qui permettraient de mieux réussir l'intégration.

En effet, selon Harrison (2000), les différences culturelles et identitaires pourraient être particulièrement importantes dans les fusions dans le domaine hospitalier. D'après Andreopoulos (1997), la création d'une nouvelle corporation dans le secteur hospitalier (i.e. une fusion), lorsqu'elle tend à homogénéiser l'organisation des ressources humaines et le fonctionnement des divers départements, risque de susciter une forme de résistance associée à la présence de perceptions de menace identitaire, de la part des personnes touchées par la fusion. De plus le contexte des organisations de santé introduit des complexités additionnelles sur le plan humain à cause de la multiplicité des acteurs professionnels en présence (Andreopoulos, 1997; Denis, Lamothe, et Langley, 1998).

En combinant les enjeux identitaires aux autres bouleversements organisationnels entraînés par la fusion en milieu hospitalier, comme les changements structurels, on obtient une probabilité accrue que des conséquences, tant sur les finances des hôpitaux que sur l'organisation des soins et sur la santé des gens, surviennent en cours de route. Le succès de la fusion pourrait donc dépendre en grande partie des processus organisationnels liés à la rencontre identitaire entraînée par la fusion. C'est pourquoi le chercheur vise à mieux comprendre le phénomène de fusion dans ce contexte, et ce, plus particulièrement sous l'angle identitaire.

Dans cette thèse, l'identité du groupe est définie comme un concept de soi qui se construit principalement par l'association aux groupes sociaux qui sont membres de l'organisation (Abrams et Hogg, 1990; Hogg et Abrams, 1998; Tajfel, 1974; Tajfel, 1978a et 1978b; Turner, 1978; Tajfel, 1981), en plus de contribuer à plus ou moins long terme au sentiment de fierté des personnes (i.e. estime de soi) par l'intermédiaire de *caractéristiques jugées centrales, distinctives et relativement stables dans le temps*. (Albert et Whetten, 1985; Dutton et Dukerich, 1991; Whetten, 1998; Pratt et Foreman, 2000).

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux manifestations de l'identité organisationnelle (et professionnelle) en contexte de fusion. Ces derniers ont démontré que l'identité organisationnelle pourrait expliquer certaines rivalités inter-groupes pendant le changement organisationnel (Terry et Callan, 1998) et que ces perceptions de rivalités et de compétition pourraient être diminuées par la présence de ressemblance au chapitre des tâches effectuées par les différents sous-groupes touchés par la fusion (Gaertner, Bachman, Dovidio et Banker, 2001). Selon van Knippenberg et van Leeuwen (2001), la présence chez un sous-groupe d'une identification supérieure à la nouvelle organisation fusionnée pourrait être attribuée au fait que l'identité d'origine de ce sous-groupe soit jugée « dominante ». Aussi, une perception de continuité entre les périodes pré- et post-fusion serait associée à une plus grande identification à la nouvelle unité (van Leeuwen, van Knippenberg, et Ellemers, 2003; Ullrich et al., 2005).

De plus, Terry, Carey et Callan (2001), ont démontré que l'estime de soi et le bien-être émotif (« *emotional well-being* ») des employés touchés par une fusion seraient à la fois une

fonction de la perméabilité des frontières inter-groupes dans la nouvelle entité organisationnelle ainsi que du statut des sous-groupes touchés par la fusion. D'autres auteurs ont traité des réactions potentielles propres aux personnes touchées par une fusion, dont à travers le concept de perceptions de menace identitaire en contexte de fusion. Selon ces derniers, l'impact de la fusion sur la définition des frontières organisationnelles ainsi que les changements organisationnels qui en découlent pourraient créer des perceptions de menace identitaire (Dempsey et McKevitt, 2001; Seo et Hill, 2005; van Dick et al., 2006; Ibarra et Petriglieri, 2007), une diminution de la fierté vis-à-vis de l'organisation, un détachement des employés, une impression d'impuissance, un sentiment de deuil (Dempsey et McKevitt, 2001), un sentiment de colère voire une menace perçue ou réelle face au besoin de sécurité (Dempsey et McKevitt, 2001; van Dick et al., 2006).

Les écrits font également mention d'interventions de gestion pouvant être employées afin d'encadrer le processus de la fusion, dont sur le plan des ressources humaines. Selon Gaertner et al. (2001), certaines conditions pourraient favoriser des perceptions plus favorables lors des premiers contacts sociaux-professionnels entre les personnes provenant anciennement de sous-groupes différents. Selon eux, plus l'organisation se soucie de ses employés, entre autres en communiquant une information permettant de réduire l'incertitude entourant la fusion et en permettant à ses employés d'influencer le processus de fusion, alors moins ces derniers percevraient la fusion comme menaçante et plus ils tendraient à s'engager envers leur organisation (Gaertner et al., 2001). De manière plus détaillée, les écrits traitent grosso modo de quatre types d'interventions de gestion pouvant servir à encadrer une fusion, soit les interventions favorisant les interactions interpersonnelles, celles s'appuyant sur des mécanismes de médiation, les interventions de gestion reposant sur le leadership et celles qui s'appuient sur la vision, les symboles et les images.

Sommairement, les interventions favorisant les interactions sociales et professionnelles, comme le jumelage d'employés (Yi et Uen, 2006), les programmes d'accueil, la formation et les célébrations (Larsson et Lubatkin, 2001) favoriseraient l'adaptation des gens et leur identification à la nouvelle unité organisationnelle. Selon Pratt et Foreman (2000), les stratégies de médiation visent soit à compartimenter les identités en présence sans favoriser leur synergie, à éliminer une ou plusieurs identités, à intégrer plusieurs identités distinctes

en un tout qualitativement différent ou, encore, à agréger les identités en présence par la création d'une synergie entre ces dernières. Dans un contexte médical, la médecine basée sur les meilleures pratiques et les données dites « probantes » (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992; Vandenbroucke, 1996; Strauss et Sackett, 1998), pourraient également offrir aux gestionnaires une réponse à la multiplication des points de vue et des pratiques, afin de favoriser l'intégration des médecins, professionnels et autres employés touchés par la fusion.

Toujours dans la veine des interventions de gestion, le rôle du ou des leaders est envisagé comme étant central à la réussite de l'intégration de sous-groupes de personnes pendant un processus de fusion. Certains auteurs parlent de l'importance des comportements du leader, voire de l'approche de ce dernier et du climat qu'il réussit à instaurer pendant les changements organisationnels découlant d'une acquisition ou d'une fusion (Empson, 2004; Kavanagh et Ashkanasy, 2006; van Dick et al., 2006). Entre autres, une communication efficace aux employés est souvent citée comme un des principaux facteurs qui soutendraient la réussite d'une fusion (Empson, 2004; Ellemers et al., 2004; Kavanagh et Ashkanasy, 2006; Bartels et al., 2006; van Dick et al., 2006; Bartels, Pruyn, de Jong et Joustra, 2007). Puis, une vision stratégique serait une des variables importantes à mettre sur pied en contexte de changement organisationnel (Gioia, Schultz et Corley, 2000). Selon Pratt et Rafaeli (1997), il existerait une symbolique (e.g. l'habillement des infirmières) à l'intérieur de l'organisation qui pourrait être manipulée par les gestionnaires, afin de faciliter l'adaptation de tous au changement organisationnel. Finalement, l'image d'une organisation serait jugée positive si elle corrobore le concept de soi de l'employé en plus de favoriser son estime de soi (Dutton, Dukerich, et Harquail, 1994). Le gestionnaire pourrait s'appuyer sur ces principes pour naviguer à travers la fusion.

En somme, les écrits scientifiques actuels démontrent l'importance des phénomènes identitaires en contexte de fusion, et suggèrent plusieurs interventions qui peuvent être employées dans la gestion de l'intégration. Toutefois, les deux notions clés d'identité et d'intervention de gestion ont rarement été reliées explicitement ensemble dans la littérature examinée. De plus, peu d'études portent actuellement sur l'impact des interventions de gestion sur l'intégration identitaire en période de fusion. Ainsi, les deux questions de la

présente recherche sont les suivantes. Premièrement, comment les profils identitaires (i.e. le contenu, les sources et la force de l'identité) des sous-groupes d'origine touchés par la fusion d'une unité opérationnelle hospitalière influencent-ils le déroulement de la fusion et ses résultats sur les plans suivants : le degré et la forme d'intégration identitaire atteint après la fusion, ainsi que la satisfaction des personnes touchées par cette dernière? Puis, deuxièmement, comment les interventions de gestion mises sur pied lors de la fusion influencent-elles le déroulement de la fusion, le degré et la forme de l'intégration identitaire post-fusion, ainsi que le niveau de satisfaction retrouvé chez les personnes? L'apport explicatif de certains autres concepts, tels que les relations de confiance, sera également apprécié, et ce, entre autres pour pallier aux lacunes identifiées dans la littérature.

Afin de répondre aux questions de recherche en analysant le processus d'intégration à l'aide de la trame temporelle des événements, quatre études de cas ont été utilisées. Tel que conseillé par Eisenhardt (1989), l'utilisation de l'étude de cas favorise la description détaillée des processus ainsi que la construction de théories. Le fait d'avoir recours à l'analyse de quatre cas permet également de répliquer les relations examinées, avec pour avantage d'accroître le potentiel de généralisation des conceptualisations produites et d'éviter le plus possible certains biais de la part du chercheur (Leonard-Barton, 1990; Eisenhardt, 1989).

Le lecteur retrouvera au chapitre I la problématique générale composée d'éléments propres au facteur humain qui sous-tendent les fusions organisationnelles tels que l'identité des groupes en présence, les interventions de gestion et quelques variables pouvant influencer l'intégration identitaire en contexte de fusion. Les différents concepts du premier chapitre permettent d'élaborer une problématique spécifique qui est à la base du cadre conceptuel et des propositions de recherche retrouvés au chapitre II. La méthodologie employée est décrite au chapitre III. Les quatre chapitres suivants traitent des quatre cas de fusion étudiés, en prenant soin de recomposer l'historique de ces fusions et d'amorcer l'analyse des données. Le chapitre VIII présente au lecteur les analyses rattachées à la phase pré-fusion des quatre cas à l'étude, en mettant l'accent sur les dynamiques identitaires initiales. Le chapitre IX traite des analyses de la phase post-fusion, en se penchant particulièrement sur les interventions de gestion ayant vu le jour. Les résultats de ces analyses pré- et post-fusion

forment l'assise de la synthèse et de la discussion retrouvées au chapitre X. Peu d'études ont porté sur l'intégration des opérations d'un hôpital en ce qui a trait aux réalités sociales et organisationnelles vécues par les personnes (Alexander, Halpern et Lee, 1996). Cette thèse apporte sa modeste contribution à cette quête de connaissances.

Chapitre I

LA RECENSION DES ÉCRITS SUR LES FUSIONS ORGANISATIONNELLES ET LE CONCEPT D'IDENTITÉ

Ce chapitre examine en profondeur la littérature traitant des deux questions de recherche présentées en introduction. Rappelons que la première question traite de l'impact des identités en présence sur le déroulement d'une fusion, alors que la seconde concerne le rôle et l'impact des interventions de gestion dans ce même déroulement. Le chercheur montrera ici que les écrits sont relativement développés en ce qui concerne la première question, tout en demeurant significativement moins complets en ce qui concerne la seconde.

Pour débiter l'exposé des écrits portant sur le sujet, le chercheur examinera d'abord ceux qui touchent le phénomène des fusions en général et leurs impacts économiques et humains. Puis, sera introduit dans un deuxième temps le courant de l'identité sociale qui nous permet de justifier la pertinence d'un des concepts théoriques centraux à la présente recherche, soit celui de l'identité. Le chapitre aura aussi pour objet le concept de l'identité professionnelle, en le plaçant au cœur des préoccupations des personnes touchées par une fusion organisationnelle, notamment dans le contexte des organisations de santé. Sera ensuite présentée la littérature sur les interventions de gestion en contexte de fusion afin d'identifier une série de stratégies pouvant contribuer à favoriser l'adaptation des personnes lors d'une fusion. Le chapitre se terminera par la présentation d'une littérature qui traite de concepts théoriques additionnels jugés potentiellement intéressants en raison de l'éclairage qu'ils jettent sur le phénomène de fusion de sous-groupes, soit les relations de confiance, l'image d'une organisation, l'incertitude organisationnelle ainsi que la satisfaction par rapport à une fusion organisationnelle.

1.1 Les fusions organisationnelles

1.1.1 La prévalence et les avantages des fusions organisationnelles

Les fusions organisationnelles se multiplient dans les secteurs public et privé de notre économie (Balmer et Dinnie, 1999; Melewar et Harrold, 2000; Platt, 2008). Qu'elle soit intentionnelle ou qu'elle soit davantage le fruit de contingences externes, la fusion organisationnelle est réalisée dans une perspective d'amélioration du fonctionnement d'une entreprise. La tâche de mettre en œuvre ce type de changement est cependant des plus complexes (Biggart, 1977; Armanekis, Harris, Mossholder, 1993).

La stratégie qui consiste à intégrer les activités d'une organisation est, depuis quelques années, une des armes de prédilection des instances décisionnelles à la tête d'organisations désireuses ou forcées de performer davantage. Plus précisément, une vague d'intégration horizontale - la combinaison de plusieurs organisations pour lesquelles les biens ou les services produits sont sujets à substitution du point de vue du consommateur (Snail et Robinson, 1998) - déferle sur le monde organisationnel. Vers la fin des années 1990, l'activité mondiale des fusions et des acquisitions a plus que doublé, passant en deux années de 1,2 milliards à 3,0 milliards de dollars américains (Melewar et Harrold, 2000). Puis ce dernier chiffre a considérablement augmenté au cours des années 2000. À titre d'exemple, les entreprises canadiennes ont pris part à des transactions de fusion-acquisition équivalent à une valeur de 91 milliards de dollars canadiens, et ce, lors du seul troisième trimestre de l'année 2007 (Lemieux, 2007). À l'échelle mondiale, l'activité des fusions et des acquisitions a atteint une valeur record de 4,5 \$ triliards de dollars américains en 2007, ce qui représente une augmentation de 24% par rapport au record précédent datant de 2006 (Lemieux, 2007).

Dans la majorité des cas, la décision de fusion ou d'acquisition semble s'appuyer sur un raisonnement économique, quoique ce dernier ne soit pas infaillible et qu'il soit même parfois contradictoire. Par exemple, l'organisation peut souhaiter accroître sa performance en profitant d'une similarité accrue des marchés ou, encore, profiter d'un bon mariage

stratégique pour établir sa présence en marché étranger, en réponse à la concurrence ou pour y gagner un avantage stratégique (Melewar et Harrold, 2000). L'anticipation d'une croissance économique supérieure combinée à des coûts de production moindres, et le désir d'améliorer l'accès à l'organisation pour ses clients, constituent d'autres raisons de fusionner (Melewar et Harrold, 2000). D'autres enfin désirent diversifier leurs produits afin de contribuer à la croissance économique de leur organisation (Balmer et Dinnie, 1999).

1.1.2 La fusion des organisations de santé

Les organisations publiques, dont font partie les hôpitaux, n'échappent pas elle non plus aux fusions ayant des visées économiques. Les motivations à fusionner sont souvent les mêmes que du côté des entreprises privées, à quelques exceptions près. Entre autres objectifs, la réduction des coûts, grâce aux économies d'échelle et à l'élimination de la duplication de services, sont fréquemment des incitations à fusionner (Comtois, 2001; Connor, Feldman, Dowd et Radcliff, 1997). Les dirigeants du secteur de la santé sont également séduits par la possibilité de réduire les capacités inutilisées par la mise en commun du personnel (« *pooled staffing* ») ainsi que par l'amélioration des processus de production et de gestion (Comtois, 2001; Connor et al., 1997). Un meilleur accès à du capital, l'amélioration de la qualité des opérations due à l'accroissement de leur volume et une couverture géographique plus importante, contribuent aussi à faire de la fusion une stratégie alléchante (Connor et al., 1997). À la fin des années 2000, les organisations de santé continuent à miser sur l'intégration horizontale de leurs activités administratives et médicales, et ce, même si l'activité des fusions et des acquisitions dans le secteur de la santé a significativement ralenti par rapport à l'effervescence ayant caractérisée la fin des années 1990 et le début des années 2000 (Skernivitz, 2008).

1.1.3 Les risques reliés aux fusions organisationnelles

Malgré les avantages organisationnels et stratégiques qui découlent en principe de la fusion, la stratégie en tant que telle peut présenter des risques importants. Il existe une littérature appuyant la thèse selon laquelle les fusions et acquisitions ne réussissent pas toujours à produire les bénéfices escomptés (Balmer et Dinnie, 1999; Melewar et Harrold, 2000). Un

survol de la pratique des fusions s'avère très révélateur pour jauger leur succès¹. Quoique les raisons financières, économiques et stratégiques précédemment énumérées puissent sembler justifiables, le taux de réussite des fusions est plutôt faible. En fait, plusieurs auteurs mentionnent que, dans presque la moitié des cas, la fusion échoue dans sa mission d'apporter une valeur ajoutée aux actions de l'organisation ou de livrer les bénéfices anticipés (Melewar et Harrold, 2000; Balmer et Dinnie, 1999). Certaines des raisons avancées pour expliquer l'échec de la fusion sont liées aux aspects plus durs (« *hard* »), c'est-à-dire l'intégration des technologies de l'information, l'établissement de liens entre les systèmes de distribution, les aspects légaux ainsi que les interactions avec les autorités.

Dans le secteur hospitalier, les opinions à propos des avantages économiques des fusions hospitalières sont partagées (Kassirer, 1996; Alexander, Halpern et Lee, 1996; Connor et al. 1997). Il existerait des risques liés aux fusions tels que l'augmentation des prix en général et la réduction de l'accès à la clientèle (Connor et al., 1997), en plus d'effets plutôt modérés sur la réduction des coûts d'opérations et sur les économies d'échelle (Snail et Robinson, 1998). De plus, la diminution de la compétition, l'augmentation des prix et la réduction de l'accès à la clientèle sont parfois le résultat de l'intégration des services de santé (Connor et al., 1997), mais ils représentent des inconvénients fréquemment négligés. Selon Snail et Robinson (1998), des recherches empiriques indiquent que les fusions d'hôpitaux auraient des effets modérés, plutôt que très forts, sur les coûts inhérents aux opérations et au personnel (« *staffing* »), ainsi que des économies d'échelle modestes. Qui plus est, le prolongement dans l'utilisation des anciens établissements hospitaliers, et ce, même une fois la fusion réalisée, jette de l'ombre sur les possibilités d'engendrer ces mêmes économies d'échelle (Andreopoulos, 1997). La fusion d'un hôpital à double vocation, soit la recherche et l'enseignement, est également sujette à rencontrer des difficultés. Par exemple, la consolidation de programmes médicaux, tels ceux qui sont responsables des transplantations d'organes et de moelles osseuses, n'est probablement pas suffisante pour réaliser les économies escomptées (Andreopoulos, 1997). Qui plus est, « peu d'études ont porté sur l'intégration des opérations même de l'hôpital », ainsi que sur les risques qu'elles peuvent comporter (Alexander et al., 1996, p. 828). Le changement organisationnel que représente

¹ La définition de succès sera établit au chapitre subséquent, lors de la présentation du cadre conceptuel de la présente recherche.

la fusion est souvent représenté dans la littérature comme une boîte noire dans laquelle les motifs de la fusion, le raisonnement économique qui la sous-tend et les mécanismes de contrôle mis en œuvre sont rarement étalés (Snail et Robinson, 1998). Il se dégage donc que l'état actuel des connaissances permet difficilement d'expliquer précisément les raisons derrière la réussite et l'échec de ces grands projets que sont les fusions.

1.1.4 Le facteur humain qui sous-tend la fusion

Or, les difficultés rencontrées lors d'un processus de fusion pourraient provenir d'aspects dits plus « softs » tels que la culture de l'organisation (Buono et al., 1985; Nahavandi et Malekzadeh, 1988; Faucher, 1999; Bruhn, 2001) ou l'identité organisationnelle de cette dernière (Chreim, 2001; Melewar et Harrold, 2000). L'étude de l'influence de la culture organisationnelle en période de fusion (Buono et al., 1985; Nahavandi et Malekzadeh, 1988) amorce la construction d'une connaissance entourant l'évolution du tissu humain lors d'une fusion, en abordant quelques-uns des enjeux complexes qui se présentent au gestionnaire.

Un exemple de fusion où des cultures divergentes durent être intégrées illustre l'importance de considérer ces aspects. En effet, la fusion entre les compagnies pétrolières Exxon et Mobil semblait au point de départ toute désignée pour devenir un succès, jusqu'à ce que certains traits culturels fassent surface et viennent compliquer considérablement le processus d'intégration. La complexité inhérente au processus d'intégration a été entre autres exacerbée par le fait que la compagnie Exxon était une bureaucratie conservatrice tandis que Mobil aimait bien prendre des risques (Melewar et Harrold, 2000). Ces particularités découlant des identités organisationnelles en présence ont pu occasionner des divergences significatives en ce qui a trait à la vision et aux stratégies mises en œuvre par les dirigeants de ces deux organisations. Il devient ainsi plus évident que le changement planifié, dont fait partie l'exercice d'intégrer les pratiques de deux organisations ou plus, peut entraîner une remise en question de certains aspects centraux de l'organisation et de son identité (Chreim, 2001), ce qui en retour peut entraîner des perceptions de menace identitaire, et venir potentiellement complexifier et allonger le processus d'intégration organisationnelle.

Par ailleurs, bon nombre d'auteurs se sont intéressés aux effets de la fusion, et des perceptions de menace identitaire, sur les attitudes et les comportements de l'individu (Dempsey et McKevitt, 2001; Seo et Hill, 2005; van Dick et al., 2006). Dépendamment du contexte de la fusion, les changements peuvent entraîner la diminution de la fierté vis-à-vis de l'organisation, le détachement des employés, la perte de la sécurité d'emploi, une impression d'impuissance, un sentiment de deuil et de perte (Dempsey et McKevitt, 2001) ou de la colère, voire une menace perçue ou réelle face au besoin de sécurité (van Dick et al., 2006). Ainsi, des perceptions de menace identitaire pourraient engendrer des attitudes et des comportements qui témoignent de bouleversements significatifs sur le tissu humain de l'organisation.

Pour ces raisons, l'analyse du phénomène de la fusion sous un angle identitaire semble particulièrement pertinente. De plus le contexte des organisations de santé introduit des complexités additionnelles sur le plan humain à cause de la multiplicité des acteurs professionnels en présence (Denis et al., 1998; Andreopoulos, 1997). La présente étude vise donc à mieux comprendre l'intégration des opérations d'une organisation de santé en se centrant sur le concept de l'identité.

La prochaine section sera consacrée aux concepts clés d'identité sociale et d'identité organisationnelle. Une analyse générale de ces concepts précédera l'examen qui en est fait, dans les écrits sur le sujet, en contexte de fusion.

1.2 Le concept de l'identité

1.2.1 L'identité sociale : le lien entre l'individu et le groupe

Les chercheurs se rattachant au courant de la théorie de l'identité sociale ont démontré, dans un contexte expérimental, qu'une portion de l'identité d'une personne – c'est-à-dire le cadre de référence employé par une personne afin de se définir comme individu dans un contexte social (Goffman, 1959, Erikson, 1964) - découle de son affiliation à divers groupes sociaux (Abrams et Hogg, 1990; Hogg et Abrams, 1998; Tajfel, 1974; Tajfel, 1978a et 1978b;

Turner, 1978; Tajfel, 1981). La théorie de l'identité sociale repose sur les quatre fondements théoriques suivants : le processus de catégorisation, le concept d'identité sociale, le processus de comparaison sociale et le concept de distinction psychologique (Tajfel, 1974; Tajfel, 1978a et 1978b; Turner, 1978; et Tajfel, 1981). Les prochains paragraphes expliciteront ces quatre fondements, à partir d'ouvrages classiques écrits ou publiés par Henri Tajfel (1974; 1978 et 1981).

Le processus de catégorisation est le phénomène par lequel toute personne classe et organise son univers social, selon des critères de ressemblances et de différences, et ce, afin d'avoir des points de repères favorisant l'action. Le concept d'identité social renvoie, en deuxième lieu, à cette partie importante du concept de soi d'une personne qui découle de son appartenance à un groupe social. L'identité sociale comprend donc une charge émotive significative qui découle de l'appartenance groupale. Le troisième fondement de la théorie stipule que les aspects positifs d'une identité sociale ne peuvent prendre leur sens que par le phénomène des relations inter groupes, et donc, par le jeu complexe et subtil de la comparaison à un autre groupe. Le dernier fondement est à l'effet que l'individu recherche l'appartenance à un groupe dont l'identité est perçue comme étant distincte et positive, et ce, dans l'optique de protéger son estime de soi (Tajfel, 1974; Tajfel, 1978a et 1978b; Turner, 1978; Tajfel, 1981; Hogg et Abrams, 1990).

Une personne peut juger inadéquate l'identité d'un groupe, par exemple parce qu'elle ne lui procure plus une estime de soi positive à la suite d'un changement de statut, et que des alternatives cognitives sont perçues comme possibles. Dans ces circonstances, quatre stratégies de changements sociaux peuvent être mises en oeuvre (Tajfel, 1978a et 1978b; Tajfel, 1981, Taylor et Moghaddam, 1994) : 1) l'absorption dans le groupe dominant; 2) la redéfinition des caractéristiques du groupe d'origine afin de lui conférer une distinctivité psychologique positive; 3) la création et l'adoption de nouvelles dimensions servant à la comparaison et à l'évaluation intergroupe; 4) la compétition directe avec le groupe dominant (Tajfel, 1978a et 1978b; Tajfel, 1981, Taylor et Moghaddam, 1994). Il est intéressant de noter que ces quatre stratégies, lorsqu'elles sont mises en oeuvre par les membres du groupe jugé désavantagé sur le plan de l'identité, entraînent parallèlement une réaction et des stratégies de la part des membres du groupe jugé dominant, visant à maintenir et même à

accroître leur position de dominance (Tajfel, 1978a et 1978b; Tajfel, 1981, Taylor et Moghaddam, 1994).

Étant donné que la présente recherche a pour but de mieux saisir le phénomène de fusion organisationnelle par l'étude du processus d'intégration identitaire, la théorie de l'identité sociale permet de mieux comprendre et d'anticiper certaines des dynamiques pouvant voir le jour lorsque deux sous-groupes ou plus sont confrontés à la possibilité (avant la fusion) et/ou à la réalité (pendant la fusion) de devoir redéfinir leur identité sociale au travail.

1.2.2 L'identité organisationnelle

Il existe une littérature en management qui aborde la question de l'identité au niveau de l'organisation prise dans son ensemble. Ainsi, l'identité organisationnelle est un concept qui a d'abord été popularisé par Albert et Whetten (1985). Ces deux auteurs, et d'autres encore, ont défini l'identité organisationnelle comme étant les caractéristiques de l'organisation que ses membres perçoivent comme centrales, distinctes et durables (Albert et Whetten, 1985; Dutton et Dukerich, 1991; Whetten, 1998; Pratt et Foreman, 2000). Autrement dit, l'identité organisationnelle répond à la question « Qui sommes nous en tant qu'organisation? », ce qui permet aux personnes de faire le lien entre l'organisation du présent et celle du passé. D'autres auteurs contemporains reconnaissent la nature changeante et en évolution constante de l'identité organisationnelle et, ainsi, parlent de caractéristiques « relativement durables » (Pratt, 2000; Gioia et al., 2000). Parmi ces auteurs, Gioia et al. (2000) ont démontré que l'identité organisationnelle n'est que relativement durable dans le temps, puisqu'il est possible de la modifier afin de s'adapter à différents contextes ainsi qu'à l'image projetée par l'organisation. Dans ses études, Bartel (2001) affirme quant à elle que l'identité organisationnelle serait dynamique et sujette à de multiples changements, en partie lors de l'occurrence d'interactions avec des personnes qui ne sont pas membres de l'organisation (p. 404).

Selon les sociologues Francfort, Osty, Sainsaulieu et Uhalde (1995), l'identité au travail est une « façon d'élaborer un sens pour soi dans la multiplicité des rapports sociaux, et de le faire reconnaître par les partenaires de travail » (p. 217).

1.2.3 L'identité : une variable prometteuse

Ashforth et Mael (1989) stipulent que l'identité sociale de l'individu dans son milieu de travail peut être dérivée de l'organisation, mais aussi de son groupe de travail, de son département, de son syndicat, de son groupe à l'heure du dîner ou même de son groupe d'âge (p.22). Il appert donc que l'identité des personnes en contexte organisationnel est un concept qui se développe par l'interaction avec autrui – i.e. les employés, les gestionnaires, les autres parties prenantes de l'organisation (Giroux, 2001; Scott et Lane, 2000), et ce, afin de donner un sens au fait d'appartenir à un groupe de travail ou à une organisation.

Le concept d'identité a donc l'avantage de pouvoir être étudié selon plusieurs niveaux d'analyse, soit l'individu, le groupe, l'organisation ou même une industrie, étant donné que l'identité est la source même de différenciation entre ces niveaux d'analyse (Albert, 1998, p.10). Bref, un individu pourrait posséder autant d'identités sociales que de sous-groupes d'appartenance dans l'organisation (Pratt et Foreman, 2000). Il est à noter que le concept d'identité professionnelle conçu par Ibarra (1999) comme le fait de se définir en tant que membre d'une profession et d'adopter le rôle professionnel qui en découle, représente aussi une source d'identité pertinente dans le contexte de la présente recherche, étant donné la présence importante de groupes professionnels à l'intérieur des organisations de santé.

L'identité des sous-groupes de l'organisation, telle celle qui est retrouvée au sein d'une unité de soins dans un hôpital, serait donc influencée par les nombreux regroupements de personnes dans l'hôpital (ex. : unités opérationnelle, département, site, profession, syndicat, etc.). Il découle naturellement du courant de l'identité sociale un exercice de classification et de comparaison avec autrui (Hogg et Abrams, 1998; Hogg et Terry, 2000). Ce dernier exercice de comparaison ferait ressortir les éléments identitaires des différents sous-groupes appartenant à une même organisation, surtout lors d'un important changement organisationnel, voire au moment où l'organisation vit une crise (Glynn, 2000).

D'autres courants de pensée se sont penchés sur la notion d'identité, dont les perspectives fonctionnaliste, interprétative, processuelle ou critique poststructuraliste et, même, la perspective postmoderne. Selon ces courants de pensée, l'identité est tour à tour une présentation de soi qui s'opère par des manifestations observables, une interprétation du monde organisationnel, voire le résultat d'une conversation entre acteurs humains et institutionnels (Giroux, 2001, p. 4).

La position de l'auteur de la présente recherche rejoint la position des représentants de la théorie de l'identité sociale (Tajfel, 1974, 1978a et 1978b, 1981; Abrams et Hogg, 1990 et Hogg et Abrams, 1998), tout en empruntant à celle des auteurs Albert et Whetten (1985), au sens où l'identité est comprise et utilisée comme une variable qui (1) se construit principalement par l'association à certains groupes sociaux, (2) en plus de contribuer à plus ou moins long terme au sentiment de fierté des personnes (i.e. estime de soi) par l'intermédiaire de caractéristiques jugées centrales, distinctives et relativement durables.

La recension des écrits portant sur les concepts d'identité sociale et d'identité organisationnelle permet de cerner trois éléments constitutifs de cette identité au travail, soit le **contenu** de l'identité du groupe - les éléments centraux, distinctifs et relativement durables -, les **sources** de l'identification - les sous-groupes à partir desquels une personne puise le contenu de son identité -, ainsi que la **force** de l'identité du groupe en tant que source importante d'estime de soi. Les trois sections suivantes présentent et détaillent ces trois éléments de l'identité qui, ensemble, forment ce qui est présenté comme le profil identitaire dans le cadre de cette recherche.

1.2.4 Le contenu de l'identité du groupe

Dans l'optique de définir le contenu de l'identité du groupe, il importe d'abord de bien saisir les subtilités retrouvées dans les écrits portant sur les concepts de culture organisationnelle et d'identité. Selon Nahavandi et Malekzadeh (1988), la culture d'une organisation représente les croyances et les suppositions que partagent ses membres. Selon Schein (1990), la culture organisationnelle peut être étudiée principalement par l'intermédiaire de

concepts tels que les valeurs, les normes, les idéologies et les philosophies. Bueno et al. (1985) élargissent le concept de culture à la symbolique de l'organisation de manière à incorporer les artefacts et les objets; les façons de faire et les pratiques peuvent donc faire partie du concept de culture organisationnelle. Selon Adler (1994), la culture organisationnelle représente ce qui est partagé par tous les membres de l'organisation, transmis par les aînés aux plus jeunes, et qui teinte les comportements et les perceptions des membres de l'organisation (p. 17).

La distinction entre la culture et l'identité est bien campée par Fiol, Hatch et Golden-Biddle (1998, p.56). Selon ces auteurs, la culture d'une organisation est définie par la compréhension qu'en ont les membres de ce système social. Quant à l'identité, elle renvoie aux éléments faisant partie de la culture qui sont intégrés au concept de soi des personnes (« *self-focused* »). Ainsi, les membres d'une organisation pourraient puiser à même la culture organisationnelle pour intérioriser certains éléments organisationnels et pour construire leur concept de soi, leur identité au travail (voir Figure 1.1). Selon Ravasi et Schultz (2006), dans certains cas, par exemple lorsque des aspects de l'identité sont menacés par un changement d'importance, le groupe d'individus pourrait puiser à même les références sociales offertes par la culture organisationnelle pour préserver ou consolider son identité d'origine.

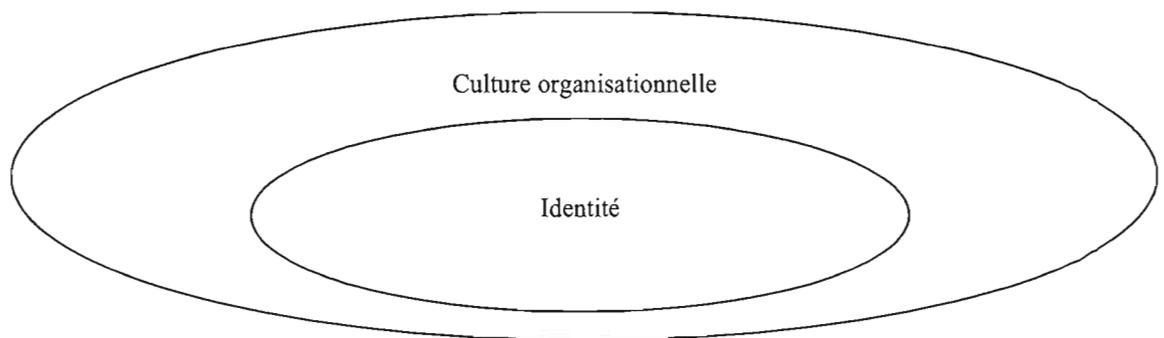


Figure 1.1

Le lien entre culture organisationnelle et identité organisationnelle ou de groupe

Au sujet du contenu de l'identité organisationnelle, Gustafson et Reger (1995) parlent d'éléments tangibles et intangibles qui sont particulièrement attirants pour la personne. Les

éléments dits tangibles sont liés à des caractéristiques concrètes de l'organisation et peuvent prendre la forme d'un produit, d'une stratégie, d'une envergure géographique (« *scope* ») ou, encore, d'une compétence de base. Les éléments intangibles constitutifs de l'identité organisationnelle sont principalement les valeurs qui sous-tendent la culture de l'entreprise. Selon Ashforth, Harrison et Corley (2008), le contenu de l'identité organisationnelle est à la fois composé du cœur de l'identité (« ce que je suis et l'importance que j'y accorde ») et des principaux éléments constitutifs tels que les valeurs, les objectifs, les croyances, les stéréotypes (« *stereotypic traits* »), les connaissances et les habiletés, en plus de certains comportements découlant des dynamiques identitaires (ex. : les comportements favorisant les membres de son propre groupe au détriment des autres regroupements de personnes). Ces précisions sur le concept d'identité permettent de mieux identifier les caractéristiques identitaires pouvant être influencées par une fusion organisationnelle. L'auteur de la présente recherche emprunte à la littérature portant sur l'identification organisationnelle, et propose que le contenu de l'identité du groupe peut s'appuyer sur ces mêmes éléments tangibles et intangibles. Pour sa part, Biggart (1977) appuie la thèse selon laquelle tant les structures formelles que le leadership, les idéologies, les alliances de pouvoir, les processus décisionnels et la technologie sont des cibles potentielles du changement organisationnel. Étant donné que plusieurs des caractéristiques d'une organisation peuvent également représenter des éléments de contenu identitaire - tangibles et/ou intangibles -, il devient encore plus évident que les changements organisationnels découlant de la fusion peuvent toucher très significativement le tissu humain.

En somme, les écrits portant sur le contenu de l'identité énumèrent plusieurs éléments pouvant constituer l'identité de l'individu en organisation, soit : un produit, une stratégie, une connaissance ou une façon particulière de travailler, une compétence ou une expertise pointue, une valeur, une idéologie ou une croyance, voire une philosophie. L'auteur de la présente recherche emprunte à cette littérature portant sur l'identification organisationnelle, et propose que le contenu de l'identité du groupe peut se décomposer en ces mêmes aspects.

1.2.5 Les sources de l'identité

Relativement nombreuses, les sources d'identification sont les éléments présents dans la réalité sociale de l'organisation qui peuvent être retenus par la personne pour constituer son concept de soi au travail. Par exemple, un membre d'une organisation peut s'identifier aux personnes qui composent son groupe immédiat de travail, mais il peut aussi s'identifier à sa profession, à certaines tâches spécifiques qu'il exécute (son occupation) ou, encore, à l'organisation dans son ensemble (Harrison, 2000). À cet effet, van Knippenberg et van Schie (2000) ont trouvé, à la suite d'une étude empirique menée auprès de 239 personnes rattachées à un secteur du gouvernement hollandais et à une université du même pays, que l'identification à son groupe de travail pourrait être plus forte que l'identification à l'organisation dans son ensemble.

Du côté de la sociologie des organisations, Francfort et al. (1995) comptent parmi les sources d'identification (« espaces d'identification ») le contenu même du travail, l'entreprise en tant que lieu d'appartenance, la trajectoire en tant que dynamique de projet personnel (la carrière) et, finalement, la société externe « comme référence explicite à l'action entreprise dans le travail » (p. 220).

Selon l'auteur de la présente recherche, une source d'identité est étroitement liée au contenu de l'identité au sens où la source approvisionne l'individu en éléments centraux, distinctifs et relativement durables qui constituent le contenu identitaire. Par exemple, l'identification à un groupe de travail (source d'identité) chez une personne pourrait s'effectuer grâce notamment à l'intériorisation de la valeur « travail d'équipe » (contenu de l'identité) qui est propre à ce même groupe.

1.2.5.1 Les sources d'identité propres au secteur hospitalier

La bureaucratie professionnelle que représente l'hôpital en tant qu'organisation est formée de « deux structures parallèles, une administrative bureaucratique et une structure professionnelle » (Lamothe, 1999). Dans ce cas précis, les médecins et autres professionnels essaient de contrôler tant leur travail que les décisions qui les affectent, avec pour conséquence possible qu'ils s'identifient à leur profession avant leur organisation (Lamothe, 1999). Qui plus est, une même profession peut être perçue différemment d'un

individu à l'autre. Il est alors possible que les sous-groupes en présence lors d'une fusion se servent du pouvoir inhérent à leur profession respective pour pérenniser le plus possible « leur » identité professionnelle et/ou groupale. Il est également possible d'imaginer que les personnes appartenant à une unité opérationnelle à l'intérieur d'un CHU regroupant plusieurs sites s'identifient particulièrement au groupe composé de leurs collègues de travail immédiat, mais aussi à leur hôpital ou, encore, à leurs dirigeants. La figure 2 ci-dessous présente différentes sources d'identification potentielles dans le secteur hospitalier.

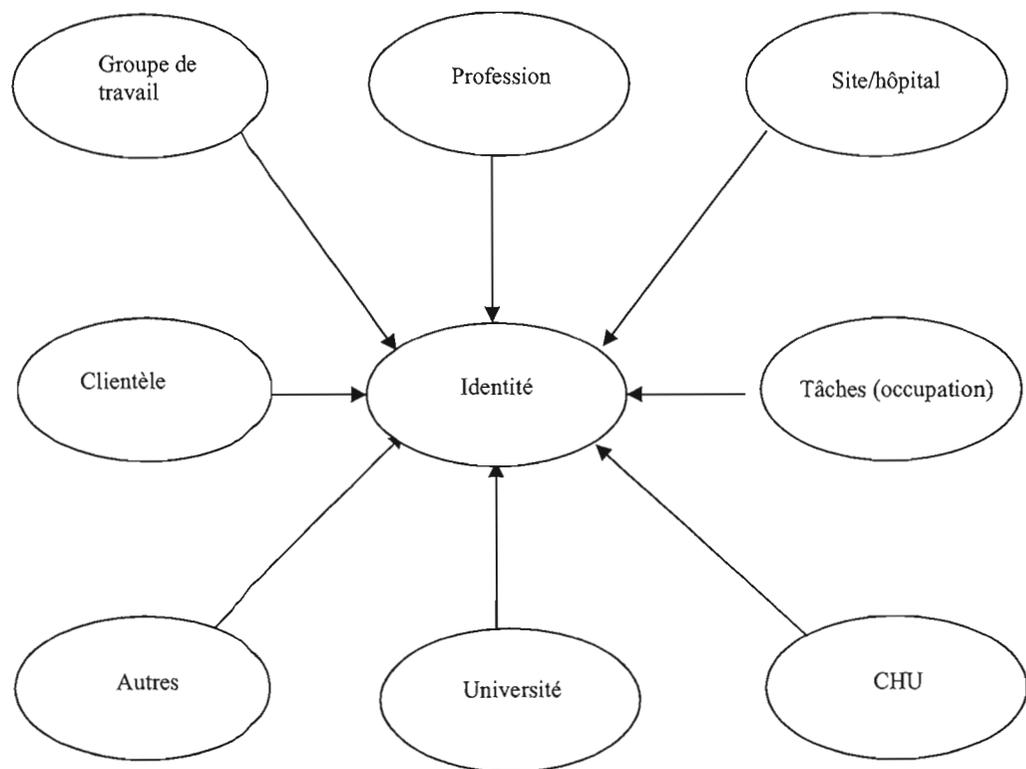


Figure 1.2

Les sources d'identification dans un CHU

1.2.6 La force de l'identité

Certains auteurs avancent que l'identité naît d'un lien plus ou moins fort à différents sous-groupes au sein de l'organisation, un lien qui pourrait être appelé « force de l'identification » (Mael et Ashforth, 1992). Par exemple, la force de l'identification à

l'organisation correspondrait au degré auquel un membre se définit en employant les mêmes attributs qui servent à définir l'organisation dans son ensemble (Dutton et al., 1994; Pratt, 1998). Ainsi, l'identification à l'organisation se produirait dès le moment où le membre de l'organisation perçoit une superposition entre son identité individuelle et la représentation cognitive qu'il se fait de son organisation (Scott et Lane, 2000). Autrement dit, une personne s'identifierait fortement à l'organisation si son identité organisationnelle est plus forte que d'autres identités alternatives (Dutton et al., 1994). Mael et Ashforth (1992) parlent du processus d'identification à l'organisation comme étant une forme spécifique d'identification sociale par laquelle l'individu en vient à se définir en fonction de son appartenance à une organisation. En somme, le processus d'identification s'enclencherait dès le moment où une personne intègre les croyances (« *beliefs* ») entourant l'organisation, ou celles d'un de ses sous-groupes, à même son identité personnelle en contexte de travail. Il importe de noter que les études les plus récentes tendent à décomposer l'identification en deux liens qui unissent l'individu à l'organisation, soit le lien cognitif et le lien affectif (Edwards, 2005; Edwards et Pececi, 2007).

Qui plus est, la force de l'identification serait décomposable en une série d'éléments contributifs. Par exemple, l'ancienneté des membres d'une unité opérationnelle ainsi que la cohésion interpersonnelle à l'intérieur de cette dernière, seraient autant d'éléments contribuant à la force de l'identification des personnes concernées à cette même unité. Puis, tel que mentionné précédemment, la force de l'identification pourrait engendrer une série de comportements manifestés par les personnes dans leur milieu de travail (ex. : les comportements favorisant les membres de son propre groupe au détriment des autres regroupements de personnes).

1.2.7 La différence entre identification et engagement

La plupart des théoriciens tracent un parallèle entre le concept d'identification et celui d'engagement. Selon Edwards (2005), le concept d'engagement organisationnel comporterait trois sous-éléments, dont ferait partie le concept d'identification à l'organisation. Selon ce même auteur, l'identification déterminerait certains patrons de comportements au sens large, alors que l'engagement permettrait de prédire les formes

précises de comportements qui émergent à partir de ces mêmes patrons (Edwards, 2005). À l'instar de ces écrits, ces concepts sont vus, dans le cadre de cette recherche, comme différents : le fait de s'identifier à une organisation ou à un de ses sous-groupes est plus profond (plus près du concept de soi) que la manifestation de comportements dits « engagés ». Un exemple de la distinction tirée de Ashforth et Mael (1989) illustre bien le raisonnement précédent. Un individu peut obtenir un score élevé sur une échelle d'engagement à son organisation parce que cette dernière lui sert de tremplin pour atteindre des objectifs personnels de carrière, et non parce qu'il s'identifie fortement à son organisation (p. 23). Par contre, il est probable qu'une forte identification mènera un membre d'une organisation à s'engager dans son milieu de travail.

1.2.8 Les antécédents à l'identification

Selon certains auteurs (Ashforth et Mael, 1989; Mael et Ashforth, 1992), le processus d'identification organisationnelle est influencé par quatre variables provenant principalement de comparaisons faites avec d'autres organisations. Tel que mentionné plus tôt dans le présent chapitre, le caractère distinctif de l'organisation constituerait une des variables sous-tendant le concept d'identité organisationnelle. Pour cette raison, relatent Mael et Ashforth (1992), l'organisation tente par tous les moyens d'ancrer son identité à même une « niche distinctive » (p. 107). Deuxièmement, ces auteurs avancent que le second élément menant à l'élaboration de ladite identification serait le prestige de l'organisation, et ce, par la préservation du concept de soi des membres de l'organisation (Mael et Ashforth, 1992). Troisièmement, la clarification des frontières de l'entreprise que fournit la compétition inter organisationnelle aurait également un impact sur ledit processus de construction identitaire. Finalement, toujours selon ces deux auteurs, la compétition intra organisationnelle, par la réduction de la cohésion entre les membres de l'entreprise, viendrait influencer l'identification organisationnelle en contribuant à sa diminution. L'auteur de la présente recherche emprunte à la littérature portant sur l'identification organisationnelle, et propose que l'identification aux différents sous-groupes à l'intérieur de l'organisation serait régit par les mêmes quatre variables, mais lesquelles proviendraient de comparaisons faites avec d'autres sous-groupes de l'organisation.

Ashforth et Mael (1989) ainsi que Mael et Ashforth (1992) proposent aussi que les facteurs associés à la formation d'un groupe, dont l'interaction interpersonnelle, la similarité, l'appréciation (« *liking* »), la proximité, le partage d'objectifs et de menaces, une histoire commune, seraient logiquement transférables à l'étude de l'identification à condition d'en adapter le niveau d'analyse. Par ailleurs, sur le plan individuel, Mael et Ashforth (1992) avancent que d'autres variables viendraient influencer le processus d'identification, telles que la titularisation (« *job tenure* »), l'ancienneté ou la durée des interactions, le nombre d'organisations semblables pour lesquelles l'individu a travaillé, la présence d'un mentor, la satisfaction par rapport à l'organisation et la nature et l'ampleur des émotions vécues (« *sentimentality* »).

1.2.9 Les manifestations de l'identité

Le phénomène identitaire influence plusieurs sphères de l'organisation. D'un point de vue stratégique, Dutton et Dukerich (1991) expliquent dans une étude empirique menée auprès des employés portuaires confrontés à un enjeu d'itinérance, comment l'identité servirait de cadre de référence pour les membres de l'organisation lorsque ces derniers font face à ce type d'enjeu stratégique. Dans ce genre de scénario, Dutton et Dukerich (1991) ont démontré que l'identité organisationnelle et l'image attribuée à l'organisation, filtrent l'interprétation que se font les personnes concernées, tout en influençant leurs motivations à agir dans ce contexte bien précis. De manière parallèle, Golden-Biddle et Rao (1997) ont constaté lors d'une étude empirique menée principalement auprès des membres de la haute direction d'une organisation à but non lucratif, que l'identité organisationnelle peut façonner l'évolution des rôles clés dans une organisation, et influencer le choix des stratégies mises en œuvre par les titulaires de ces mêmes rôles clés. Ainsi, selon les écrits en management, l'identité organisationnelle suggérerait quel type d'actions entreprendre afin de réagir aux éventualités organisationnelles.

Selon Gioia et Thomas (1996), l'identité organisationnelle pourrait jouer un rôle de premier plan en contexte de changement organisationnel. C'est une conclusion que ces auteurs tirent d'un vaste projet de recherche mené au sein d'un groupe de 611 gestionnaires d'universités et d'autres institutions d'enseignement provenant de 372 organisations. Cette

recherche a révélé que les perceptions de l'identité organisationnelle actuelle et les caractéristiques souhaitées pour le futur au chapitre de leur image ont influencé significativement les interprétations du changement organisationnel auxquels ont fait face les gestionnaires, et ce, précisément en ce qui a trait à l'aspect stratégique de ce changement organisationnel (Gioia et Thomas, 1996). Autrement dit, les caractéristiques identitaires d'origine auraient eu l'effet de modifier les interprétations de la nature du changement organisationnel.

L'identité organisationnelle pourrait donc agir sur les perceptions et les actions des membres d'une organisation. Puisque l'identité est « la fondation sur laquelle sont construits d'autres aspects de l'organisation », certaines caractéristiques d'une organisation peuvent être affectées lorsque des événements remettent en cause ses frontières identitaires (Gustafson et Reger, 1995; Glynn, 2000). Or, il existerait aussi des mécanismes de défense inhérents au concept d'identité organisationnelle, lesquels permettraient aux membres d'une organisation de s'appuyer temporairement, pour une raison ou une autre, sur une identité relativement désirable et stable. Elsbach et Kramer (1996) ont étudié certains de ces mécanismes de défense au cours d'une étude empirique menée auprès de membres des 20 meilleures universités américaines en administration des affaires, après un classement paru dans les journaux en 1992. Afin de maintenir une perception positive entourant certains aspects fondamentaux de leur identité organisationnelle, les employés auraient tendance à préserver le statut privilégié de leur organisation en mettant l'accent sur certaines caractéristiques de leur identité qui gardent une évaluation favorable ou qui transcendent la critique, au cours de cet exercice de comparaison. Qui plus est, selon ces auteurs, les membres d'une organisation peuvent modifier au besoin leur groupe de comparaison, en ayant recours à des sous-groupes de personnes à l'externe de l'organisation.

Van Knippenberg, Martin et Tyler (2006) ont démontré auprès d'étudiants universitaires et de membres d'associations professionnelles néerlandaises, que les personnes qui s'identifient moins à leur organisation ont davantage tendance à mettre l'accent sur les résultats d'un changement organisationnel. D'une manière inverse, les personnes qui s'identifient fortement à leur organisation seraient davantage sensibles au processus du changement (ex. : la justice procédurale).

L'identité organisationnelle pourrait également se manifester à l'intérieur même des frontières d'une organisation, et ce, sans le recours d'une influence externe tel un changement organisationnel ou un enjeu obligeant une organisation à revoir certaines de ses stratégies ou de ses actions. En effet, en se basant sur des données qualitatives colligées auprès de 38 professionnels du secteur de la santé, Pratt et Rafaeli (1997) ont démontré que les caractéristiques de l'identité organisationnelle pourraient se manifester par la négociation, observée entre différents sous-groupes de personnes, du sens et de la valeur de certains symboles, tel l'habillement.

Selon la théorie de l'identité sociale (Ashforth et Mael, 1989; Hogg et Abrams, 1998; Tajfel, 1974, Tajfel, 1978a et 1978b, Tajfel, 1981) traite de certains comportements qui caractérisent spécifiquement les individus s'identifiant à leur organisation. Ces derniers auraient tendance à choisir des activités qui sont cohérentes avec leur identité et à supporter les institutions véhiculant ces dernières. Ainsi, plus l'identification à l'organisation est forte, plus il y aurait adhérence aux valeurs et aux normes de l'institution, telles que mesurées par les attitudes et les comportements. L'identification affecterait aussi la formation du groupe de travail. Ajoutons que, dans leur texte théorique, Dutton et al. (1994) promouvoient l'idée selon laquelle l'identification organisationnelle pourrait engendrer la honte ou la gêne chez un employé prenant conscience que l'image publique de son organisation est ternie. Il est alors possible que les membres d'une organisation éprouvant un sentiment de honte soient moins portés à rechercher le contact avec leur organisation, voire à supporter cette dernière. À l'opposé, Dukerich, Golden et Shortell (2002) ont constaté, à la suite une étude empirique longitudinale réalisée auprès de 1504 médecins – et auprès de 285 de ces médecins un an plus tard - que les perceptions des médecins entourant l'attirance (« *attractiveness* ») de leur identité organisationnelle serait liée positivement au nombre de comportements empreints de coopération manifestés par ces derniers.

Bartels et al. (2007) ont démontré l'effet de certaines variables sur le processus d'identification. À titre d'exemple, le climat de communication serait davantage lié à l'identification des employés à leur groupe de travail, tandis que la perception de prestige

serait plutôt liée à l'identification des employés à l'organisation dans son ensemble. De plus, Haslam, Ryan, Postmes, Spears, Jetten et Webley (2006) ont démontré par deux expériences menées auprès d'étudiants universitaires, que le fait de s'identifier à un groupe social favoriserait chez les membres de ce groupe le maintien de leur engagement à un projet, même si ce dernier rencontre des difficultés significatives, entre autres sur le plan financier.

D'autres études empiriques lient le concept de l'identité organisationnelle à des manifestations comportementales bien précises chez les membres de l'organisation. Mael et Ashforth (1995) ont mené une vaste étude empirique auprès de 2535 recrues de l'Armée américaine pour établir que, additionnée à certaines caractéristiques personnelles telle la préférence individuelle pour les activités réalisées en groupe, l'identité organisationnelle contribuerait significativement à expliquer l'attrition du personnel militaire à six moments dans le temps, et ce, durant la période s'échelonnant entre 6 mois et 24 mois d'ancienneté. Une étude menée auprès de 97 employés par Abrams, Ando et Hinkle (1998) a confirmé le rôle de l'identité organisationnelle comme prédicteur des intentions de quitter une organisation, une britannique et une autre de culture japonaise. D'après une autre étude empirique menée par Mael et Ashforth (1992) auprès de 297 étudiants gradués de leur *alma mater*, il existerait une corrélation significative entre l'identification à l'organisation et la participation à différentes fonctions de cette dernière.

Selon le texte théorique de Ashforth et Humphrey (1993), l'identification à l'organisation serait reliée aux deux tendances suivantes : démontrer une plus grande « zone d'indifférence » vis-à-vis les exigences en place en ce qui a trait à son rôle; vivre une émotion avec plus d'intensité si elle est reliée à des aspects identitaires (ex. : un commentaire provenant d'une gestionnaire en ce qui a trait à la manière spécifique à un sous-groupe de travail d'effectuer une tâche, susciterait une réaction plus vive chez ses membres qu'un commentaire non relié à leur identité organisationnelle). De plus, ces auteurs tracent un parallèle entre la force de l'identification à l'organisation et un risque accru d'épuisement professionnel (« *burn out* »), surtout dans les métiers qui s'apparentent à la relation d'aide.

1.2.10 Les manifestations de l'identité en contexte de fusion

Après avoir présenté une définition du concept d'identité et certaines des principales manifestations dudit concept dans les activités quotidiennes d'une organisation, la présente section vise à mettre au jour certaines manifestations identitaires dans le contexte spécifique de fusion organisationnelle. Telle qu'expliqué par Dutton et al. (1994), il arrive que l'influence de certains acteurs organisationnels soit modifiée ou bien que des changements environnementaux interrompent les routines de l'organisation, en soulevant la question : « Au fond, quelle est cette organisation? ». Par son impact sur la définition des frontières organisationnelles, une fusion soulèvera presque certainement cette dernière question. Qui plus est, si une fusion organisationnelle entraîne le changement de pratiques de travail ou le remplacement de valeurs organisationnelles, deux éléments pouvant représenter des caractéristiques identitaires, il est à prévoir une certaine résistance implicite et explicite de la part des personnes concernées (Chreim, 2001), voire une perception de menace identitaire (Ibarra et Petriglieri, 2007).

Tel que mentionné à la section 1.1.4 du présent chapitre, la perception de menace identitaire est une manifestation du processus d'identification qu'il importe de prendre en considération, à la fois en raison des attitudes et des comportements qu'elle peut engendrer au sein du tissu humain de l'organisation. Par exemple, une perception de menace identitaire peut prendre la forme d'un détachement des employés pendant le processus de fusion (Dempsey et McKeivitt, 2001) ou d'une manifestation de colère de leur part (van Dick et al., 2006). Selon Ibarra et Petriglieri (2007), une menace identitaire est produite soit par une pensée, un sentiment ou une expérience qui remet en question l'identité personnelle ou sociale de l'individu. La littérature offre plusieurs réponses précises sur les causes probables de perceptions de menace identitaire. Les principales sont la perception de diminution de prestige (« *downgrade* », « *position loss* ») (Ullrich et al., 2005; Ellemers et al., 2004), la diminution ou la perte de continuité occasionnée par le changement de valeurs ou de structures organisationnelles (Bartels et al., 2006), une forte probabilité que l'identité professionnelles et les rôles qui s'y rattachent soient modifiés (Ibarra, 1999; Callan et al., 2007), une violation de l'intégrité entre son identité et les exigences du travail (Pratt et al., 2006) et le risque pour un sous-groupe de perdre son caractère distinctif par rapport à un

autre sous-groupe (van Leeuwen et al., 2003). Les études mentionnées ci-dessous illustrent d'autres manifestations de l'identité (dont professionnelle), spécifiquement en contexte de fusion.

Dans un chapitre tiré d'un ouvrage scientifique portant sur les processus de l'identité sociale en contexte organisationnel, Terry (2001) aborde la question des fusions organisationnelles et formule des propositions théoriques à partir de trois recherches empiriques sur le sujet. Dans une première étude menée auprès de 1104 employés sur le point de prendre part à la fusion d'un CHU prestigieux et d'un hôpital au prestige plus modeste, Terry et Callan (1998) isolent la présence d'une rivalité intergroupe en contexte de fusion. Plus précisément, ces auteurs démontrent que les employés au statut supérieur arboreraient un biais intragroupe (i.e. perceptions favorables envers leur groupe) qui repose sur les caractéristiques de leur identité contribuant précisément à l'écart au chapitre du prestige dans la nouvelle organisation fusionnée. En revanche, les employés provenant de l'organisation au statut moins élevé s'appuieraient sur des caractéristiques identitaires non reliées à l'écart en question afin de préserver une estime de soi favorable. À la suite d'une autre étude, celle-là menée auprès de 465 pilotes d'avion et ingénieurs en aéronautique au cours de la fusion de deux organisations dans le domaine de l'aéronautique, Terry et al., (2001) en viennent à la conclusion que la perception de frontières intergroupes relativement perméables favoriserait le maintien de l'estime de soi et du bien-être émotif (« *emotional well-being* ») chez les employés appartenant au sous-groupe dont le statut est jugé moins prestigieux. À l'inverse, la réaction des employés appartenant au sous-groupe « prestigieux » auraient été caractérisée par une estime de soi et un bien-être émotif moins élevés, laissant les auteurs interpréter ces faits comme l'existence d'une perception de menace identitaire. Quant à Terry et O'Brien (2001), ils ont étudié la fusion de deux organisations scientifiques auprès d'un échantillon de 120 employés. Partant des résultats des deux études précédentes, ces auteurs ont trouvé que l'effet du statut pré-fusion des organisations serait modéré par les perceptions de légitimité entourant les différences de statut dans la nouvelle organisation fusionnée.

Dans un autre chapitre tiré du même ouvrage scientifique, van Knippenberg et van Leeuwen (2001) ont démontré, principalement à l'aide de deux études empiriques (une fusion

municipale et la fusion d'institutions d'enseignement), que lorsqu'une fusion met en scène deux organisations dont le niveau réel ou perçu de dominance diffère, en raison de facteurs tels que le nombre de personnes, la richesse, la pérennité, la viabilité et le niveau d'influence, l'organisation jugée plus dominante serait caractérisée par un niveau d'identification pré-fusion très similaire à celui retrouvé après la fusion (post-fusion). Ce scénario s'expliquerait, selon les auteurs, par la présence d'un sentiment de continuité chez les membres dits « dominants », lequel sentiment découlerait naturellement de la probabilité accrue que l'organisation fusionnée reprenne certaines caractéristiques de leur ancienne (pré-fusion) identité organisationnelle.

En lien avec les derniers résultats entourant le sentiment de continuité, van Leeuwen et al., (2003) ont démontré, par une étude empirique effectuée auprès de 141 étudiants universitaires, qu'une perception de continuité de l'identité pré-fusion pendant le processus de fusion accentue la corrélation positive entre l'identification pré-fusion et l'identification post-fusion. De leur côté, Ullrich et al. (2005) ont démontré, par l'intermédiaire d'une étude qualitative réalisée auprès de 16 gestionnaires d'une grande entreprise allemande en contexte de fusion, que l'implantation rapide d'une nouvelle structure pouvait contribuer à augmenter l'incertitude contextuelle, et donc à faire chuter le sentiment de continuité ainsi que l'identification de ces mêmes gestionnaires à leur nouvelle organisation (post-fusion). Ces mêmes auteurs stipulent que si les personnes touchées par la fusion s'attendent à un certain niveau de stabilité et sont en mesure de prévoir ce qui s'en vient après la fusion, entre autres grâce à une participation à l'élaboration des objectifs d'affaires, alors les personnes seraient plus enclines à s'identifier à leur nouvelle organisation fusionnée (Ullrich et al., 2005).

Dans un troisième et dernier chapitre tiré du même ouvrage scientifique portant sur le processus de l'identité sociale en contexte organisationnel, Gaertner et al. (2001) proposent un modèle explicatif, validé à partir d'une étude quantitative réalisée auprès de 229 gestionnaires du domaine bancaire ayant pris part à une fusion. Leur modèle propose que certaines conditions pourraient favoriser des perceptions plus favorables lors du premier contact entre les personnes provenant anciennement de sous-groupes différents, entre autres en étant à l'origine de l'impression selon laquelle toutes les personnes ayant fusionné font

dorénavant partie d'un même groupe, ou en favorisant les interactions sociales. Par exemple, selon Gaertner et al. (2001), un haut niveau de ressemblance au chapitre des tâches effectuées par les sous-groupes en présence, diminuerait le sentiment de compétition intergroupe illustré par la phrase « nous contre eux ». Aussi, leurs résultats soutiennent que plus un individu percevrait des possibilités de carrière, moins la fusion serait perçue comme menaçante. Qui plus est, ce même modèle propose que plus l'organisation se soucie de ses employés, entre autres en communiquant une information permettant de réduire l'incertitude entourant la fusion et en permettant à ses employés d'influencer le processus de fusion, moins les employés perçoivent la fusion comme menaçante et plus ces derniers s'engagent envers leur organisation, tout en manifestant une intention plus faible de quitter cette dernière.

Selon Harrison (2000), les différences culturelles et identitaires pourraient être considérables dans le domaine hospitalier. D'après Andreopoulos (1997), la création d'une nouvelle corporation dans le secteur hospitalier, lorsqu'elle tend à homogénéiser l'organisation des ressources humaines et le fonctionnement des divers départements, risque de susciter une forme de résistance de la part des personnes touchées par la fusion. En ajoutant ces enjeux identitaires aux bouleversements organisationnels entraînés par la fusion, tels les changements structurels, on obtient une probabilité accrue que des conséquences, tant sur les finances des hôpitaux que sur l'organisation des soins et sur la santé des gens, surviennent en cours de route. Le succès de la fusion pourrait donc dépendre autant, voire davantage, de processus liés à la rencontre identitaire engendrée par la fusion que de variables d'un ordre purement économique.

1.3 Les interventions de gestion permettant d'influencer le processus d'identification

Comme le présent chapitre en fait la démonstration, l'identité influence tant les perceptions des personnes vis-à-vis de l'organisation dans son ensemble en ce qui a trait aux enjeux qu'elle rencontre, que les attitudes et les actions posées par les divers sous-groupes qui la composent. Puisque la fusion des opérations d'une organisation tend à rendre plus saillantes

les frontières identitaires, il est important de mieux comprendre les réactions et les comportements des personnes en situation de fusion et de remise en question identitaire.

Les gestionnaires d'une organisation en processus de fusion disposent d'une certaine marge de manœuvre pour tenter d'influencer le déroulement d'une fusion ainsi que les processus de remise en question identitaire ou de renouvellement identitaire qui pourraient être déclenchés. Les gestionnaires pourraient par exemple agir de manière à influencer les jeux de comparaison identitaire et à influencer certains mécanismes de défense visant à protéger et à promouvoir l'identité organisationnelle (Pratt et Foreman, 2000; Chreim, 2001).

Avec la multitude de caractéristiques identitaires pouvant être rencontrées, les particularités contextuelles de la fusion et les diverses stratégies qui s'offrent aux gestionnaires, les défis qui se dressent sur le chemin de ces derniers sont de taille. Néanmoins, la littérature recense une série d'interventions de gestion qui pourraient influencer la rencontre identitaire et la fusion organisationnelle. Un survol des essais théoriques et des études empiriques portant sur le sujet, permet de classer les types d'interventions de gestion dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : (1) les interventions promouvant les interactions interpersonnelles, (2) les interventions de médiation facilitant les processus décisionnels, l'établissement de règles et la gestion de conflits, (3) les interventions s'appuyant sur le leadership et, finalement, (4) les interventions faisant la promotion d'une vision, entre autres par la formulation d'une image positive et crédible de la nouvelle organisation fusionnée. Les deux premiers types d'interventions peuvent être le fruit d'une initiative du gestionnaire ou des employés, alors que les deux autres types d'interventions sont la résultante d'actions spécifiquement managériales.

Il sera présenté dans les sections suivantes que, bien que la littérature offre quelques pistes pour réfléchir sur les interventions de gestion qui permettraient de favoriser une intégration identitaire en contexte de fusion, aucune étude ne semble avoir examiné dans leur ensemble les différentes approches disponibles et leurs impacts respectifs. La présente recherche s'inspirera donc des idées suggérées par ces écrits, mais restera également ouverte à la découverte d'autres pistes de gestion.

1.3.1 Les interventions promouvant les interactions

Puisqu'une fusion est souvent perçue psychologiquement par les personnes en position de relative infériorité comme une assimilation (Cartwright et Cooper, 1993), certaines des parties prenantes peuvent logiquement se sentir comme les nouveaux venus dans l'unité fusionnée. Dans un contexte de changement organisationnel, les relations de confiance pourraient contribuer à diminuer les résistances des personnes touchées par un tel changement organisationnel (Mishra et Spreitzer, 1998). Or, les liens de confiance pourraient naître grâce aux interactions interpersonnelles ou à la présence de certaines structures sociales (Hosmer, 1995). C'est entre autres par l'émergence de ces relations de confiance, et par l'augmentation de la cohésion dans le groupe, que les interventions de gestion favorisant les interactions entre individus pourraient contribuer à l'identification des personnes à leur organisation, ou aux sous-groupes qui la composent, en contexte de fusion.

Selon Ashforth, Saks et Lee (1998), les stratégies visant à favoriser la socialisation des nouvelles personnes dans une organisation sont classées dans de grandes catégories, telle la socialisation collective, formelle, ou même séquentielle. Selon l'étude empirique menée par ces auteurs auprès de 285 étudiants gradués de l'université, ces stratégies de socialisation seraient significativement corrélées avec l'aspect motivant d'un emploi. De plus, d'après Yi et Uen (2006), le fait de socialiser un nouvel employé en le jumelant à une personne plus expérimentée favoriserait son identification à l'organisation.

Plus proche du phénomène des fusions et des acquisitions, Larsson et Lubatkin (2001) ont mené une méta-analyse s'appuyant sur 50 études empiriques afin de mieux cerner et comprendre les leviers qui s'offrent au gestionnaire pour favoriser l'adaptation de tout un chacun. Leurs conclusions indiquent que le processus d'acculturation des employés en contexte de fusion/acquisition serait atteint avec le plus d'efficacité lorsque les gestionnaires ont recours à des contrôles dits sociaux, tels que des programmes d'accueil, la formation, la visite du ou des autres sites, les retraites fermées pour favoriser le premier contact, les célébrations et autres rituels sociaux. Larsson et Lubatkin (2001) expliquent leurs résultats en proposant qu'en participant à ce genre d'activités sociales, les personnes créeraient de leur propre gré une nouvelle culture organisationnelle, en faisant abstraction des attentes au

chapitre de la synergie, de la taille des organisations ainsi que des cultures organisationnelles.

Gould, Ebers et McVicker Clinchy (1999) avancent, à la suite de leur étude empirique de la fusion de trois organisations du secteur industriel, que les anxiétés, projections négatives et autres perceptions de menace découlant d'une fusion organisationnelle, pourraient être gérées par la mise en place de stratégies favorisant le développement de la collaboration interpersonnelle et de relations de confiance.

Pour leur part, Armstrong-Stassen, Cameron, Mantler, Horsburgh (2001) ont étudié de manière longitudinale les réactions de 146 infirmières au cours de la fusion de leur groupe de travail. Ces derniers dégagent de leur recherche s'échelonnant sur cinq années que le support organisationnel perçu, celui offert par les collègues de travail, mais surtout celui offert par le gestionnaire immédiat, jouerait un rôle significatif dans l'adaptation à la fusion.

En somme, les écrits suggèrent que le contact entre individus permettrait la socialisation et que les modes de gestion favorisant les interactions pourraient aider à la mise en œuvre des fusions, entre autres en favorisant un processus d'identification à l'organisation fusionnée ou aux différents sous-groupes qui la composent. Par ailleurs, la littérature aborde rarement la relation directe entre les stratégies de gestion adoptées et l'identification. On se doit donc d'être ouvert à différents types de résultats à ce chapitre.

1.3.2 Les interventions de médiation

La gestion d'un processus d'intégration peut aussi s'appuyer sur des individus, des comités ou d'autres regroupements de personnes ayant pour mandat de prendre des décisions en ce qui a trait aux processus, aux procédures et aux règles en vigueur dans la nouvelle unité fusionnée. Plus précisément, ces stratégies de médiation sont opérationnalisées par les discussions et les négociations ayant lieu à travers différents médiums d'échange, tels que les rencontres d'équipe, les comités (d'administration ou autre), les regroupements professionnels, les syndicats, les commissions et l'intervention de tierces parties. L'utilité

potentielle de ce type d'intervention réside dans sa capacité à régler de façon efficace les différends entre des groupes en opposition.

Dans leur texte théorique, Pratt et Foreman (2000) affirment que les gestionnaires à la tête d'une organisation peuvent, selon leur lecture de la situation, avoir recours à quatre stratégies pour gérer les multiples identités que leur organisation comporte. Ces stratégies visent à compartimenter les identités en présence sans favoriser leur synergie, à éliminer une ou plusieurs identités, à intégrer plusieurs identités distinctes en un tout qualitativement différent ou, encore, à agréger les identités en présence par la création d'une synergie entre ces dernières. Il est possible de penser que la réussite de ces stratégies repose sur l'utilisation d'un bon nombre d'interventions de médiation (e.g. : comités, rencontres d'équipe, etc.).

S'insérant dans une perspective de continuité identitaire, la stratégie de confluence en contexte de profond changement organisationnel, élaborée par Chreim (2001) dans un article à portée théorique, peut également être classée dans la catégorie des interventions de médiation. Grâce au partage d'idées à l'intérieur de groupes de discussions composés des gestionnaires et/ou des employés, cette stratégie stipule que certains aspects d'une ancienne identité pourraient demeurer tout au long du processus d'intégration, alors que de nouvelles bases identitaires seraient graduellement jetées (Chreim, 2001).

De plus, la promotion d'une identité englobante (« *superordinate identity* ») favorisant l'atteinte des objectifs du groupe, plutôt que ceux de l'individu, pourrait également être retenue comme intervention dite de médiation en contexte de fusion. À cet effet, Sethi (2000) a étudié 118 équipes pluridisciplinaires (« *cross-functional product development teams* ») impliquées dans le développement de nouveaux produits. Selon cet auteur, pour arriver à instaurer une identité englobante, et ainsi contribuer à rehausser la performance du groupe, les gestionnaires doivent décider de renforcer l'utilité perçue et les succès de l'équipe de travail, et ce, plutôt que de renforcer la contribution individuelle de ses membres (Sethi, 2000). En retour, une identité dite englobante pourrait être mise en œuvre par les gestionnaires, entre autres grâce à des interventions de médiation permettant de modifier l'organisation du travail.

Dans un contexte médical, la médecine basée sur les meilleures pratiques et les données dites « probantes » (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992; Vandembroucke, 1996; Strauss et Sackett, 1998), pourrait également offrir aux gestionnaires une plate-forme à la multiplication des points de vue et des pratiques, favorisant l'intégration des médecins, professionnels, infirmières, et autres employés impliqués dans une fusion organisationnelle.

Étant donné la perspective exploratoire de la présente recherche, il est possible que la collecte des données permette d'identifier d'autres interventions de médiation favorisant l'intégration de sous-groupes de personnes sur le plan identitaire.

1.3.3 Le leadership : les interventions et le phénomène intergroupe

Le rôle du ou des leaders peut être envisagé comme central à la réussite de l'intégration des sous-groupes de personnes pendant un processus de fusion organisationnelle. Selon certains auteurs récents, au-delà d'être un phénomène individuel (i.e. leadership charismatique ou transformationnel), le leadership serait aussi fondamentalement un phénomène de groupe (Denis, Langley et Cazale, 1996; Ellemers et al., 2004; Van Dick, Hirst, Grojean et Wieseke, 2007; van Knippenberg et van Knippenberg, 2005), et ce, en particulier en contexte de changement organisationnel (Denis, et al., 1996). D'autres auteurs parlent de l'importance des comportements du leader, voire de l'approche de ce dernier et du climat qu'il réussit à instaurer pendant les changements organisationnels découlant d'une acquisition ou d'une fusion (Empson, 2004; Kavanagh et Ashkanasy, 2006; van Dick et al., 2006). Ci-dessous, les écrits portant sur l'importance des actions tangibles du leader sont présentés au lecteur avant ceux qui traitent du leadership comme phénomène de groupe.

Selon une étude qualitative menée par Empson (2004) auprès d'une firme de comptabilité ayant été acquise par une seconde firme oeuvrant dans le même domaine, dont l'identité organisationnelle est significativement différente, les employés « acquis » apprécient le leadership de type attentionné (« *sensitive* »). Ce type de leadership renvoie aux communications avec le plus grand nombre d'employés possible pendant le processus de fusion, en plus d'assister aux événements sociaux organisés par les employés.

D'après Kavanagh et Ashkanasy (2006), qui ont mené une étude empirique auprès de 62 personnes touchées par la fusion de trois universités, les actions posées par le leader pourraient avoir un impact tangible sur la coopération des personnes et l'acceptation du changement. Précisément, les actions dites socio-émotives seraient les plus porteuses d'un effet positif sur le tissu humain puisqu'elles traduisent des éléments de planification, de consultation ainsi que de transparence et de compassion pendant le processus d'intégration. Qui plus est, ces mêmes auteurs pensent que le rythme de la fusion est un paramètre pouvant être contrôlé par le leader, en raison de l'influence possible sur les perceptions des personnes sur le leadership présent dans l'organisation. À ce chapitre, Kavanagh et Ashkanasy (2006) prétendent qu'un changement planifié et réalisé par étapes serait davantage garant de comportements empreints de coopération et d'acceptation qu'un changement très rapide ou même très lent.

Le leadership peut aussi être vu comme un phénomène de groupe (Denis et al., 1996; Ellemers et al., 2004; Van Dick et al., 2007; van Knippenberg et van Knippenberg, 2005). Par exemple, dans leur texte théorique, Ellemers et al. (2004) construisent une argumentation s'appliquant lorsque le contexte fait en sorte que des personnes s'identifient davantage à un groupe qu'à des attributs personnels (e.g. pendant une fusion organisationnelle). Plus précisément, dans pareille situation, le leader pourrait arriver à motiver ses employés non pas par l'expression de ses simples qualités individuelles (i.e. intelligence ou comportements équitables), mais par des comportements qui illustrent ou confirment l'identité sociale de ces mêmes employés.

Pour leur part, van Knippenberg et van Knippenberg (2005) ont démontré par deux expériences en laboratoire avec des étudiants universitaires, que les comportements et attitudes des membres d'un groupe seraient influencés par les comportements du leader témoignant un sacrifice de sa part (i.e. le report de l'assouvissement des intérêts personnels du leader dans le but de desservir le groupe). De manière spécifique, une relation positive existerait entre, d'une part, la productivité des membres du groupe, leurs perceptions d'efficacité en tant que groupe, leurs perceptions entourant le leader (e.g. les comportements du leader favorisant le groupe, son charisme) et, d'autre part, les comportements de sacrifice

du leader. De plus, cette relation entre les comportements et attitudes des membres du groupe et les comportements de sacrifice du leader, seraient plus marqués lorsque les caractéristiques du leader correspondent plus faiblement avec le membre prototype du groupe, tel que déterminé par l'identité organisationnelle. En somme, les membres d'un groupe seraient mobilisés par les comportements de leader témoignant du souci envers autrui, et ce, d'une manière encore plus forte lorsque l'identité du leader est perçue comme différente de celle qui caractérise le groupe. A priori, ces résultats semblent particulièrement intéressant dans le contexte de la présente recherche, laquelle répond à l'objectif de mieux comprendre le rôle des interventions de gestion et du leadership sur le processus d'intégration identitaire.

De leur côté, van Dick et al. (2007) ont démontré à l'aide de deux études empiriques, qu'il existerait une relation positive entre la force de l'identification du leader à l'organisation et l'identification de ses subalternes à cette même organisation.

En se basant sur leur étude empirique ayant pour objet l'évolution du leadership dans un grand hôpital aux prises avec un changement stratégique de taille, Denis et al. (1996) avancent que le leadership peut prendre une forme collective de manière à ce que soient formées diverses constellations d'acteurs, jouant des rôles distincts mais interdépendants. Selon ces auteurs, ce leadership dit collectif se manifesterait en contexte où les orientations de l'organisation sont moins claires et les rôles permettant d'exercer une autorité sont relativement ambigus, dû à la spécialisation, à la différenciation et à la complémentarité du travail.

Il va sans dire que le fait de donner la chance aux personnes touchées par la fusion d'exprimer leurs idées par rapport au processus d'intégration et de participer à certaines décisions grâce à une gestion plus participative, peut également représenter une avenue permettant de gérer la rencontre des identités. Concrètement, ce type d'intervention de gestion pourrait passer par la mise sur pied de groupes de discussion et de décision, mais aussi de forums de planification et d'audiences publiques. En somme, divers auteurs ont souligné le rôle potentiel du leadership dans la mise en œuvre réussie d'une fusion ou dans

le processus d'identification. Ces éléments devront donc être analysés dans le cadre de cette étude.

1.3.4 Les interventions s'appuyant sur les communications

Une communication efficace aux employés est souvent citée comme la clé de réussite des fusions (Empson, 2004; Ellemers et al., 2004; Kavanagh et Ashkanasy, 2006; Bartels et al., 2006; van Dick et al., 2006; Bartels et al., 2007). Comme le mentionnent Schweiger et DeNisi (1991) dans leur étude menée auprès de 147 employés touchés par une fusion organisationnelle dans le secteur manufacturier, la stratégie pourrait consister à renseigner les parties prenantes de toutes les éventualités à prévoir sur les suites du changement organisationnel. Cette stratégie nécessiterait que les personnes touchées par le changement organisationnel en soient avisées dès le moment où des renseignements sont disponibles sur ce sujet, par communication écrite ou verbale. Ainsi, la confiance des membres envers leur unité de travail et ses dirigeants serait préservée, entre autres par la diminution du niveau d'incertitude découlant de la fusion.

Plus récemment, Bartels et al. (2006) identifiaient une relation positive significative entre le climat de communication (e.g. l'écoute offerte à un collègue de travail) et l'identification à l'organisation avant et après le processus de fusion. D'autres auteurs, traitent spécifiquement des initiatives de communication lancées par le leader en contexte de fusion organisationnelle. Selon, Kavanagh et Ashkanasy (2006), les actions du leader pendant une fusion, telle la communication transparente mise en œuvre par celui-ci, auraient un impact tangible sur la coopération des personnes et leur acceptation du changement. Aussi, selon van Dick et al. (2006), il existerait une relation positive entre la communication pendant le processus de fusion et l'identification après la fusion.

1.3.5 Les interventions faisant la promotion d'une vision, de symboles ou d'une image

La vision stratégique est une des variables importantes à considérer en contexte de changement organisationnel (Gioia et al., 2000). De plus, selon certains écrits, il existerait

une symbolique à l'intérieur de l'organisation qui pourrait être manipulée par les gestionnaires, afin de faciliter l'adaptation de tous au changement organisationnel. Ashforth et Mael (1989) avancent dans leur article théorique qu'étant donné la recherche perpétuelle d'une identité organisationnelle positive par les membres de l'organisation, le gestionnaire aurait intérêt à publiciser les nouveaux noms et logos, le nouveau jargon ainsi que les nouveaux leaders et les nouvelles mascottes retrouvées dans l'organisation.

D'après les résultats trouvés par Biggart (1977) dans une étude de cas portant sur la fusion du département américain de la poste, il serait même possible d'imposer certains des aspects constitutifs de la nouvelle identité et de récompenser leur adoption. Pour y arriver, le gestionnaire pourrait décider de conserver certains anciens aspects identitaires d'une organisation, tout en faisant leur publicité. Par exemple, un pavillon hospitalier, vestige symbolique et historique d'une organisation, pourrait faciliter la fusion chez les personnes touchées, et ce, en demeurant inchangé. Par ailleurs, Pratt et Rafaeli (1997) ont démontré de manière empirique que certains symboles, tel l'habillement des infirmières, pourraient véhiculer les fondements d'une ou de plusieurs identités. L'habillement, en tant que symbole, pourrait constituer un moyen indirect et relativement simple de comprendre et de discuter de l'identité. Utilisée à bon escient, la symbolique pourrait donc représenter une corde de plus à l'arc du gestionnaire désireux de promouvoir une identité spécifique.

Dans un autre ordre d'idées, Dutton et al. (1994) définissent le concept d'image comme la perception retrouvée chez les membres d'une organisation, entourant la manière dont les autres perçoivent leur organisation. De plus, l'image d'une organisation, perçue par ses propres membres et par les critiques externes (ex. compétiteur, médias, etc.), serait directement en lien avec le concept d'identité organisationnelle. Par exemple, l'image d'une organisation serait jugée positive si elle corrobore le concept de soi de l'employé en plus de favoriser son estime de soi (Dutton et al., 1994). Lorsque l'image d'une organisation est perçue comme positive, il se pourrait que l'identification à l'organisation s'en trouve par le fait même accrue.

D'après son modèle de la gestion de l'identification dégagé d'une étude empirique menée auprès de 32 personnes appartenant à une organisation de marketing en réseau (« *network*

marketing organisation »), Pratt (2000) affirme que les gestionnaires pourraient contribuer à manipuler certains des éléments constitutifs de l'image d'une organisation, afin que l'ancienne image perde de son éclat au profit de la nouvelle, et ce, par le recours à la construction de rêves et à l'influence des personnes nettement en faveur de l'organisation agissant comme porte-parole. Ce processus se décompose en deux mécanismes nommés « *sensebreaking* » et « *sensemaking* » au cours desquels une identité de départ est présentée comme faisant obstacle à une identité souhaitée (« *sensebreaking* »), pour ensuite être graduellement remplacée par de nouveaux idéaux (« *sensemaking* ») (Pratt, 2000; Gioia et Chittipeddi, 1991). De façon similaire, Gioia et Thomas (1996) stipulent dans leur étude empirique décrite précédemment, qu'une nouvelle image attrayante et unique pourrait faire pencher la balance en sa faveur, et ce, au détriment d'une ancienne image. Cette quête d'une image positive pourrait donc être aussi utilisée par le gestionnaire soucieux de faciliter l'expérience de la fusion organisationnelle pour les personnes concernées.

Pour sa part, Carroll (1995) a mené 50 entrevues auprès de leaders d'âge collégial participant à un camp de développement personnel et professionnel. Selon les résultats qu'il a obtenus, les métaphores du langage, tels les slogans, auraient dans certains cas le pouvoir de resserrer les liens à l'intérieur d'un groupe, mais pourraient également contribuer à aliéner certaines personnes pour lesquelles le nouveau slogan ne faisait jusque-là pas partie du vocabulaire courant. Carroll (1995) propose des pistes d'explication selon lesquelles ces dernières personnes pourraient interpréter le nouveau slogan comme une tentative d'exclusion du groupe ou, encore, comme une vision à laquelle l'on doit obligatoirement se conformer.

Il semble probable que l'intégration horizontale vienne profondément changer certaines des multiples facettes identitaires d'une organisation et de ses sous-groupes. Or, Elsbach et Kramer (1996) prétendent, en se basant sur les résultats de leur étude empirique, qu'en période de changements organisationnels une catégorisation sélective ou une comparaison inter organisationnelle pourrait être de mise afin que les membres maintiennent une identité positive. Plus précisément, le gestionnaire, ou une autre instance décisionnelle, pourrait promouvoir la nouvelle identité organisationnelle de manière à ce qu'elle paraisse favorable selon des axes essentiels à l'identité de départ. L'essence de cette démarche serait de

rediriger l'attention des personnes concernées afin que le compromis identitaire paraisse plus équitable et plus intéressant.

Dans l'ensemble, le chercheur a identifié plusieurs types d'interventions de gestion qui pourraient, selon ce qui est écrit dans les écrits antérieurs, jouer un rôle dans le déroulement des processus d'identification en contexte de fusion, notamment les interventions d'interaction, de médiation, de communication, de leadership, et les interventions liées à la gestion de l'image ou de la vision. Ces interventions fournissent des pistes d'investigation pour la présente étude. Cependant, étant donné qu'aucune étude n'a développé un modèle intégré des relations entre les interventions de gestion et le processus d'identification lors d'une fusion, il convient de demeurer ouvert à la découverte d'autres types d'interventions et de relations.

1.4 Les autres variables pouvant influencer l'intégration identitaire en contexte de fusion

Le but de la présente recherche est d'examiner le rôle de l'identité et des interventions de gestion sur le processus de fusion organisationnelle. Toutefois, il est possible que d'autres variables contribuent significativement à influencer ce même processus, et ce, qu'elles soient influencées par les interventions du gestionnaire ou qu'elles soient le fruit d'une évolution dite « naturelle ». Entre autres variables retrouvées dans les écrits, les relations de confiance, l'image de l'organisation telle que perçue par les employés, l'incertitude organisationnelle perçue par les personnes touchées par la fusion, ainsi que la satisfaction par rapport à la fusion, sont autant de variables examinées dans les écrits scientifiques, pouvant potentiellement influencer le déroulement de la fusion ainsi que le processus d'intégration identitaire.

1.4.1 Les relations de confiance

La fusion des opérations d'une organisation peut être une expérience déstabilisante pour les personnes impliquées par ce type de changement organisationnel. Il est postulé que l'émergence d'un lien de confiance dans le groupe de travail, et donc l'augmentation de la

cohésion dans le groupe, puisse favoriser l'identification des personnes à leur organisation en contexte de fusion. De plus, les relations de confiance pourraient contribuer à diminuer les résistances de personnes touchées par un changement organisationnel (Mishra et Spreitzer, 1998). Les écrits suivants présentent le concept de confiance interpersonnelle et sa relation potentielle avec le déroulement d'une fusion.

De manière englobante, Hosmer (1995) définit la confiance dans son article théorique comme étant « l'attente («*expectation*») par une personne, groupe ou organisation, de comportements justifiables éthiquement de la part d'une autre personne, groupe ou organisation, et ce, dans la réalisation d'un objectif commun («*joint endeavour*») ou échange économique » (p. 399). La confiance peut être à tour de rôle le résultat d'attentes individuelles ou de relations interpersonnelles, le fruit d'une transaction économique ou même la conséquence de la présence de structures sociales (e.g. la justice) (Hosmer, 1995). Pour les besoins de la présente recherche, la définition retenue pour comprendre et analyser le concept de confiance est celle que Zand (1972) a avancée, soit le fait de consentir à augmenter sa vulnérabilité par rapport à autrui, et ce, sans pouvoir contrôler les actions d'autrui (p. 230); cette position de vulnérabilité, voire d'incertitude, est liée à des attentes personnelles.

Dans un contexte expérimental comportant 64 questionnaires provenant d'une compagnie d'envergure internationale du secteur de l'électronique, Zand (1972) a démontré que le niveau de confiance à l'intérieur d'un groupe de gestionnaires serait relié à leur performance en contexte de résolution de problèmes; la performance est ici mesurée par la clarification des objectifs, la réalité des informations échangées, l'étendue des solutions envisagées et l'engagement démontré dans l'implantation des solutions. Pour leur part, Ring et Van de Ven (1994) soutiennent dans un texte théorique que le lien de confiance entre les partenaires d'une relation de collaboration inter organisationnelle serait par moment aussi important que peuvent l'être les contrats plus formels («*formal contractual safeguards*»). Il serait donc plus probable qu'un changement organisationnel nécessitant la collaboration de différents partenaires, telle une fusion, réussisse si des relations de confiance sont présentes à tous les niveaux de l'organisation.

Selon le texte théorique de McKnight, Cummings et Chervany (1998), la confiance initiale présente dans une nouvelle relation organisationnelle – telle celle retrouvée lors d’une fusion – est fonction des dispositions personnelles de chacun, de certains processus cognitifs ainsi que de la confiance institutionnelle. La confiance institutionnelle, qui résulte entre autres de la présence de certaines structures ou de filets de sécurité, jouerait donc un rôle très important, même au niveau interpersonnel. Pour leur part, Whitener, Brodt, Korsgaard et Werner (1998) ont développé un modèle théorique pour expliquer l’émergence des relations de confiance dans l’organisation, selon lequel les gestionnaires seraient en grande partie responsables d’initier et de développer les relations de confiance retrouvées dans une équipe de travail. Les gestionnaires pourraient donc avoir une part d’imputabilité en ce qui a trait à la confiance que les employés manifestent entre eux, et envers leur supérieur.

Dans leur article théorique, Mishra et Spreitzer (1998) proposent que les relations de confiance et les perceptions de justice (distributive, procédurale et interactive) pourraient contribuer à diminuer les résistances des personnes touchées par un changement organisationnel, et ce, en remodelant leur interprétation du changement en question.

Ce survol rapide de la littérature se rattachant au concept de la confiance ajoute à l’importance de ce dernier quand vient le temps d’étudier tant la rencontre de sous-groupes de personnes ayant des identités différentes, que l’effet des stratégies managériales mises de l’avant par les gestionnaires afin d’encadrer la fusion. Toutefois, le chercheur n’a pas retrouvé d’écrits scientifiques mettant directement en relation les concepts de confiance et d’identité.

1.4.2 L’image du groupe de travail

Le concept d’image en tant que levier de changement identitaire à la disposition des gestionnaires a été abordé dans la section du présent chapitre traitant des interventions de gestion. Or, l’image pourrait aussi influencer le processus de fusion organisationnelle indépendamment de ces mêmes interventions.

Bartels et al., (2006) ont démontré à l'aide d'une étude empirique menée auprès d'employés d'un service de police au Pays-Bas, que les croyances des employés concernant les perceptions exprimées à l'externe vis-à-vis de leur organisation seraient plus fortement liées à leur identification à l'organisation qu'à leur identification à leur groupe de travail. Puis, en se basant sur leur étude empirique menée dans le secteur militaire, Lievens, van Hoye et Anseel (2007) affirment qu'il existerait un lien étroit entre l'image d'une organisation et l'identification organisationnelle de ses membres. Plus précisément, ils ont démontré que l'identification organisationnelle des employés pourrait être prédite avec plus de précision par leurs croyances entourant la perception de leur organisation retrouvée l'externe, que par leurs propres perceptions entourant l'image de leur organisation (Lievens et al., 2007).

Il se pourrait alors, et la présente étude pourra le confirmer ou l'infirmier, qu'une image attrayante et désirée puisse influencer substantiellement l'identité ainsi que le processus d'identification de personnes en contexte de fusion.

1.4.3 L'incertitude vécue par les personnes

Selon Schweiger et DeNisi (1991), l'incertitude vécue lors d'une fusion organisationnelle pourrait représenter une importante source de stress chez les personnes touchées par ce changement. L'incertitude peut être le résultat de plusieurs facteurs tels qu'un changement dans la direction de l'unité et des coupures annoncées dans le personnel. Selon ces mêmes auteurs, les employés s'approprient le contenu de rumeurs ou d'autres communications informelles dans un contexte d'incertitude, afin d'apaiser leur inconfort (Schweiger et DeNisi, 1991). Pour prévenir que l'incertitude suscite stress et insatisfaction, diminue la confiance et l'engagement envers l'organisation, ou même augmente les intentions de quitter l'entreprise, Schweiger et DeNisi (1991) suggèrent aux gestionnaires de communiquer aux employés les effets escomptés de la fusion, et ce, dès que faire se peut.

1.4.4 La satisfaction par rapport à une fusion organisationnelle

Puisque de nombreux changements organisationnels sont à prévoir à la suite d'un processus de fusion organisationnelle, la satisfaction des personnes touchées est importante à

considérer. Selon Clegg et Wall (1981), la satisfaction au travail est liée aux aspects intrinsèques et extrinsèques du travail. Covin, Sighetler, Kolenko et Tudor (1996) ont démontré par leur vaste étude empirique auprès des employés d'une division d'une organisation, que l'identification à l'organisation serait plus faible chez les employés de l'organisation acquise que chez ceux de l'organisation acquérante. De plus, ces mêmes auteurs ont démontré que la satisfaction de la carrière future, tant chez les employés de l'organisation acquise que chez ceux de l'organisation acquérante, serait un prédicteur significatif de la satisfaction par rapport à la fusion. En somme, la satisfaction et l'identité semble être des concepts intimement reliés, et il serait important d'en tenir compte dans la présente recherche.

1.5 L'apport de la présente recherche

Le projet proposé dans cette thèse vise à développer la connaissance sur le concept de l'identité et sur ses ramifications en contexte de fusion organisationnelle. Les écrits scientifiques actuels démontrent l'importance des phénomènes identitaires en contexte de fusion, et suggèrent plusieurs interventions qui peuvent être employées dans la gestion de l'intégration. Toutefois, les deux notions clés d'identité et d'intervention de gestion ont rarement été reliées explicitement dans la littérature examinée. Peu d'études ont pour objet l'impact des interventions de gestion sur l'intégration identitaire en période de fusion.

Tel que le présent chapitre le laisse présager pour le lecteur, la recherche en cours a pour but de mettre en lumière le phénomène identitaire, comme pierre angulaire d'un modèle visant à mieux comprendre le processus de fusion d'unités organisationnelles d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). L'influence des interventions de gestion sur ledit processus d'intégration identitaire, ainsi que l'apport explicatif de certains autres concepts, tels que la confiance, sera également apprécié, et ce, entre autres pour remédier aux lacunes identifiées dans la littérature.

Plus spécifiquement, pour étudier le processus de fusion organisationnelle qui consiste à intégrer des identités groupales sur plusieurs mois, ainsi que pour étudier le rôle des interventions de gestion et du leadership au cours de ce processus, le chercheur considère

que la méthodologie doit s'appuyer sur une approche exploratoire et longitudinale en profondeur qui permet de retracer les phénomènes identitaires en jeu, les interventions de gestion utilisées et leurs conséquences respectives.

Les questions de recherche, les concepts théoriques retenus pour y répondre, ainsi que les principales hypothèses de recherche sont présentés dans le prochain chapitre.

Chapitre II

LA PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE ET LES PROPOSITIONS DE RECHERCHE

2.1 Le contexte de micro-fusion

Il arrive que pendant une fusion organisationnelle certains départements puissent demeurer distincts. Or, pour obtenir les bénéfices de la fusion, tels que la création de masses critiques, d'économies d'échelle ou de synergies (Haspelagh et Jemison, 1987), il est souvent nécessaire de forcer la création de synergie entre certains des sous-groupes provenant d'organisations différentes, et ce, par le mélange de personnes. Dans pareil cas, certains départements et unités de l'organisation vivent ce que le chercheur appelle une micro-fusion, soit l'intégration des activités et des personnes de deux unités opérationnelles ou plus à l'intérieur de la même organisation. Contrairement à une fusion simplement sur le plan stratégique ou financier, la micro-fusion a la particularité de profondément modifier le tissu humain de l'organisation.

La présente étude se penche sur les processus inhérents à la micro-fusion d'unités opérationnelles hospitalières d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), et ce, en appliquant des raisonnements propres aux fusions organisationnelles à un contexte de micro-fusion. En faisant le pont entre un point de vue managérial et une approche se basant davantage sur la réalité psychologique des individus touchés par une micro-fusion, ce projet de recherche vise, d'une part, à générer une meilleure compréhension de ces situations et à contribuer à suggérer des pistes d'action pour la gestion d'unités opérationnelles en contexte de fusion et, d'autre part, à vérifier si les écrits portant sur le phénomène de fusion s'appliquent à une micro-fusion. Par conséquent, la recherche pourrait contribuer à faire

avancer la connaissance sur les facteurs conduisant au mieux-être des personnes touchées par une fusion.

Il est à noter que le chercheur utilise le terme « micro-fusion » de manière interchangeable avec celui de « fusion » dans ce texte, mais que dans les deux cas, le référent est l'intégration des activités d'unités opérationnelles (par rapport à l'intégration pouvant se dérouler à un niveau plus stratégique ou administratif, à l'intérieur de l'organisation).

2.2 Les questions de recherche

À la lumière de l'examen des écrits sur le sujet de l'influence de l'identité en contexte de fusion, le chercheur suppose que les membres d'une organisation s'accommodent du changement organisationnel, entre autres en fonction de son impact sur la source, le contenu et la force de leur identité. Or, pendant le déroulement des activités d'intégration de diverses unités organisationnelles, les sources d'identification sont appelées à être modifiées tout autant que le contenu de l'identité, et la force de l'identité risque d'être remise en question. S'appuyant sur la recension des écrits décrite au chapitre précédent, le chercheur définit le concept de « profil identitaire » pour désigner les trois dimensions composées à la fois du contenu, de la source et de la force d'une identité, et ce, pour contribuer à mieux articuler une réponse aux deux questions qui sous-tendent le projet de recherche, soit (1) comment les profils identitaires des sous-groupes d'origine présents en contexte de micro-fusion influencent le déroulement de la fusion et ses résultats au chapitre du degré et de la forme d'intégration identitaire atteint après la fusion, ainsi que de la satisfaction des personnes touchées par cette dernière, puis (2) comment les interventions de gestion mises en place lors d'une micro-fusion influencent-elles le déroulement de la fusion, le degré et la forme d'intégration identitaire atteints après la fusion, ainsi que le niveau de satisfaction des personnes touchées.

2.3 Le cadre conceptuel de la recherche

La figure 2.1 présente le cadre conceptuel guidant cette recherche. Puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire, ce cadre est préliminaire et est appelé à évoluer en fonction des observations faites sur le terrain. Néanmoins, tel que suggéré par Miles et Huberman (2003) pour la recherche qualitative, ce cadre conceptuel préliminaire permet de regrouper les principaux concepts et relations qui seront étudiés et qui ont été identifiés comme pertinents pour la compréhension du phénomène d'intégration.

Dans la présente section, la structure globale du cadre conceptuel sera d'abord présentée brièvement. Dans les sections suivantes seront formulées quelques propositions préliminaires plus précises indiquant les liens à faire avec les écrits scientifiques présentés dans le chapitre antérieur.

Globalement, le cadre conceptuel présente la micro-fusion comme la rencontre de sous-groupes possédant des « profils identitaires » différents (voir les deux boîtes à gauche de la Figure 2.1). Tel qu'indiqué précédemment, le profil identitaire renvoie à des éléments de contenu (Ashforth et al., 2008), ainsi qu'aux diverses sources d'identification (Harrison, 2000) et à la force de l'identification (Dutton et al. 1994 ; Mael et Ashforth, 1992). Tel qu'illustré dans la figure 2.1, le chercheur suppose que la rencontre de profils identitaires différents influencera le déroulement de la fusion en créant une perception de menace identitaire plus ou moins élevée en fonction des caractéristiques de ces profils. Des propositions plus explicites sont présentées plus loin dans la section. La « perception de menace identitaire » renvoie au degré selon lequel les groupes en présence perçoivent que leur profil identitaire devra changer à la suite de la fusion.

Tel que suggéré par les écrits antérieurs et illustré dans la figure 2.1, la perception de menaces identitaires devrait influencer les résultats de la fusion (Dempsey et McKevitt, 2001; van Dick et al., 2006), mais les interventions de gestion de différents types pendant le déroulement de la fusion pourraient moduler tant ces perceptions de menace que les résultats ultimes de la fusion, et ce, à mesure que le processus d'intégration évolue (Kavanagh et Ashkanasy, 2006).

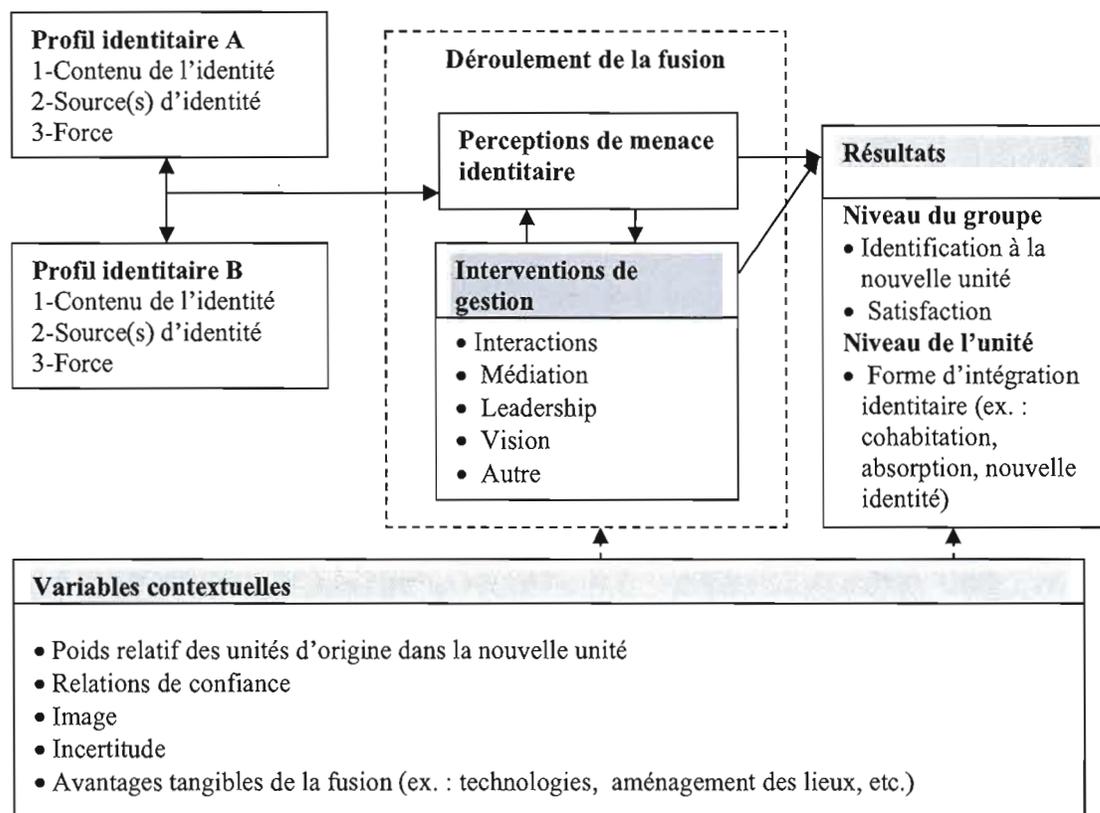


Figure 2.1

Le cadre conceptuel proposé pour l'étude d'une micro-fusion.

Cette recherche vise à évaluer les résultats de la fusion (la boîte à droite de la figure 2.1) à deux niveaux : celui des sous-groupes qui doivent fusionner et celui de l'unité dans son ensemble. Pour ce qui est du niveau des sous-groupes, deux éléments seront pris en compte, soit l'identification à la nouvelle unité par les membres du sous-groupe, ainsi que leur satisfaction post-fusion. Ce sont des concepts utilisés entre autres dans les recherches de van Leeuwen et al. (2003), de Ullrich et al. (2005), de van Knippenberg et al. (2006), de Bartels et al. (2006), de van Dick et al. (2006) et de Covin et al. (1996). La forme de l'intégration identitaire est ensuite définie comme la résultante du processus qui consiste à regrouper deux identités groupales ou plus à l'intérieur d'une même unité opérationnelle dans une optique d'harmonisation organisationnelle et professionnelle plus ou moins profonde. La satisfaction au travail est, selon Spector (1997), une variable attitudinale

servant à mesurer jusqu'à quel point une personne aime (satisfaction) ou n'aime pas (insatisfaction) une ou des dimensions de sa réalité au travail. Dans la présente recherche, la satisfaction renvoie à l'évaluation de la micro-fusion en tant que statu quo ou source de changements. Plus précisément, ce sont la satisfaction vis-à-vis de la micro-fusion dans son ensemble et la satisfaction vis-à-vis de sa carrière dans l'unité fusionnée qui seront mesurées dans cette recherche.

Pour ce qui est des résultats sur le plan de l'unité opérationnelle dans son ensemble, des indicateurs individuels d'intégration identitaire et de satisfaction seront agrégés. Toutefois, seront également pris en compte les différentes possibilités d'intégration identitaires inspirées de celles envisagées par Nahavandi et Malekzadeh (1988) et Pratt et Foreman (2000), qui ont été décrites dans le chapitre précédent. A priori, trois formes d'intégration différentes sont envisagées. Un premier scénario appelé « cohabitation » suppose le maintien au sein de l'unité fusionnée de profils identitaires différents. Le deuxième scénario appelé « absorption » suppose la disparition d'un des profils identitaires au profit d'un autre qui en vient à dominer. Le troisième scénario consisterait en « la création d'un nouveau profil identitaire » différent de ceux d'origine. Tel que proposé par Pratt et Foreman (2000), les mécanismes de gestion mis en œuvre pourraient influencer l'émergence de l'un ou l'autre de ces scénarios ou formes d'intégration (voir le chapitre 1). Ces scénarios et leurs implications seront expliqués plus en détails plus loin dans ce chapitre.

Les éléments précédemment décrits constituent le cœur du cadre conceptuel. Toutefois, étant donné qu'un certain nombre d'autres variables, telles que la taille relative des groupes, les relations de confiance, l'image de l'organisation et l'incertitude contextuelle, peuvent influencer le déroulement de la fusion, ils sont également incorporés dans le cadre conceptuel de l'étude à titre de variables dites contextuelles (voir la figure 2.1).

Finalement, il est important de noter que la présente recherche vise à analyser le processus d'intégration en retraçant la trame temporelle des événements. Dans ce sens, il est impossible de prévoir tous les phénomènes engendrés par la fusion à mesure que celle-ci se déroule. De ce fait, les éléments du cadre conceptuel ne doivent pas être conçus comme statiques. Entre autres, les interventions de gestion à un moment donné peuvent créer des

résultats qui deviendront des points de départ pour d'autres initiatives. De plus, les réactions des participants à la fusion (et en particulier au chapitre des perceptions de menace identitaire) peuvent amener les gestionnaires à intervenir pour modifier son déroulement. C'est pourquoi, le chercheur a inséré les éléments centraux du cadre conceptuel à l'intérieur d'une boîte à ligne pointillée plus large, intitulée « déroulement de la fusion » afin d'indiquer le caractère émergent, évolutif et itératif du processus étudié.

Les prochaines sections serviront à approfondir certaines composantes du cadre conceptuel pour élaborer quelques propositions de recherche préliminaires plus précises. Comme il a été indiqué au chapitre précédent, les écrits scientifiques existants sont plus explicites concernant les influences des identités d'origine sur le déroulement de l'intégration identitaire, qu'ils ne le sont par rapport à l'impact des interventions de gestion, et ce, même si beaucoup d'interventions possibles sont décrites dans la littérature. Aussi, les propositions de recherche présentées par rapport à l'effet des dynamiques identitaires sur la fusion sont plus précises, et donc de nature davantage déductive. Puis, vu l'état des connaissances dans les écrits scientifiques, les propositions de recherche portant sur l'impact des interventions de gestion sont davantage inductives.

2.3.1 Le concept de profil identitaire

Le premier thème traité est la façon dont les trois composantes de l'identité organisationnelle peuvent agir sur le déroulement de la fusion.

2.3.1.1 L'influence du contenu de l'identité

Étant donné l'enracinement de l'identité dans l'estime de soi des membres de l'organisation (Ashforth et Mael, 1989), la rencontre entre des sous-groupes comportant des caractéristiques identitaires divergentes (contenus différents) risque d'engendrer le désir de protéger les éléments constitutifs de « son » identité (Ashforth et al., 2008) et risque de contribuer à une polarisation identitaire entre les sous-groupes concernés lors des premiers contacts interpersonnels, du moins temporairement. Cette rencontre de sous-groupes risque donc de susciter des perceptions de menace identitaire, avec les conséquences attitudeles

et comportementales sur l'individu qui ont été décrites au chapitre précédent (Dempsey et McKevitt, 2001; Seo et Hill, 2005; van Dick et al., 2006) et avec des effets sur la satisfaction (Covin et al., 1996). Ainsi, la première proposition de recherche s'énonce ainsi :

Plus les contenus identitaires de deux sous-groupes ou plus s'avèrent significativement différents, plus les participants à la micro-fusion risquent de percevoir une menace identitaire qui pourra contribuer à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer leur satisfaction post-fusion (**proposition 1**).

Bien sûr, la perception de menace identitaire peut par ailleurs évoluer avec le temps en fonction tant des interventions de gestion mises en œuvre que d'autres événements.

2.3.1.2 L'influence des sources d'identification

Telles que définies dans le premier chapitre, les sources d'identification sont les éléments plus ou moins nombreux (Harrison, 2000), présents dans la réalité sociale de l'organisation, qui peuvent être retenus par la personne afin de contribuer à constituer son concept de soi. Ainsi, un peu à la manière du contenu identitaire, les sources d'identification, telles que le sous-groupe de travail, l'organisation dans son ensemble et la profession, sont liées à l'estime de soi des membres de l'organisation (Ashforth et Mael, 1989). Lorsque la source principale d'identification d'un sous-groupe est appelée à changer, des perceptions de menace identitaire peuvent voir le jour (Dempsey et McKevitt, 2001; Seo et Hill, 2005; van Dick et al., 2006). Par contre, il est envisagé qu'il soit plus facile pour un sous-groupe de s'adapter à la micro-fusion avec un autre sous-groupe si ses propres sources d'identification perdurent à travers le processus, et ce, même si la seconde entité s'appuie sur des sources différentes pour définir son identité. Par exemple, l'identification à sa profession ou à l'organisation dans son ensemble sera moins problématique qu'une identification à l'unité d'origine, car le concept de soi des personnes évoluera potentiellement moins profondément et/ou moins rapidement pendant la fusion, ce qui viendrait faciliter l'adaptation des personnes. En revanche, si un sous-groupe impliqué dans la micro-fusion se retrouve face à une situation où une ou plusieurs de ses sources d'identification doivent être

significativement modifiées en cours de processus (ex. : l'identification à l'ancien groupe de travail, l'identification au site d'origine avant une micro-fusion inter-site, etc.), il est envisagé que le processus d'intégration soit influencé par la présence de perceptions de menaces identitaires chez les personnes concernées. La seconde proposition de recherche est donc la suivante :

Plus les sources d'identification d'un sous-groupe sont appelées à être modifiées au cours de la micro-fusion, plus les personnes concernées seront sujettes à percevoir une menace identitaire qui contribuera à rendre plus difficile l'intégration identitaire et diminuer leur satisfaction (**proposition 2**).

2.3.1.3 L'influence de la force de l'identification

Puisque les membres d'un sous-groupe peuvent s'identifier avec plus ou moins de force à leur organisation, ou aux sous-groupes qui la composent (Mael et Ashforth, 1992), ces derniers adoptent à des niveaux variables des comportements favorisant les membres de leur propre groupe, au détriment des autres sous-groupes en présence (Ashforth et Mael, 1989; Hogg et Abrams, 1998; Hogg et Terry, 2000). Au niveau du groupe, on pourrait donc énoncer, en corollaire direct aux propositions 1 et 2, que plus un groupe s'identifie fortement à son unité pré-fusion, plus la menace identitaire sera élevée.

Toutefois, il est intéressant de considérer également l'impact au chapitre de l'unité dans son ensemble (i.e. les scénarios globaux) d'une tentative d'intégrer des sous-groupes qui s'identifient plus ou moins fortement à leur groupe d'origine. À prime abord, l'intégration de deux sous-groupes à l'identité jugée forte pourrait produire, du moins à court et à moyen termes, une nouvelle entité à l'intérieur de laquelle cohabiteraient ces deux anciennes identités fortes. Dans pareil scénario, les sous-groupes en présence protégeraient leurs frontières identitaires sans qu'il y ait intégration. Par contre, une identité grandement ou même légèrement plus forte pourrait « l'emporter » sur son homologue plus faible, en imposant ses caractéristiques identitaires (contenu) ou ses sources d'identification, donnant lieu plus probablement à une absorption identitaire. Pour sa part, l'intégration de deux

identités plus faibles pourrait représenter une situation semblable à celle que représente l'intégration de deux identités dites fortes. Précisément, si la force de l'identité des sous-groupes est semblable, il pourrait y avoir cohabitation à court et moyen termes. Toutefois, de faibles niveaux initiaux d'identification se manifesteraient par une faible menace identitaire de part et d'autre, ce qui pourrait également rendre l'unité comme un réceptacle social propice au développement d'une identité entièrement nouvelle et commune. La troisième proposition de recherche se décline en trois parties de la façon suivante :

Plus l'identité d'un sous-groupe avant la micro-fusion est forte, plus ses membres sont sujets à percevoir une menace identitaire qui pourra contribuer à rendre plus difficile l'intégration identitaire et diminuer leur satisfaction (**proposition 3a**).

Plus la force d'identification des sous-groupes avant la micro-fusion est asymétrique, plus le scénario d'intégration risque de prendre la forme d'une absorption (**proposition 3b**).

Lorsque les forces d'identification avant la micro-fusion sont symétriques et fortes, plus le scénario d'intégration risque de prendre la forme d'une cohabitation, alors que la création d'une nouvelle identité commune est plus probable lorsque les forces d'identification pré-fusion sont symétriques et faibles (**proposition 3c**).

Cette manière nuancée de concevoir a priori la micro-fusion d'unités opérationnelles devrait permettre de raffiner l'analyse des données et les explications pouvant être dégagées des résultats.

2.3.2 L'influence des interventions de gestion sur la micro-fusion

Sur le terrain, les défis que rencontre le gestionnaire à la tête des processus reliés à une micro-fusion sont nombreux. Cependant, le gestionnaire dispose de possibilités

d'interventions multiples pouvant lui permettre d'influencer les processus d'intégration et les résultats que ces derniers engendrent. À titre d'exemple, tel que présenté au chapitre précédent, la gestion de l'image rattachée à la nouvelle unité opérationnelle, jumelée à la gestion de l'image liée à l'ancienne unité, pourrait contribuer à augmenter la force de l'identification à la nouvelle unité, tout en faisant perdre en intensité l'identification à l'ancienne unité. De façon préliminaire, ces interventions de gestion sont classées dans l'une ou l'autre des catégories suivantes : (1) les interventions d'**interaction** favorisant les rapprochements interpersonnels, (2) les interventions de **médiation** favorisant la prise de décision, l'établissement de règles partagées de tous et la gestion des conflits, (3) les interventions s'appuyant sur le **leadership** (ex. : les comportements du leader, la provenance du leader, etc.), (4) les interventions s'appuyant sur les **communications**, ainsi que (5) les interventions **faisant la promotion d'une vision, de symboles ou d'une image** (voir la figure 2.1). La nature exploratoire et qualitative de la présente étude laisse au chercheur la possibilité d'identifier d'autres types d'interventions mises à profit par les dirigeants de la micro-fusion. La quatrième proposition de la recherche se présente comme suit :

Les interventions mises sur pied par les gestionnaires pendant la micro-fusion d'unités opérationnelles peuvent influencer significativement tant le processus d'intégration sur le plan de la rencontre identitaire que les résultats de la micro-fusion au chapitre du degré d'identification, de la satisfaction et du scénario d'intégration identitaire (**proposition 4**).

Cette proposition demeure large pour l'instant afin de laisser émerger les résultats de l'étude exploratoire. Celle-ci devrait permettre de dégager les différents types d'intervention mis en œuvre et d'analyser comment elles influencent le déroulement de la fusion et les résultats.

2.3.3 L'émergence de différentes formes d'intégration (scénarios) et les relations avec le degré d'identification et la satisfaction

Sont résumées ci-dessus les dimensions qui seront prises en compte dans cette recherche pour évaluer les résultats d'une fusion. Dans cette section, le chercheur élabore de façon exploratoire sur la nature de la troisième dimension de la figure 2.1, soit les scénarios

d'intégration, et leurs relations potentielles avec les autres dimensions que sont le degré d'identification à la nouvelle unité et la satisfaction des personnes touchées par la fusion.

Dans la présente recherche, il est postulé que le profil identitaire des unités opérationnelles puisse constituer un angle d'analyse révélateur pour comprendre les scénarios de la micro-fusion, (i.e. la forme que prend la micro-fusion), au même titre que les interventions de gestion. Les scénarios d'intégration pourraient également être mis en relation avec le niveau de satisfaction des parties concernées, étant donné que le niveau de satisfaction peut influencer le taux de roulement des personnes. Précisément, il est à prévoir que plus le choc de la rencontre identitaire est fort, par exemple lors de la rencontre entre des identités fortes et différentes, plus probable est l'expression de résistances, avec pour conséquence de ralentir l'émergence de scénarios d'intégration (Pratt et Foreman, 2000).

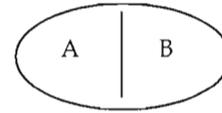
Tel que suggéré précédemment, la rencontre de deux identités fortes et différentes constitue logiquement le scénario où la cohésion et les rapprochements sociaux et professionnels sont les moins probables, du moins à court et à moyen termes. Chacune des parties étant vivement consciente de son caractère distinctif, central et durable (Whetten, 1998), le processus d'intégration peut alors nécessiter davantage de temps et d'efforts avant de donner naissance à des rapprochements sociaux et professionnels, voire avant de devenir opérationnel. De ce contexte particulier provient le scénario de la **cohabitation** d'identités à court et à moyen termes (voir la figure 2.2). Le temps ainsi que les interventions de la part des dirigeants à la tête de la micro-fusion risquent, dans ce cas précis, d'être nécessaires pour retenir les sous-groupes dans un état de cohabitation et, à plus long terme, pour maximiser la réussite de l'activité d'intégration horizontale.

Dans le scénario d'**absorption**, un sous-groupe de personnes à l'identité dite « plus forte » l'emporte relativement rapidement sur les autres sous-groupes impliqués dans la micro-fusion, et réussit à conserver un plus grand nombre de ses caractéristiques identitaires une fois dans l'unité opérationnelle fusionnée (voir la figure 2.2). Selon ce dernier scénario, une seule manière de faire ou de penser subsisterait, soit celle qui caractérise le sous-groupe à l'identité dite dominante. Le mot « absorption », renvoie à une augmentation de l'homogénéité sur le plan des caractéristiques identitaires manifestées explicitement dans

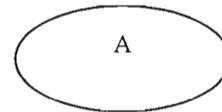
l'unité fusionnée, par exemple au chapitre des manières de travailler et des valeurs. Cependant, un certain niveau d'insatisfaction pourrait demeurer tacitement, voire explicitement, chez les membres de la nouvelle unité opérationnelle ayant eu à adopter « l'autre » identité. Il sera intéressant de mettre en lien ce type de scénario produit par la fusion avec l'impact des interventions de gestion, le degré d'identification à la nouvelle unité, ainsi que le degré de satisfaction manifesté par les personnes.

Le troisième scénario, plus près des visées d'une micro-fusion horizontale retrouvées dans la littérature, est également possible, soit l'émergence d'une **identité entièrement nouvelle** qui serait partagée par tous (voir la figure 2.2). Tel que le phénomène de la confluence le laisse entrevoir (Chreim, 2001), ce scénario n'implique pas nécessairement de faire table rase et de réinventer la manière propre aux membres de la nouvelle unité fusionnée de travailler et de penser. Dans ce scénario, certaines anciennes caractéristiques identitaires peuvent et même devraient subsister, sans provenir entièrement d'une seule des anciennes identités présentes avant la micro-fusion. Par la réciprocité des concessions à faire sur le plan identitaire, ou par l'adoption graduelle de la nouvelle identité par une majorité de personnes, une cohésion au chapitre des caractéristiques identitaires est manifestée explicitement dans l'unité fusionnée. Il est probable que ce scénario prenne plus de temps à émerger et, aussi, qu'il contribue davantage à promouvoir la satisfaction des personnes concernées par la micro-fusion. Il sera intéressant de mettre ce scénario en lien avec l'impact des interventions de gestion, le degré d'identification à la nouvelle unité, ainsi que le degré de satisfaction manifesté par les personnes. La figure 2.2 présente ces trois scénarios.

1. A fusionne avec B = Cohabitation



2. A fusionne avec B = Absorption



3. A fusionne avec B = Nouvelle identité

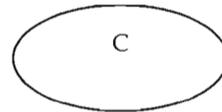


Figure 2.2

Les scénarios identitaires potentiels à la conclusion de la micro-fusion

La cinquième proposition de recherche découle des éléments présentés ci-dessus :

La forme de l'intégration identitaire qui résulte du processus de fusion est une conséquence des profils identitaires en présence ainsi que des interventions de gestion mises en œuvre, et elle est étroitement liée au niveau d'intégration identitaire et à la satisfaction des différents groupes participant à la fusion (**proposition 5**)

Bien que les scénarios ci-dessus soient envisageables, la réalité entourant les processus d'intégration d'unités opérationnelles demeure relativement moins connue. Le fait de mieux comprendre ces processus d'intégration, et de découvrir les résultats qu'ils produisent, est un des buts premiers de la recherche.

2.3.4 L'influence des variables contextuelles sur les processus de la micro-fusion

D'autres variables dites contextuelles, telles que le poids relatif des unités d'origine dans la nouvelle unité – poids conféré par le nombre de personnes -, les relations de confiance (interpersonnelles, envers le gestionnaire de l'unité opérationnelle, dans l'organisation), l'image rattachée à la nouvelle unité fusionnée, l'incertitude contextuelle vécue en période

de fusion, ainsi que les avantages et les inconvénients tangibles de la fusion (ex. : technologies plus moderne, aménagement des lieux, diminution dans le rang de l'ancienneté, etc.) peuvent influencer significativement l'intégration identitaire et les résultats de la fusion (voir la figure 2.1). La nature fortement exploratoire et inductive de la présente recherche justifie le fait de ne pas émettre de proposition de recherche liée à ces variables

En revanche, certaines relations peuvent tout de même être envisagées. Par exemple, plus le prestige d'une nouvelle unité opérationnelle créée par une micro-fusion est perçu comme étant élevé, plus les personnes risquent d'être en faveur de la micro-fusion en question, ce qui pourrait notamment se manifester par un niveau d'identification accru à la nouvelle unité. Ou, encore, un fort niveau de confiance interpersonnelle, et donc de cohésion et de collaboration entre les membres des différents sous-groupes impliqués dans la micro-fusion (Axelrod, 1984 et Deutsch, 1962, cités dans Whitener et al., 1998), devrait influencer le processus d'intégration des profils identitaires, voire les résultats produits par la micro-fusion (ex. : degré de satisfaction, scénario de la fin, etc.).

2.4 La conclusion

Ce chapitre avait pour but d'esquisser des éléments faisant partie du cadre conceptuel orientant cette recherche. Le prochain chapitre présentera la méthodologie permettant de répondre aux deux questions de recherche, et ce, par la vérification des cinq propositions de recherche formulées précédemment. Ce chapitre traite aussi de la stratégie employée pour analyser les données qualitatives et quantitatives de la recherche.

Chapitre III

LA MÉTHODOLOGIE ET LE DEVIS DE RECHERCHE

L'approche retenue pour répondre aux questions de recherche est principalement qualitative et inductive, c'est-à-dire qu'elle consiste à construire, à partir de données empiriques, des énoncés théoriques permettant d'expliquer le phénomène à l'étude (Deslauriers, 1997; Miles et Huberman, 2003), et ce, même si la recherche est guidée par certains choix de variables et de thèmes, effectués d'après la recension des écrits (aspect déductif). Cet aspect déductif est plus marqué dans l'approche retenue pour répondre à la première question de recherche portant sur le rôle de l'identité en contexte de fusion. Pour bien saisir la complexité des phénomènes à l'étude, entre autres du contexte d'influence et pour ainsi maximiser les chances de produire une conceptualisation riche et au fort potentiel explicatif, la méthodologie qualitative s'impose (Yin, 1984). Plus précisément, le chercheur a alors recours à des données de type processuel pour mieux comprendre **comment** évolue l'influence de certaines variables dans le temps, et **pourquoi** il en est ainsi (Langley, 1999); des données détaillées entourant les événements jouant un rôle significatif au cours d'un processus de micro-fusion, sont recueillies à ces fins. Étant donné l'objectif de produire de nouveaux énoncés théoriques, notamment concernant le rôle des interventions de gestion, et la grande importance du contexte d'une micro-fusion, la pierre angulaire de la méthodologie de la présente recherche repose sur l'étude de cas (Eisenhardt, 1989; Yin, 1984), une méthodologie qualitative pouvant être bonifiée de données quantitatives (Eisenhardt, 1989). Enfin, les données sont colligées à plusieurs moments dans le temps (i.e. méthodologie longitudinale) afin de bien apprécier l'évolution du processus à l'étude, soit la micro-fusion d'unités opérationnelles.

Le présent chapitre met en évidence les aspects de cette recherche ayant pour but de décrire (description), d'expliquer (induction) et de prédire (déduction) le phénomène identitaire en contexte de fusion, lesquels ont servi à guider la stratégie de collecte d'information et d'analyse des données obtenues. Sont d'abord décrits, dans l'ordre, le milieu de la recherche et les contextes étudiés, puis les outils qualitatifs et quantitatifs employés, ainsi que les stratégies d'analyse des données utilisées.

3.1 Le milieu de recherche

Le milieu retenu pour la recherche est un centre hospitalier universitaire (CHU) de la ville de Montréal vivant la fusion de certains de ses paliers décisionnels et opérationnels. En plus de désirer les avantages financiers habituellement escomptés par l'intégration de secteurs opérationnels, cette organisation de soins de santé a la particularité d'être le foyer d'une fusion dite volontaire visant à permettre aux institutions originelles de s'approprier le titre de CHU. Grâce à la fusion en cours, cet établissement veut solidifier les assises qui en feront un CHU d'importance majeure; une importance qui, les parties concernées le souhaitent, pourrait dépasser la scène provinciale pour situer la nouvelle entité à une plus grande échelle. La fusion s'inscrit aussi dans une optique de modernisation technologique et d'augmentation des masses critiques de patients. De plus, cette intégration horizontale représente une stratégie visant à augmenter le prestige, et par le fait même, le financement des parties concernées. La stratégie de fusionner peut également être envisagée comme une réponse à une compétition inter organisationnelle, une stratégie s'apparentant à l'isomorphisme institutionnel (DiMaggio et Powell, 1983), une compétition qui se déroule avec un autre CHU de la région qui est lui aussi engagé dans un processus de fusion.

3.2 Le choix des quatre cas de micro-fusion

Selon Eisenhardt (1989), l'étude de cas favorise la description détaillée des processus ainsi que la construction de théories. Afin d'accroître le potentiel de généralisation des conceptualisations ainsi produites, et d'éviter le plus possible certains biais de la part du

chercheur, il est conseillé d'examiner un certain nombre de cas comparatifs qui permettent la réplication des relations examinées (Leonard-Barton, 1990; Eisenhardt, 1989).

La présente recherche s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste qui vise à étudier les processus d'intégration à l'oeuvre lors de la fusion d'un CHU dans son ensemble. Un des membres de l'équipe de recherche du chercheur principal est directeur associé des ressources humaines du CHU. Grâce à son réseau de communications à l'interne, il a été possible de produire une liste des unités opérationnelles vivant présentement une micro-fusion, ou ayant vécu une fusion opérationnelle il y a quelque temps. Cette liste contenait initialement une courte description d'une vingtaine d'unités opérationnelles, comportant chacune au minimum une vingtaine de personnes, pour un grand total d'environ 400 participants potentiels.

Pour réaliser une analyse en profondeur des processus identitaires à l'oeuvre en contexte de micro-fusion, quatre (4) secteurs du CHU, parmi les 20 initialement envisagés, ont été retenus en raison de leur potentiel à révéler des dynamiques identitaires observables, ce qui constitue un choix éclairé (Eisenhardt, 1989) (voir le tableau 3.1). De plus, les cas de micro-fusion se doivent de mettre en scène des sous-groupes comportant suffisamment de personnes pour que le phénomène de remise en question identitaire puisse représenter un enjeu significatif.

Tableau 3.1 La matrice des quatre cas de micro-fusion à l'étude

	Micro-fusion intra-site	Micro-fusion inter-site
Étude en temps réel (longitudinale)	USI du site A	Département de radio-oncologie du site A
Étude rétrospective	USI du site B	Département d'orthopédie du site A

Par un tel échantillonnage raisonné, on vise, comme il est courant de le faire pour une étude cas, à maximiser le potentiel de susciter des renseignements permettant d'enrichir les théories

qui s'en dégagent (Eisenhardt, 1989). Ainsi, le choix des unités opérationnelles se fait en fonction de certains critères importants.

D'abord, deux cas de micro-fusion se déroulant à l'intérieur d'un même site (intra-site) sont retenus (voir le tableau 3.1). Ainsi, la présence d'un deuxième cas aux paramètres comparables (taille de l'unité, présence d'enjeux identitaires, expérience vécue sur un seul site) doit permettre de compléter et de raffiner les données obtenues en lien avec le premier cas. Par la présence de deux cas comparables, le chercheur tente de répliquer les situations le plus possible, afin d'augmenter la validité du processus analytique. Puis, cette approche est répétée avec deux cas de micro-fusion se déroulant sur des sites hospitaliers différents (inter-site) (voir le tableau 3.1). La présence de cas intra-site et inter-site permet de contrôler la variance des données attribuable au site lors d'un processus d'intégration. Ce choix permet également de maximiser le potentiel de transférabilité des résultats de l'analyse. Dans le cas des micro-fusions inter-sites, les deux sites (hôpitaux) du CHU desquels proviennent les sous-groupes de personnes, sont identifiés par les lettres A et B.

Pour chaque paire de cas, un cas a été analysé en temps réel (étude longitudinale) et l'autre de façon rétrospective. Selon Leonard-Barton (1990), la présence de cas en temps réel permet au chercheur de bénéficier de menus détails entourant le processus à l'étude, alors même que ce dernier se déroule. L'analyse en temps réel favorise la production d'une théorie davantage empreinte de la causalité inhérente au phénomène observé ce qui, par conséquent, augmente la validité interne de la théorie produite (Leonard-Barton, 1990). Par ailleurs, selon Leonard-Barton (1990), l'étude de cas rétrospectifs offre au chercheur le portrait complet d'une situation, dont le scénario de la fin. Enfin, le processus qui consiste à comparer et à contraster les énoncés théoriques produits à l'aide de chacune de ces deux approches (temps réel et rétrospectif) permettrait d'augmenter significativement la validité interne des relations de causalité identifiées entre différentes variables (Leonard-Barton, 1990).

C'est ainsi que deux cas de micro-fusion se déroulant en temps réel ont d'abord été retenus, afin de permettre au chercheur d'étudier les processus d'intégration alors même qu'ils se produisent. Ces deux cas permettent l'étude des processus d'intégration sur une base

longitudinale, soit sur une période de plus de 12 mois (voir sections subséquentes pour plus de détails sur la collecte des données qualitatives et quantitatives). Puis, les deux autres cas de micro-fusion sont retenus pour leur nature rétrospective, étant donné l'intérêt qu'il y a à constater les résultats d'une intégration quelque temps plus tard, et à les comparer aux deux cas de processus en temps réel.

Les deux cas de micro-fusion intra-site retenus étaient les suivants : (1) la micro-fusion de l'unité de soins intensifs (USI) du site A et (2) la micro-fusion de l'USI du site B. Il est à noter que le premier de ces deux cas, celui de l'USI basée au site A, représente aussi un objet d'analyse en temps réel (voir le tableau 3.1). Les deux cas de micro-fusion inter-site sont (3) la micro-fusion du département de radio-oncologie du site A et (4) la micro-fusion du département d'orthopédie, également du site A. Le premier de ces deux cas de micro-fusion inter-site, soit l'intégration des activités du département de radio-oncologie, représente aussi un cas d'analyse en temps réel (voir le tableau 3.1).

Finalement, un cinquième cas de micro-fusion (service des technologies biomédicales) a été retenu pour effectuer la validation du questionnaire (voir la section 3.5.2.1). Cette dernière unité a un caractère unique, en ce sens qu'elle est composée d'unités opérationnelles provenant de sites différents et fonctionnant encore à partir de leur site respectif; le déménagement des parties concernées sur un seul et même site n'avait pas encore eu lieu. Ce cas n'est pas abordé en détails dans la thèse, mais il a été utile pour la préparation des instruments de cueillette de données.

3.3 Les unités d'analyse

À l'intérieur de chaque cas de micro-fusion, les participants sont des employés et des professionnels provenant d'unités opérationnelles cliniques touchées par la micro-fusion de leurs opérations avec celles d'au moins une autre unité opérationnelle. Cependant, plutôt que sur l'individu, l'accent est d'abord placé sur la réalité sociale et organisationnelle du sous-groupe touché par la micro-fusion, en tant qu'objet d'étude (ex : les catégories d'employés attachés à chaque unité opérationnelle d'origine). Une fois la réalité de chaque

sous-groupe mieux comprise, l'accent est mis sur le groupe agrandi formé de l'intégration des sous-groupes d'origine. Pour arriver à cette deuxième étape, les résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus au sein de chaque sous-groupe étudié individuellement sont alors agglomérés tant dans les analyses de cas (chapitre 4 à 7) que dans les analyses transversales (pré- et post-fusion) (chapitre 8 et 9).

3.4 Les outils de cueillette de données

Selon Eisenhardt (1989), l'utilisation de données provenant de sources multiples a l'avantage d'accroître la validité des construits théoriques et des hypothèses qui découlent de ces mêmes construits. A cette fin, l'information a été collectée auprès de sites différents à l'aide de deux méthodes : une entrevue semi-structurée et un questionnaire. Les sections 3.5.1 et 3.5.2 traitent de ces deux outils. Le tableau 3.2 ci-dessous présente les thèmes en fonction desquels l'information a été collectée à l'aide des deux instruments, soit l'entrevue et le questionnaire.

Tableau 3.2 L'utilisation des concepts théoriques par l'entrevue et le questionnaire

Les concepts théoriques	Entrevue	Questionnaire
1. La carrière du répondant	✓	
2. Historique de la fusion (les changements organisationnels, les interventions de gestion, etc.)	✓	
3. Le profil identitaire		
○ Le contenu de l'identité	✓	
○ Les sources d'identification	✓	
○ La force de l'identification	✓	✓
4. Les relations de confiance	✓	✓
5. L'image		✓
6. La satisfaction vis-à-vis à la fusion	✓	✓
7. L'incertitude contextuelle	✓	✓

3.4.1 L'entrevue semi-structurée

Parce qu'elle permet de mieux saisir une dynamique et d'aller plus en profondeur que le questionnaire fermé, l'entrevue semi-structurée est l'outil tout désigné pour étudier les processus de changement et les perceptions qu'en ont les personnes. Elle permet de capter tant l'historique d'une micro-fusion organisationnelle et les interventions de gestion, que les perceptions de personnes (Poupart, 1997), dont celles qui concernent leur identité et son importance en contexte de changement organisationnel.

3.4.1.1 La conception et la validation du canevas d'entrevue

Même si la présente recherche prévoit une collette de données quantitatives, sa pierre angulaire au plan de la méthodologie demeure les données qualitatives recueillies auprès des employés et des professionnels des unités opérationnelles.

La recension des écrits et les discussions avec les membres de l'équipe de recherche sont à la base des 22 questions que comporte le canevas d'entrevue semi-structurée. Ces mêmes questions sont regroupées selon les thèmes suivants : (1) le cheminement de carrière et les responsabilités au sein de la nouvelle unité opérationnelle depuis la fusion (question servant de brise-glace), (2) l'historique de la fusion, les interventions de gestion ainsi que les relations interpersonnelles, (3) l'identité et les dynamiques de groupe, (4) les sources de satisfaction et d'insatisfaction ainsi que (5) l'incertitude et les perspectives de carrière. Le tableau 3.3 présente ces dimensions et sous-dimensions. Voir l'appendice C pour visualiser tout le canevas d'entrevue.

Tableau 3.3 Les dimensions du canevas d'entrevue et exemples de questions quantitatives.

Dimension 1 : La carrière du répondant
<p>SOUS-DIMENSIONS MESURÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cheminement de carrière • Les responsabilités au sein de l'unité
Dimension 2 : L'historique de la fusion / interventions de gestion / relations interpersonnelles
<p>SOUS-DIMENSIONS MESURÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'historique de la fusion et les acteurs clés (leadership) • Les facteurs de réussite • L'organisation du travail et climat (avant et après la fusion) • Les changements découlant de la fusion • Les relations interpersonnelles (avec collègues et supérieur) • Les interventions de gestion (appréciées et moins appréciées) : faisant appel (a) aux interactions, (b) à la médiation, (c) au leadership, (d) à la vision qui sous-tend le projet de fusion. • Le rôle des dirigeants du CHU
Dimension 3 : L'identité et les dynamiques de groupe
<p>SOUS-DIMENSIONS MESURÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'identité de la nouvelle unité (les particularités de votre unité ou ce qui vous distingue; les forces et les faiblesses de votre unité, ce dont vous êtes fier) • L'identité de son ancienne unité opérationnelle (les particularités de votre unité d'origine ou ce qui vous distinguait; les forces et les faiblesses de votre unité d'origine, ce dont vous étiez fier) • L'identité du nouveau site (les particularités de votre site actuel ou ce qui vous distingue; les forces et les faiblesses de votre site actuel, ce dont vous êtes fier) • L'identité de l'ancien site (le cas échéant) (les particularités de votre ancien site ou ce qui vous distinguait; les forces et les faiblesses de votre ancien site, ce dont vous étiez fier) • L'identité du CHU (les particularités de votre CHU ou ce qui vous distingue; les forces et les faiblesses de votre CHU, ce dont vous êtes fier) • L'identité professionnelle (et à quoi les personnes font référence – ex. : des valeurs, l'organisation du travail, les conditions de travail, les collègues de travail, etc.)? • Questions quantitatives sur le chevauchement entre l'identité professionnelle et l'identité d'un sous-groupe de l'organisation
Dimension 4 : La satisfaction
<p>SOUS-DIMENSIONS MESURÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les sources de satisfaction dans l'ancienne et dans la nouvelle unité • Questions quantitatives sur le degré de satisfaction dans la nouvelle unité fusionnée
Dimension 5 : l'incertitude et perspective de carrière

3.4.1.2 La collecte de données qualitatives

En tout, 71 personnes ont été interviewées dans les quatre (4) cas de micro-fusions étudiés. Professionnels et employés oeuvrant à l'intérieur du CHU, les personnes rencontrées occupent des postes tels ceux de médecins, de chirurgiens, d'infirmières, de gestionnaires, de préposés aux bénéficiaires (PAB) et de technologues en radio-oncologie.

La collecte de donnée s'est déroulée du 25 août 2002 au 24 novembre 2004, et la durée moyenne de l'entrevue fut de 45 minutes. Dans certains cas, la durée de l'entrevue a été supérieure, allant jusqu'à de 1h45 avec certains gestionnaires. Le choix des personnes interviewées s'est fait à partir de recommandations émises par la personne à la tête de l'unité opérationnelle. Avant l'entrevue, chaque participant a rempli un formulaire de consentement reprenant les grandes orientations du projet et expliquant les notions de confidentialité (voir appendice B).

Chaque entrevue a été enregistrée et a fait l'objet de notes détaillées. Le contenu de chaque cassette d'entrevue a ensuite été transcrit dans un fichier informatique (verbatim). La collecte de données a été arrêtée après avoir atteint la saturation des renseignements nouveaux (Eisenhardt, 1989; Pires, 1997) ou, sinon, à la suite d'une collecte extensive et très riche en information.

Lors de l'entrevue, la personne interviewée était appelée à répondre aux questions dans l'ordre suivant. En introduction, elle devait répondre à des questions sur son poste et ses responsabilités. Elle était également invitée à reconstituer l'historique de la fusion de son unité opérationnelle, puis à répondre à une série de questions ayant trait aux interventions de gestion mises en œuvre par les gestionnaires de l'unité pour encadrer la micro-fusion. Les questions suivantes visaient à connaître le niveau de confiance ressenti envers ses collègues, son supérieur immédiat et l'institution dans son ensemble. Puis, venaient les questions servant à définir l'identité comme telle (ex : « Pensez à votre réalité au travail et répondez à la question 'Qui sommes nous?' », voir canevas d'entrevue à l'appendice C). L'entrevue était conclue avec, dans l'ordre, des questions mesurant le niveau de satisfaction relativement à la micro-fusion et le niveau d'incertitude contextuelle pendant ledit processus

d'intégration. Des sous-questions étaient posées au besoin pour approfondir certaines des explications offertes par le participant.

Puis, afin d'estimer quantitativement la force de l'identification, la personne interviewée était invitée à évaluer de manière quantifiée le niveau de chevauchement entre, d'une part, son identité professionnelle et les identités suivantes : (1) l'identité de son ancienne unité (pré-fusion), (2) l'identité de la nouvelle unité créée par la fusion, (3) l'identité de son ancien site (hôpital), (4) l'identité de son nouveau site dans le cas d'une fusion inter site et, aussi, (5) l'identité de l'ensemble du CHU. Cette question quantitative est accompagnée d'une explication de la part de l'intervieweur, servant à préciser la consigne à la personne interviewée (i.e. « Quel est le schéma qui représente le mieux votre lien avec la nouvelle unité »). Dans une unité opérationnelle à l'intérieur de laquelle la plupart de ses membres sont des professionnels de la santé, cette stratégie utilisée pour estimer quantitativement la force de l'identification comporte une certaine valeur, tout en ayant une portée limitée due au fait que l'identité professionnelle est utilisée comme référent plutôt que l'identité personnelle de l'individu (Dutton et al., 1994; Pratt, 1998; Bartel, 2001).

La figure 3.1 illustre une de ces questions quantitatives, inspirées d'une méthodologie utilisée par Bartel (2001), et servant à produire un indice chiffré pour estimer le degré d'identification de la personne avec des sous-groupes spécifiques du CHU.

Lors de cette fusion, quel schéma représente le mieux le degré de chevauchement qu'il y a entre votre **identité professionnelle (à gauche)** et ... l'identité de votre **nouvelle unité (à droite)** ? Encercler le chiffre de gauche.

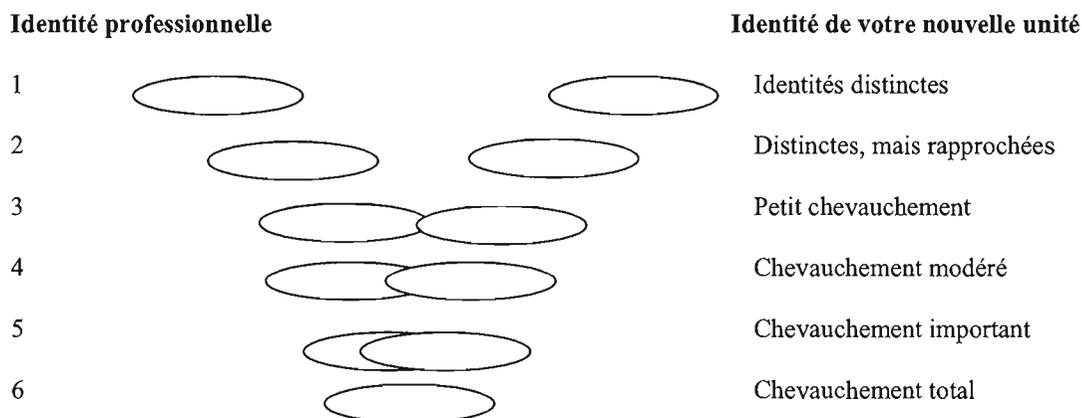


Figure 3.1

Un exemple de question quantitative posée pendant l'entrevue

Afin d'appuyer les données qualitatives, les réponses obtenues à ces questions quantitatives sont ensuite transformées en une moyenne sur 6 (statistique descriptive), qui permet d'estimer la force de l'identification à l'intérieur d'un sous-groupe de personnes faisant partie d'une unité opérationnelle.

Le tableau 3.4 fait état du nombre de personnes rencontrées dans chaque sous-groupe étudié, en plus de spécifier les postes occupés par ces personnes avant et après la micro-fusion. Une vue d'ensemble représentant la situation dans l'unité opérationnelle fusionnée est d'abord rapportée dans la colonne de gauche (cas de micro-fusion), puis la représentativité des sous-groupes étudiés est présentée dans la colonne de droite (sous-groupes).

Tableau 3.4 Les personnes touchées par la micro-fusion rencontrées en entrevue

CAS DE MICRO-FUSION	SOUS-GROUPES	
USI DU SITE A (ÉTUDE EN TEMPS RÉEL) <ul style="list-style-type: none"> • 17 infirmières ou autres employés (spécialisation médicale, chirurgicale, neurologique) • 5 intensivistes (spécialisation médicale et chirurgicale) 	Médical	Chirurgical
	<ul style="list-style-type: none"> • 7 employés médicaux • 1 employé du sous-groupe neurologique (qui s'est joint au sous-groupe médical avant la fusion avec le secteur chirurgical) • 3 intensivistes médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • 9 employés chirurgicaux • 2 intensivistes chirurgicaux
USI DU SITE B (ÉTUDE RÉTROSPECTIVE) <ul style="list-style-type: none"> • 9 infirmières ou autres employés (spécialisation médicale, chirurgicale, CVT) • 3 intensivistes (spécialisation médicale et chirurgicale) 	Médical	Chirurgical
	<ul style="list-style-type: none"> • 6 employés médicaux (dont une personne spécialisée dans les soins coronariens) • 2 intensivistes médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 employés chirurgicaux • 1 intensiviste chirurgical
DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A (ÉTUDE EN TEMPS RÉEL) <ul style="list-style-type: none"> • 12 techniciens ou autres employés • 4 radio-oncologues (sur 6 présents lors de la fusion) • 2 autres intervenants clés 	Site A	Site B
	<ul style="list-style-type: none"> • 7 employés du site A • 3 radio-oncologues du site A • 2 Autres personnes du site A <ul style="list-style-type: none"> ○ Directeur des services hospitaliers du CHU (qui était DSH associé au moment de la fusion) ○ Directeur du Service de Physique médical 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 employés du site B • 1 radio-oncologue du site B
DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A (ÉTUDE RÉTROSPECTIVE) <ul style="list-style-type: none"> • 12 infirmières et autres employés • 5 médecins (incluant l'ancien et le nouveau directeur) 	Site A	Site B
	<ul style="list-style-type: none"> • 10 employés du site A (dont deux secrétaires médicales) • 2 chirurgiens orthopédiques du site A • 1 médecin interne provenant de la clinique externe du site A 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 employés du site B • 2 chirurgiens orthopédiques du site B
AUTRES (ENTREVUES AVEC HAUTE DIRECTION) <ul style="list-style-type: none"> • 2 membres de l'équipe de direction du CHU 	<ul style="list-style-type: none"> • Chef de chirurgie du CHU jusqu'en décembre 2002 • Directeur des ressources humaines du CHU (ancien responsable des intégrations cliniques pendant deux des fusions étudiées) 	

3.4.2 Le questionnaire (temps 1 et temps 2)

Tel que mentionné au début du chapitre, la présente recherche utilise également des échelles quantitatives pour appuyer les données qualitatives. Cette combinaison de sources multiples de données (qualitatives et quantitatives) permet de comparer et de compléter les données (triangulation), dans le but de camper avec plus de rigueur et de validité les construits théoriques et les hypothèses (Eisenhardt, 1989).

Plus précisément, les dimensions du canevas d'entrevue qui sont particulièrement pertinentes à l'explication des processus étudiés (ex. : la rencontre des profils identitaires) dictent l'utilisation des concepts présents dans le questionnaire expliqué ci-dessous. Quelques statistiques (e.g. des moyennes, des fréquences, des corrélations) sont ensuite utilisées afin d'appuyer les données qualitatives, ainsi que pour illustrer certaines relations intéressantes (e.g. le lien entre la force de l'identification à l'unité d'origine et la satisfaction vis-à-vis la fusion). Ces statistiques, quoique simples, viennent compléter les quatre études de cas.

Le questionnaire utilisé pour la présente recherche est composé d'échelles de mesure adaptées à partir d'échelles existantes, selon le format de Likert avec sept (7) niveaux de réponse. Il comprend au total 111 énoncés pour les employés et pour les médecins (incluant les chirurgiens). Mis à part 11 items qui ne sont pas tirés d'échelles existantes – mesurant l'appartenance à différents sous-groupes du CHU et l'évolution de certains aspects du travail -, 100 énoncés sont adaptés à partir de six (6) échelles existantes subdivisées en 18 sous-échelles pour les besoins de la présente recherche.

Les six échelles principales mesurent les concepts suivants : (1) la confiance, une adaptation d'échelles de Cook et Wall (1980) et de Zaheer, McEvily et Perrone (1998); (2) l'identification, une adaptation d'échelles de Bilodeau (1996) et de Mael et Ashforth (1992); (3) la force d'identification, une adaptation d'une échelle de Gioia et Thomas (1996); (4) l'image de l'unité opérationnelle, une adaptation d'une échelle de Gioia et Thomas (1996); (5) l'incertitude contextuelle, une adaptation d'une échelle de Schweiger et DeNisi (1991)

et (6) la satisfaction au travail lors d'une micro-fusion, une adaptation d'échelles de Buono et al. (1985) et de Covin et al. (1996).

Tableau 3.5 Les 18 sous-échelles du questionnaire et leur nombre d'items

Échelle 1 : La confiance
4 SOUS-ÉCHELLES
<ul style="list-style-type: none"> • La confiance interpersonnelle en ses anciens collègues (avant la fusion) (5 items) • La confiance interpersonnelle en ses nouveaux collègues (depuis la fusion) (5 items) • La confiance en les gestionnaires de la nouvelle unité (4 items) • La confiance en la direction du CHU (4 items)
Échelle 2 : L'identification
4 SOUS-ÉCHELLES
<ul style="list-style-type: none"> • L'identification professionnelle (4 items) • L'identification CHU (9 items) • L'identification au site (7 items) • L'identification à la nouvelle unité fusionnée (10 items)
Échelle 3 : La force d'identification
4 SOUS-ÉCHELLES
<ul style="list-style-type: none"> • La force de l'identification au CHU (2 items) • La force de l'identification au site (3 items) • La force de l'identification à l'ancienne unité (3 items) • La force de l'identification à la nouvelle unité (2 items)
Échelle 4 : L'image de l'unité opérationnelle
3 SOUS-ÉCHELLES
<ul style="list-style-type: none"> • L'image de la nouvelle unité : interprétations des perceptions d'autrui (6 items) • L'image de la nouvelle unité : auto-perception (6 items) • L'image de la nouvelle unité : comparaison à autrui (6 items)
Échelle 5 : L'incertitude contextuelle
<ul style="list-style-type: none"> • Juste une (1) échelle (sans sous-échelle – 11 items).
Échelle 6 : La satisfaction
2 SOUS-ÉCHELLES
<ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction par rapport à la micro-fusion (4 items) • La satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité opérationnelle fusionnée (9 items)

À la fin du questionnaire se trouvent quatorze (14) questions socio-démographiques visant à recueillir des renseignements tels que le titre de la profession, le nombre d'années passées à exercer son travail, le nombre d'années passées au CHU et l'ancienneté au sein de l'unité opérationnelle (voir appendice A pour exemple de questionnaire). Seules les questions socio-démographiques qui se sont montrées particulièrement pertinentes, lors de l'entrevue, à l'explication des processus étudiés sont retenues pour fins d'analyse.

3.4.2.1 La conception et la validation du questionnaire

La création du questionnaire a débuté par une recension des écrits. Cette exploration a permis de trouver des échelles mesurant certains concepts faisant partie du cadre conceptuel, telle l'identification, tout en mettant au jour d'autres échelles potentiellement intéressantes pour réaliser la collecte de données. Cinq (5) autres étapes suivirent la recension des écrits. La première de ces étapes a consisté à adapter les échelles existantes au contexte spécifique de l'étude, soit celui d'une micro-fusion des opérations cliniques d'un CHU. Deuxièmement, le questionnaire a été traduit en anglais par l'auteur de cette recherche, pour ensuite être revu par l'équipe de recherche, composée entre autres de la directrice de thèse de l'auteur (étape 3), avec pour objectifs, de faire le tri parmi tous les différents indicateurs et d'adapter son contenu au jargon technique du milieu. C'est lors de cette troisième étape que furent mises à contribution la connaissance du CHU d'un des membres de l'équipe de recherche (il y occupe un poste permanent) et celle d'un autre membre de l'équipe qui compte une expérience en tant que professionnelle de la santé (en pharmacie). En quatrième lieu, une première unité opérationnelle ayant vécu la fusion de ses opérations (le Service de contrôle des équipements biomédicaux - SCEB) a été retenue afin de discuter du questionnaire avec la personne ressource à sa tête (le coordonnateur des technologies biomédicales). Cette rencontre a permis d'améliorer le questionnaire, surtout en ce qui a trait à sa validité de face et de contenu (Kaplan et Saccuzzo, 1997). Cinquièmement, le questionnaire a été distribué à 29 membres de cette unité opérationnelle afin d'effectuer un pré-test de l'instrument pour en vérifier les propriétés psychométriques (validité et fidélité). Après la distribution des questionnaires, leur contenu a été codé et transféré en format EXCEL.

La fidélité de chaque échelle du questionnaire, a la fois pour les versions française et anglaise, a été mesurée à l'aide d'un alpha de Cronbach une fois la collecte de données quantitatives complétée au temps 1. La fidélité des échelles s'est avérée presque identique pour les échelles dans les deux langues. Le questionnaire a ensuite été épuré à des fins d'analyse. Aucun item (question) n'a été retranché du questionnaire; en revanche, trois (3) items ont été retirés de la base de données du logiciel d'analyse quantitative employé (SPSS), parce qu'ils ne représentaient que la réalité des employés et non pas celle des membres du corps médical. Quatre (4) autres items ont été retranchés de la base de données pour augmenter la fidélité de leur échelle respective, et deux sous-échelles de l'identité ont été écartées du processus ultérieur d'analyse, faute de fidélité suffisante (le seuil de fidélité acceptable pour faire de la recherche en sciences sociales étant fréquemment fixé à 0,70 selon Kaplan et Saccuzzo, 1997). Le tableau 3.6 fournit un portrait détaillé de l'indice de fidélité de chaque sous-échelle après élimination des items problématiques.

Tableau 3.6 Les coefficients de fidélité des échelles retrouvées dans le questionnaire

Les échelles	Les coefficients de fidélité (Alpha de Cronbach)
Les relations de confiance	
1. La confiance en ses anciens collègues (avant la fusion)	0.83 (1 question retranchée)
2. La confiance en ses nouveaux collègues (depuis la fusion)	0.88 (1 question retranchée)
3. La confiance en les gestionnaires de la nouvelle unité	0.84
4. La confiance en la direction du CHU	0.91
L'identification	
5. L'identification professionnelle	0.60 (1 question retranchée)**
6. L'identification au CHU	0.85
7. L'identification au site	0.82
8. L'identification à la nouvelle unité fusionnée	0.88
9. La force de l'identification au CHU	0.12*
10. La force de l'identification au site	0.62**
11. La force de l'identification à l'ancienne unité opérationnelle	0.64**
12. La force de l'identification à la nouvelle unité opérationnelle	0.41*
L'image	
13. L'image de la nouvelle unité : interprétation des perceptions d'autrui	0.92
14. L'image de la nouvelle unité : auto-perception	0.89
15. L'image de la nouvelle unité : comparaison à autrui	0.86
L'incertitude	
16. L'incertitude contextuelle	0.85 (1 question retranchée)
La satisfaction	

Les échelles	Les coefficients de fidélité (Alpha de Cronbach)
17. La satisfaction face à la micro-fusion	0.67**
18. La satisfaction face sa carrière dans le contexte de la micro-fusion	0.86

* Échelle trop peu fidèle pour être utilisée afin d'effectuer des analyses.

** Échelle relativement moins fidèle, mais utilisée pour effectuer des analyses

Il est à noter que certaines limites demeurent quant à l'interprétation des données quantitatives utilisées pour la comparaison entre le temps 1 et le temps 2, étant donné que les tests de variance à échantillons pairés (Howell, 2002) ne sont pas possibles et que le faible taux de réponse aux questions socio-démographiques ne permet pas de produire un indice rigoureux pour évaluer l'influence de facteurs confondants, tels que l'âge ou l'ancienneté. Nous n'obtenons grâce au questionnaire qu'un indice reflétant la situation dans le groupe fusionné, lequel est composé d'un important noyau stable, mais aussi de quelques nouveaux visages. De plus, ceux qui ont une opinion plus extrême (favorable ou défavorable) risquent d'avoir répondu en plus grand nombre au questionnaire, teintant par conséquent la nature des résultats obtenus.

3.4.2.2 La collecte de données quantitatives

Une fois sur le terrain, la première étape consiste en une rencontre d'information et de distribution du matériel aux participants de l'unité opérationnelle fusionnée, et ce, en présence du supérieur de l'unité. Le chercheur mentionne ensuite les buts de la recherche et les consignes de base (ex : répondre spontanément, ne pas parler du contenu du questionnaire avant que tout le monde ait retourné son questionnaire dûment rempli, etc.). La nature strictement confidentielle du contenu du questionnaire est rappelée à tous, et il est mentionné que le geste de retourner le questionnaire dûment rempli tient lieu de consentement éclairé à participer au projet de recherche. Ensuite, le questionnaire est distribué par le chercheur à tous les membres de l'unité, sans exception, en prenant soin d'inclure une enveloppe pré-adressée pour le retour. Pour réaliser cette dernière étape, le chercheur se rend au CHU afin de rencontrer des membres de toute l'unité opérationnelle, dont certaines personnes travaillant sur les quarts de travail de soir et de nuit (e.g. : dans les deux USI). Le tableau 3.7 ci-dessous illustre le taux de réponse au questionnaire par cas de micro-fusion au temps 1.

Tableau 3.7 Le taux de réponse au questionnaire par cas de micro-fusion (Temps 1)

Unité	Questionnaires envoyés	Questionnaires remplis et retournés	Taux de réponse
1. Radio-oncologie Site A (pas médecins)	39	34	87 %
1. Radio-oncologie Site A (médecins)	6	4	67 %
Toute l'unité opérationnelle	45	38	84 %
<hr/>			
2. USI Site B (pas médecins)	35	8	23 %
2. USI Site B (médecins)	3	1	33 %
Toute l'unité opérationnelle	38	9	24 %
<hr/>			
3. USI Site A (pas médecins)	86	51	59 %
3. USI Site A (médecins)	9	4	44 %
Toute l'unité opérationnelle	95	55	58 %
<hr/>			
4. Orthopédie Site A (pas médecins)	25	20	80 %
4. Orthopédie Site A – (médecins)	10	4	40 %
Toute l'unité opérationnelle	35	24	69 %

Le taux de réponse global pour le temps 1 est de 59,0 % (voir le tableau 3.8).

Tableau 3.8 Le taux de réponse global au questionnaire pour le temps 1

Questionnaires envoyés	Questionnaires remplis et retournés	Taux de réponse
213	126	59,0%

Puis, le tableau 3.9 ci-dessous illustre le taux de réponse au questionnaire par cas de micro-fusion, au temps 2.

Tableau 3.9 Le taux de réponse au questionnaire par cas de micro-fusion (Temps 2)

Unité	Questionnaires envoyés	Questionnaires remplis et retournés	Taux de réponse
1. Radio-oncologie Site A (pas médecins)	39	20	51 %
1. Radio-oncologie Site A (médecins)	6	4	67 %
Toute l'unité opérationnelle	45	24	53 %
3. USI Site A (pas médecins)	86	36	42 %
3. USI Site A (médecins)	9	2	22%
Toute l'unité opérationnelle	95	38	40 %

Le taux de réponse global pour le temps 2 est de 44,0 % (voir le tableau 3.10).

Tableau 3.10 Le taux de réponse global au questionnaire pour le temps 2

Questionnaires envoyés	Questionnaires remplis et retournés	Taux de réponse
140	62	44 %

3.5 L'analyse des données

L'analyse des données qualitatives et quantitatives s'est effectuée en trois étapes. Dans un premier temps, l'équipe de recherche a eu recours à un logiciel d'analyse de données qualitatives, soit Atlas-ti, pour coder les entrevues selon les concepts de l'étude (voir cadre conceptuel présenté au chapitre 2). En facilitant le codage des données et la triangulation de ces dernières (i.e. le contre-codage), ce logiciel contribue à la rigueur méthodologique. Dans un deuxième temps, l'auteur de cette recherche s'est appuyé sur les codages précédents et des données quantitatives agrégées pour écrire un récit historique sur chaque cas de micro-fusion examiné individuellement; ces analyses intra-cas sont présentées dans les chapitres 4 à 7 de la thèse. Dans un troisième temps, le chercheur a enchaîné avec la production d'analyses transversales pré- et post-fusion qui sont présentées dans les chapitres 8 et 9. Cette analyse de données de nature processuelle repose donc sur des stratégies suggérées par Langley (1999) pour répondre à des questions de recherche du type « pourquoi se produisent certains phénomènes sociaux » et « comment se produisent-ils »?

Par exemple, la présentation des récits historiques de cas pour chaque micro-fusion se fonde sur une stratégie narrative (Langley, 1999) permettant au chercheur de s'appropriier les données empiriques (Eisenhardt, 1989), puis de les organiser pour effectuer une analyse transversale subséquente. Par la suite, s'appuyant sur la connaissance ayant commencé à émerger des études de cas, les analyses transversales visent à produire des énoncés théoriques en utilisant simultanément les stratégies d'analyse de données processuelles suivantes : (1) la cartographie visuelle pour synthétiser l'information et pour produire et valider des idées théoriques (Langley, 1999; Miles et Huberman, 2003), (2) la stratégie dite de synthèse qui permet d'identifier des schèmes récurrents à la base d'une théorie prédictive, et ce, par la mise en relation de données indépendantes et dépendantes (Langley, 1999; Miles et Huberman, 2003) et, finalement (3) la théorisation ancrée (Corbin et Strauss, 1990) afin d'inspirer une théorie fondée sur de solides assises empiriques (Langley, 1999).

3.5.1 Les récits de cas pour chaque micro-fusion

Tel que mentionné dans la présente recherche, l'analyse de chaque cas présenté dans les chapitres suivants débute par la reconstruction de l'historique de la micro-fusion, en prenant le soin de subdiviser celui-ci en phases, dont le début et la fin coïncident avec un événement

significatif. Puis, chaque phase est découpée en six thèmes : (1) le contexte et l'historique de la micro-fusion, (2) les profils identitaires et les écarts identitaires en présence, (3) le contexte physique (e.g. le nouvel aménagement des lieux), (4) les interventions de gestion et le leadership, (5) l'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles, (6) et une description des résultats (intermédiaires et finaux) accompagnés des certaines pistes d'explication. Les deux critères suivants ont servi à faire ressortir ces thèmes du codage préliminaire des entrevues : le cadre conceptuel de départ et le matériel empirique lui-même.

Cette approche s'intéresse à la description de l'identité et à son influence sur le processus d'intégration qui se manifestent à travers les systèmes de sens des membres de l'organisation (Whetten et Godfrey, 1998). Chaque cas est également analysé à la lumière des données quantitatives tirées de l'entrevue et du questionnaire. Plus précisément, de l'entrevue sont extraites, pour chaque sous-groupe de personnes, des moyennes sur la force de l'identification à l'unité opérationnelle d'origine et sur la satisfaction par rapport à la fusion. Rappelons que le questionnaire fournit de l'information sur le degré moyen de satisfaction éprouvée par les employés, les médecins et toutes les personnes de la nouvelle unité fusionnée. Enfin, chaque étude de cas comporte, en guise de conclusion, des tableaux rapportant les faits marquants sous l'angle du groupe aggloméré post-fusion, ce qui permet de visionner la situation du nouveau groupe élargi dans son ensemble. Ces tableaux présentent des constats spécifiques qui se dégagent du codage global des données qualitatives et/ou quantitatives, et qui visent à quantifier les perceptions des personnes vis-à-vis d'une dimension à l'étude. Par exemple, le symbole « ++ » retrouvé dans le tableau 3.11 signifie qu'il y aurait une prédominance pour les intensivistes de l'unité de soins intensifs (USI) généraux d'éléments positifs découlant de la micro-fusion sur le plan des soins et de l'organisation du travail. Finalement, chaque étude de cas se termine également par la présentation d'éléments contribuant à faciliter ou à inhiber l'intégration identitaire avant le début de la fusion et pendant son déroulement. Cette dernière information permet d'amorcer le processus de théorisation.

Tableau 3.11 La quantification symbolique des perceptions entourant une dimension étudiée (exemple de codage de données)

Perceptions des sous-groupes entourant les soins et l'organisation du travail
<p>a) les intensivistes de l'USI généraux (++)</p> <p><i>« I think our flexibility is better, I think our resources are better managed, they are all in one area. We can provide better patient care with the same resources because they are cohorted (...) so from the subspecialty point of view, it's better (Entrevue 18, Directeur, anciennement de l'USI/M) »</i></p>

Ces analyses ont été suivies par une autre de nature transversale découpée en deux étapes : la période pré-fusion et la période post-fusion. Les particularités des analyses transversales pré-fusion et post-fusion sont présentées dans la section 3.5.2.

3.5.2. L'analyse transversale (pré-fusion et post-fusion)

Les analyses transversales présentées dans les chapitres 8 et 9 reposent sur une approche proposée par Miles et Huberman (2003) qui consiste à produire des courants d'explication causale pour un phénomène social; ceux-ci sont appelés « courants de causalité » par l'auteur de cette thèse. En s'appuyant sur les trois canons de l'inférence, soit l'antériorité, la covariation et l'influence directionnelle, un courant de causalité diminue la surcharge d'information tout en produisant des résultats systématiques et vérifiables (Miles et Huberman, 2003, p.274). L'avantage de cette approche est de synthétiser une grande quantité de données pour développer une théorisation globale qui pourra être soumise à une validation dans des recherches qualitatives ou quantitatives subséquentes.

Concrètement, l'identification de « courants de causalité » s'effectue de la manière suivante. Conformément à ce que recommandent Miles et Huberman (2003), le chercheur agence une série de variables indépendantes selon les relations dictées par la réalité étudiée, afin de prédire la variable dépendante, par exemple la perception de menace identitaire ou le degré d'identification à la nouvelle unité. Autrement dit, la production d'un courant de causalité s'appuie sur les données empiriques pour estimer l'effet d'une variable (i.e. faible, moyen,

élevé), puis à la relier schématiquement par un trait à une autre variable indépendante dont l'effet a été préalablement mesuré, laquelle peut à son tour être reliée à une autre variable indépendante ou à la variable dépendante. Le chercheur écrit ensuite un texte qui explique les relations que l'on retrouve dans ledit courant de causalité sous une forme schématisée. Plusieurs courants de causalité sont généralement nécessaires à l'explication d'un phénomène social; on parle alors d'un diagramme causal. Ce type de diagramme compte généralement de 15 à 40 variables (Miles et Huberman, 2003).

Au cours du processus de théorisation, le chercheur valide tant le courant de causalité que le texte qui l'accompagne, en reproduisant la même explication causale au sein de tous les autres sous-groupes à l'étude, soit tous les cas de micro-fusion dans le cadre de cette recherche. Ce processus de validation représente le prérequis pour que puisse émerger un énoncé théorique. Lorsqu'une incohérence est identifiée, les courants de causalité doivent être remaniés, quelques fois par l'ajout d'une variable qui permet de clarifier la relation entre deux autres variables, ce que Miles et Huberman (2003) appellent une variable latente. Au cours de l'exercice, le chercheur doit essayer plusieurs associations de concepts et de relations (Miles et Huberman, 2003, Weick, 1989), afin que la théorie produite soit « intéressante, plausible, consistante et/ou appropriée » (Weick, 1989). De plus, l'énoncé devrait être assez exhaustif (« *comprehensive* ») tout en étant relativement parcimonieux (Whetten, 1989). Enfin, la validité de la théorie produite est établie d'après sa capacité à répondre à la question suivante : « Pourquoi la relation entre les variables étudiées existe-t-elle ? » (Whetten, 1989; Eisenhardt, 1989, Bacharach, 1989), de même que d'après sa capacité à continuer d'avoir du sens lorsque le contexte de recherche change (ex. : fusion touchant d'autres types de professionnels) (Whetten, 1989, Bacharach, 1989). La dernière étape de la production d'énoncés théoriques est la comparaison avec la littérature déjà existante, afin d'en « augmenter la validité interne, de préciser la définition des construits, tout en améliorant la généralisabilité de la théorie » (Eisenhardt, 1989, p.533).

Les chapitres 8 et 9 présentent ces analyses transversales. Les quatre prochains chapitres exposent les récits de cas en commençant par celui de la micro-fusion de l'USI généraux du site A.

Chapitre IV

LA MICRO-FUSION DE L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS DU SITE A

La première analyse porte sur la micro-fusion de l'unité de soins intensifs (USI) généraux du site A qui s'est effectuée en deux phases distinctes. La première phase fut marquée par l'intégration de l'unité de soins intensifs neurologiques (USI/N), située au 14^e étage du site A, avec l'unité de soins intensifs médicaux (USI/M), provenant du 11^e étage du même hôpital. Cette première phase s'est déroulée rapidement, soit entre 1998 et 2000 et est à l'origine d'une USI/M élargie. Lors de la deuxième phase, soit de 2000 à février 2003, d'importantes rénovations ont eu lieu au 9^e étage de l'hôpital, afin d'accueillir une nouvelle équipe agrandie produite par la micro-fusion des USI/M et de l'USI chirurgicale (USI/C).

En plus de traiter de ces deux phases, cette analyse portera sur les six objets suivants : (1) le contexte et l'historique, (2) les écarts identitaires, (3) le contexte physique, (4) les interventions de gestion et le leadership, (5) l'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles, ainsi que (6) les résultats intermédiaires et finaux de l'intégration.

4.1 La phase 1 : la micro-fusion l'USI/N et de l'USI/M (de 1998 à 2000)

4.1.1 Le contexte et l'historique

Quoique les premières mentions de l'importance de rénover les locaux de l'USI du site A remontent à 1979, c'est au mois de novembre 1998 que la direction de l'Hôpital décide de fusionner ses trois USI. Il est alors question d'amorcer le regroupement de l'USI/M-au 11^e étage, de l'USI/C au 8^e étage et de l'USI/N au 14^e étage. Des pressions internes à l'Hôpital, telle une qualité de soins de santé menacée de diminuer à cause de l'environnement de

travail étroit et désuet à l'intérieur des trois unités, force la main de ses hauts dirigeants à intégrer progressivement les 24 lits que comporte ce trio d'unités.

« So, I think that was the final impetus to say, and a delay in the new university center, and an agreement with what the current physical plants were. Now, not only needed renovations from 1979, but we were now almost twenty years later and we were not only needing renovations, they were archaic and almost dangerous. And I don't think people wanted to write that down, but they were inadequate to provide patient care. (Entrevue 18, Directeur de l'USI, anciennement avec l'USI/M) »

« They were unbelievably crowded. There were twelve beds in the surgical area. You could touch two beds just by doing this (spreading out his arms); it was just awful! You went in the medical ICU and it was even worse! It was so terrible. (Entrevue 71, Chef du département de chirurgie du CHU) »

Certains facteurs externes ont également une influence sur la décision que prennent les dirigeants de l'Hôpital de fusionner ces unités bien précises, en tant que réponse stratégique aux divers problèmes d'espace et de désuétude. En effet, alors que des argents provenant de la Fondation de l'Hôpital sont débloqués en 1993, le Collège Royal des Médecins se met à peu près en même temps à reconnaître officiellement les soins intensifs comme une sur-spécialisation. Qui plus est, le site A reçoit en 1996 l'accréditation de centre de traumatologie de premier niveau. La table est donc mise pour que d'importantes rénovations soient effectuées afin de permettre l'intégration des opérations et, ainsi, de maintenir les niveaux d'excellence rattachés à une telle accréditation.

« [...] So part of it is that the physical merger is an effective, a philosophical development of a subspecialty (...). But by 1996 or so, we became a level one trauma center. And it is clear that the trauma mandate of this hospital –trauma is a very variable specialty in terms of volume of activity (...) So, part of the flexibility...part the advantage of a merged unit was the flexibility. If you have 24 ICU beds in one location instead of 12 beds identified as surgical, for example, when trauma increase they may, for the flexibility, take more trauma (...) (Entrevue 18, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/M) »

En somme, la vision qui sous-tend la fusion consiste à améliorer les conditions de travail des employés et du corps médical afin, en retour, d'améliorer le sort des patients et de leur famille.

« *The vision was to improve the working environment for the nurses and for the patients and family, the waiting areas, and to bring the staff together, and be able to use the staff, and move them around, and...and improve the staffing (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »*

4.1.2 Les écarts identitaires en présence

Lors de cette première phase, il existe trois unités ayant des profils identitaires différents, principalement en ce qui a trait à leur contenu. Il est à noter que les trois sous-groupes de professionnels partagent une même source d'identification, soit l'expertise professionnelle. Tirées des entrevues, les caractéristiques identitaires rapportées au tableau 4.1 représentent des indices permettant de mieux apprécier les différences et les ressemblances identitaires entre les sous-groupes en présence avant l'amorce du processus de fusion.

Tableau 4.1 Le profil identitaire d'origine des sous-groupes d'employés

Éléments du profil identitaire d'origine	Spécialisation médicale	Spécialisation neurologique	Spécialisation chirurgicale
1. Contenu de l'identité <i>Clientèle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Malades chroniques, population vieillissante, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Population semblable à celle du groupe médical avec quelques patients de chirurgie neurologique, traumatologie crânienne, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients post-opératoires, traumatologie, etc.
<i>Organisations des soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Étroite collaboration entre médecins et infirmières • Infirmières ont le monopole d'une technique de soin 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration des infirmières avec des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie des infirmières (les chirurgiens sont moins présents au chevet du patient) • Infirmières ont le monopole d'une technique de soin
<i>Rythme de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Modéré à rapide 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapide 	<ul style="list-style-type: none"> • Très rapide
<i>Climat de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Familial, agréable 	<ul style="list-style-type: none"> • Familial, agréable 	<ul style="list-style-type: none"> • Familial, agréable
<i>Autre (cohésion, communication, leadership, approche particulière, éléments distinctifs)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Longue analyse avant l'action • Environnement physique très inadéquat 	<ul style="list-style-type: none"> • Court délai entre la décision et l'action • Grande fierté liée à la spécialisation neurologique • Environnement physique très inadéquat 	<ul style="list-style-type: none"> • Court délai entre la décision et l'action • Grande fierté liée à la spécialisation chirurgicale (facteur identitaire favorisant l'unité de ce sous-

Éléments du profil identitaire d'origine	Spécialisation médicale	Spécialisation neurologique	Spécialisation chirurgicale
			groupe); • Environnement physique inadéquat
2. Force de l'identité d'origine* (chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue) 	4,25 /6,0 (N=8, ET = 1,75)	Aucune donnée	5,00 /6,0 (N=9; ET=1,00)
3. Source principale de l'identité	• Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'USI/M	• Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'USI/N	• Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'USI/C

* **Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue** : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2.0-3.9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

Les différences identitaires observées entre les trois sous-groupes d'employés au chapitre du contenu de l'identité s'appliquent également aux sous-groupes d'intensivistes médicaux et chirurgicaux. Par contre, le niveau d'identification de ces derniers à leur unité d'origine (USI/C ou USI/M) est significativement plus faible que chez les employés de ces mêmes unités. Plus précisément, l'identification à l'unité d'origine est seulement moyennement élevée chez les intensivistes en général. De plus, les sources d'identification des intensivistes sont plus nombreuses que celles des employés, en recoupant les rôles professionnels et les relations interpersonnelles à l'intérieur de l'USI, mais également à l'extérieur de cette dernière (ex. : médecine interne, recherche, enseignement sur plus d'un site du CHU, chirurgie, etc.). C'est ce que précise le tableau 4.2.

Tableau 4.2 La force de l'identité d'origine des membres du corps médical

Éléments du profil identitaires d'origine	
2. Force de l'identité d'origine (chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue) 	3,25 /6,0 (N=4, ET = 1,26)
3. Source principale de l'identité	Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'USI (M et C)

* **Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue** : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

Chez les employés, le profil identitaire des membres de la spécialisation neurologique repose en grande partie sur leur expertise auprès d'une population chirurgicale, qui requiert certaines pratiques spécifiques en neurologie (e.g. drain intra-cranien). Même si ce groupe est physiquement distinct de l'USI/C, certains membres de l'USI/N mentionnent, à la veille de la première micro-fusion, avoir plus d'affinités avec leurs collègues de la spécialisation chirurgicale. Il sensuit des résistances de la part des employés de l'USI/N face à l'obligation de fusionner avec l'USI/M.

« It was rather difficult because a lot of people felt at the time that "I never wanted to be medical. I should have been given the opportunity to go down to the surgical intensive care unit where there would be more head traumas and more of what I was used to. (Entrevue 14, Infirmière, anciennement de l'USI/N) »

« Trauma-surgical nurses were very proud of their speciality and expertise, and they, some of them, didn't really want to come with the nurses, they kind of fought it (Entrevue 3, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Pour leur part, les employés du sous-groupe médical ont une identité qui repose davantage sur des soins prodigués à plus long terme. De plus, ils sont habitués de compter sur la présence des intensivistes médicaux afin de prendre une décision qui concerne le patient.

« They've always been very good with families with the longer term patients. I think they have a lot of pride in that. (Entrevue 13, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

« They had a presence of doctors that were very dominating. Nurses did what they were told to do. And nurses didn't question things, but their presence was there all the time, because they weren't in surgery. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

4.1.3 Le contexte physique

Avant la fusion, les trois unités en présence sont physiquement très petites et équipées d'appareils majoritairement désuets. Comparativement aux deux autres unités de soins, la situation de l'USI/C est quelque peu moins problématique, au sens où les employés et professionnels de la santé ont un peu plus de place pour circuler, et ce, grâce à des travaux de rénovation terminés peu auparavant.

4.1.4 Les interventions de gestion et le leadership

Dès les premiers instants de cette première phase de la fusion, et ce jusqu'en 2003, une série d'interventions de gestion et de leadership sont implantées dans le but de favoriser l'adaptation de toutes les personnes concernées.

L'annonce de la fusion

Après que la Direction de l'Hôpital eut pris la décision de fusionner les trois USI, le syndicat des employés envoya à ses membres une lettre expliquant qu'ils appartiendraient, après une période de négociation de quatre mois, à une seule et même USI généraux peu importe leur unité d'origine.

La nomination

L'infirmière gestionnaire de l'USI/M et l'infirmière gestionnaire de l'USI/C co-dirige la nouvelle USI généraux pendant un an, après quoi les hauts dirigeants de l'Hôpital abolissent les deux postes d'infirmière gestionnaire dans le but d'en créer un seul. L'ancienne

infirmière gestionnaire de l'USI/M est la seule candidate à postuler cet important poste chapeautant quelques 117 employés; elle est confirmée dans ses nouvelles fonctions.

Le comité de planification

Presque au même moment, un comité de planification est mis sur pied. Celui-ci regroupe la nouvelle infirmière gestionnaire, le Directeur médical, mais aussi les services techniques, le Directeur des services professionnels et hospitaliers (DSPH) et un représentant du secteur des finances.

L'intégration de l'USI/N et de l'USI/M

En 1999, la décision est prise de déménager la spécialisation neurologique du site A vers le site à vocation neurologique du même CHU. Puis, un comité de planification décide de fusionner l'USI/N et l'USI/M, mais de les laisser temporairement sur deux étages différents. Enfin, après avoir obtenu en l'an 2000 certains locaux au 14^e étage, appartenant anciennement à l'équipe de neuro-science, la décision est prise de relocaliser l'USI/M aux côtés de l'ancienne USI/N. C'est ainsi que certaines infirmières spécialisées en neurologie, qui avaient refusé d'être transférées à l'Hôpital à vocation neurologique, rejoignent les rangs des infirmières oeuvrant aux soins intensifs médicaux pour former la nouvelle USI/M élargie. Par ce regroupement de deux équipes au 14^e étage, les conditions de travail des employés se détériorent car l'espace se fait encore plus rare.

« [...] we took the medical ICU and put it up with the neurosurgical ICU. It was more crowded, but at least they were all in the same place (Entrevue 71, Chef du département de chirurgie du CHU) »

« And that was going to remain, the extra four beds we obtained in the room adjacent was very, very small and cramped, so their physical environment actually deteriorated (Small laugh), it didn't improve. So they went from sort of a bad unit on eleventh to just as bad on the fourteenth.(Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Les rencontres d'équipe

Au moment d'effectuer ce transfert d'équipement et de personnes, les données provenant des entrevues laissent croire que relativement peu d'interventions de gestion sont mises sur

pour favoriser l'adaptation des gens à la fusion de l'USI/N avec l'USI/M (voir figure 4.1). L'équipe de gestion mise alors principalement sur la communication auprès des employés, entre autres par l'augmentation du nombre de rencontres d'équipe, qui ont dorénavant lieu jusqu'à trois matins par semaine.

« [...] we had a lot of meetings with the staff, a lot of meetings; in fact, we had a regular time that we would meet...three days a week. (...) while we were getting more comfortable and a lot of the issues were being dealt with (Entrevue 7, Chef du département de chirurgie du CHU) »

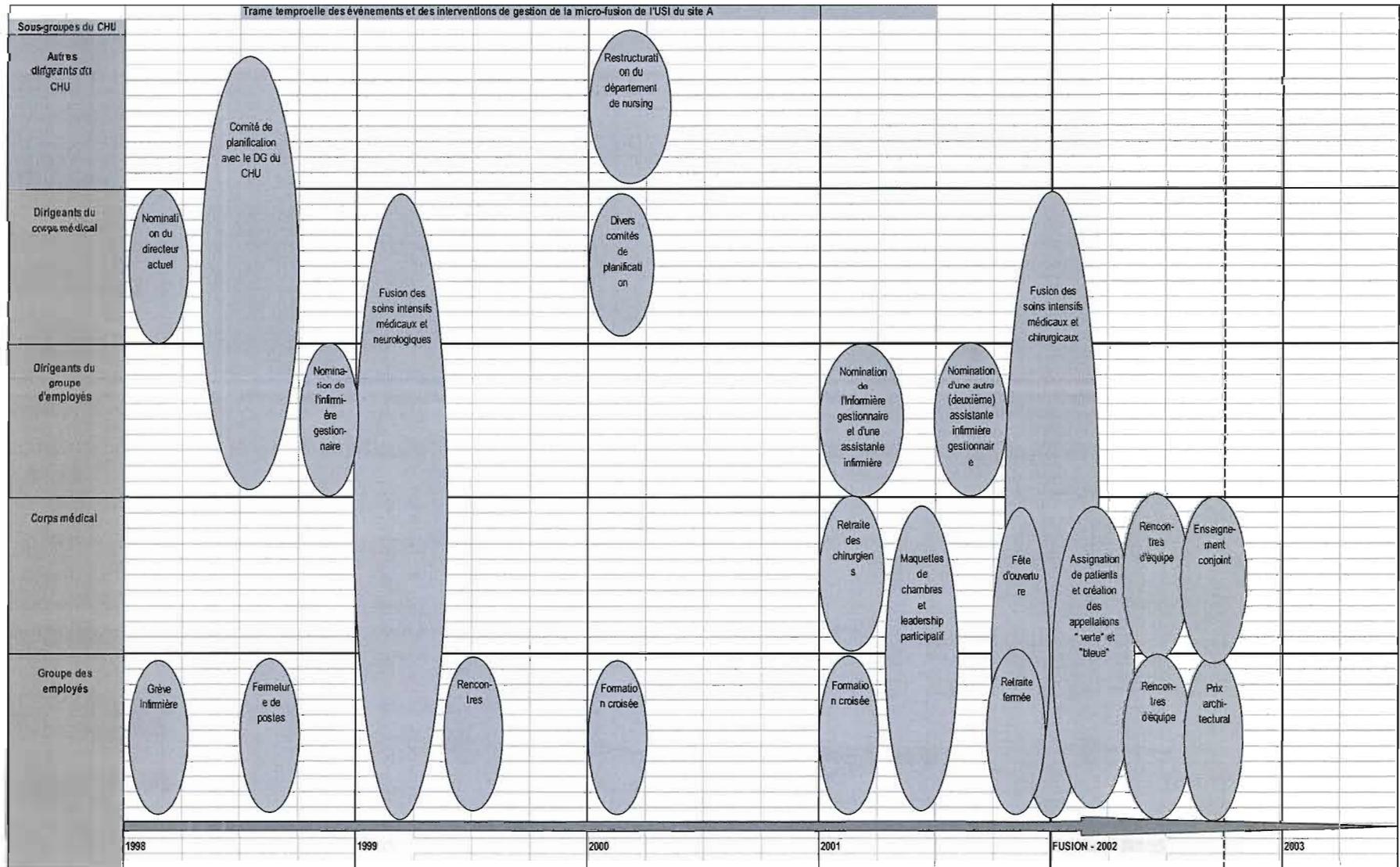


Figure 4.1

Trame temporelle des événements et des interventions de gestion dans l'USI du site A

4.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Les infirmières et les autres employés des spécialisations médicale et neurologique prennent un certain temps à se faire confiance. Cette situation contribue au bouleversement perçu par la majorité des employés provenant de l'USI/N.

Nonobstant les difficultés sur le plan des relations interpersonnelles, certaines infirmières médicales soulignent que les employés de l'USI/N démontrent de l'ouverture face à leurs nouveaux collègues de travail provenant de la spécialisation médicale.

« Ils étaient beaucoup plus ouverts que les infirmières qui travaillent en chirurgie le sont (Entrevue 5, infirmière, anciennement de l'USI/M) »

4.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications

De l'avis général, cette intégration de l'USI/M avec l'USI/N est vécue plutôt péniblement par les employés. Environ 60 % des infirmières décident alors de quitter le site A vers l'hôpital neurologique du même CHU, ou vers d'autres destinations.

« C'est ça, c'est ça. Là-dedans, il y a beaucoup d'infirmières des soins intensifs neurologiques, bon, qui ont subi bien des pertes si on peut dire. Elles ont subi la perte des médecins, la perte de leur spécialité, alors elles n'aimaient pas les soins intensifs médicaux et elles ont décidé, il y en a plusieurs qui ont décidé de partir. (Entrevue 4, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« [...] *the switching of the neuro surgery to medicine was very sudden, very quick. It was very painful for the staff, because they had to go through this; one day I am an expert in one field, and the next day I am...I am a novice in another field.* (Entrevue 3, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

« *Unfortunately, the hospital, and the (...) the labour relations issues related to the neuro nurses also impacted the neuro nurses. As many of them wanted to go to the neuro ICU at the neuro hospital, but labour relations and the union had to come up with an agreement whereby they would be able to transfer to that other unit, and keep their seniority. And*

that took many, many, many months. (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Ce contexte de fusion est d'autant plus tendu qu'il fait suite à une récente grève des infirmières. Les changements organisationnels découlant de la fusion contribuent à exacerber certaines appréhensions chez les employés vis-à-vis de la fusion à venir, laquelle doit réunir dans un avenir rapproché, et ce au 9^e étage, tous les employés et les membres du corps médical provenant de l'USI/M élargie et de l'USI/C.

« So, here we have...okay, you are going to pay strike funds...you're going to pay 500\$ each in strike penalties, you're going to have your unit changed, you're going to take on new responsibilities, you're going to have new patients that you don't necessarily want, and on, and on, and on. You know, it's just a big turmoil, yeah (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Malgré les difficultés rencontrées, la fusion de l'USI/N avec l'USI/M permet de se rapprocher du but ultime de fusionner les trois équipes de soins intensifs. En corollaire, ce projet pouvait permettre aux gestionnaires d'effectuer de précieux apprentissages en lien avec un processus de micro-fusion.

« And what happened was that the eleventh floor ICU was merged with the fourteenth floor ICU into (...) a twelve-bed unit on the 14th floor. And we still had our 12-bed unit on the 8th floor. So we at least were going from three to two to one. (Entrevue 18, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/M) »

4.2 La phase 2 : la micro-fusion de l'USI/M et de l'USI/C (de 2000 à 2003)

4.2.1 Le contexte et l'historique

De nombreuses et longues négociations débutées en 1998 aboutissent à l'ouverture d'une nouvelle unité, située au 9^e étage, pouvant accueillir dans un même environnement de travail tous les membres du corps médical et du groupe des employés faisant anciennement partie de l'USI/C et de l'USI/M. Le déménagement de ces deux équipes a lieu à la fin du printemps 2002.

4.2.2 Les écarts identitaires en présence

Quelques semaines après la fusion de l'USI généraux du site A, la situation est drastiquement différente, d'un côté, entre la réalité des infirmières et celle des employés, et de l'autre côté, entre celle qui entoure l'intégration des médecins et celle des chirurgiens.

Mis à part quelques cas isolés de rapprochement, la majorité des infirmières et des employés ressent le fossé identitaire qui les sépare des membres de l'autre sous-groupe en présence. Professionnellement parlant, les infirmières chirurgicales ont une spécialité bien marquée auprès d'une clientèle nécessitant des soins aigus dans un court laps de temps, alors que leurs collègues de la spécialisation médicale sont davantage habiletées à prodiguer des soins aux patients atteints de maladies évoluant plus lentement. On remarque des différences évidentes dans l'organisation des soins et le rythme de travail des deux groupes.

« (...) previously the nurses in fact, even though they were both intensive care nurses, they were allowed to do different things. For example, one – and I can't remember which unit it was -, but one unit was allowed to put the soft feeding tubes, whereas the other unit were not aloud to do that. But that other unit was able to put nasal gastric tubes, whereas the one that was putting the feeding tubes were not allowed to do that (Entrevue 19, Intensiviste anciennement de l'USI/M) »

« (...) medical nurses are more analytical and think about things carried (out) most carefully, planed out things. Surgical nurses are more quick to react, they don't fancy around, they want their answers fast, you know they move fast, they have to turn over things (...), (Entrevue 17, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

« Medical nurses for the most part are, they're not as assertive, they're not as aggressive. They're quieter. They've already had one merge. The medical...and (neuro merger) (Entrevue 8, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

Sur le plan identitaire, les membres de l'USI/C et de l'USI/M demeurent fortement liés à leur unité d'origine. De plus, les données démontrent que l'identité des membres de l'ancienne USI/C est particulièrement forte.

« (...) there is a status that comes with the patients that were in the surgical intensive care unit. It is the open-heart population, it is the trauma patient, it's...you these are the patients that you look at and you know that (they) are going to be a group of the sickest patients. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« The S/ICU had some of the best statistics, certainly in any ICU in Canada and in North America. We were one of the top ICUs, I believe, in the world. As far as mortality and morbidity went (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

« Ah nous autres, nos patients sont vraiment plus sérieusement malades que vos patients » et des choses comme ça. C'était le genre de ... C'est eux-mêmes qui se sont mis cette étiquette « On est les meilleurs, il y a juste nous qui peut prendre soins des cas, on veut juste des cas et on est habitué avec ça. (Entrevue 5, Infirmière anciennement de l'USI/M – en parlant des employés de l'USI/C)»

« (...) comme il y en a qui disaient, je vais citer : « We can run circles around those nurses » en voulant dire qu'on est pas mal meilleurs qu'eux autres. (Entrevue 4, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« (...) the medical nurses were at this point getting very comfortable with the old neuro nurses, they still felt they had an expertise too, some of them had neuro-trauma, so they had trauma experience. So they felt that that wasn't being really recognized. (Entrevue 3, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Les dynamiques identitaires qui s'installent dans la nouvelle USI généraux engendrent chez les employés, et surtout chez les employés chirurgicaux, la crainte de perdre un statut acquis sur une longue période de temps, un statut qui leur est très cher.

« Les infirmières du M/ICU ... Elles avaient tellement peur de se faire manger littéralement par les infirmières du S/ICU. Elles avaient l'air à trouver que c'était une gang très agressive, très ... extrêmement dynamique et qui prenait beaucoup de place (Entrevue 4, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

« So, there are...I think, the more on the surgical side, there is a...a group who...who feel distressed, who feel, still to this day, they feel that (silence) that they are ...very much the experts (Entrevue 3, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

De surcroît, ces mêmes menaces identitaires perçues amènent les employés à interpréter les motivations sous-jacentes aux comportements de leurs nouveaux collègues. Les données permettent de mettre au jour la tendance chez les employés, à ce stade de la fusion, à percevoir certains gestes et certaines caractéristiques identitaires comme de la mauvaise volonté de la part des personnes provenant de « l'autre sous-groupe » de professionnels.

« I think a lot of the older nurses are (considered) very tough by a lot of people. I think they are reluctant to the change, they are considered like snobs (laughing). Some people are afraid to approach them. (Entrevue 14, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

« (...) because they don't understand the medical doctors are the way they are and that makes me mad because I find that they are not open minded. They are not trying to understand why medicine is different. I think they will be better nurses if they do that. (Entrevue 17, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

« I think most of what happens is if I am upset with a nurse from M/ICU then, I'll see people from S/ICU and say "it's them and they" It's not only that one person. That's how we talk. That's pretty much what people will do with me too. (Entrevue 13, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« Again, my impression is their inability or disinterest in learning about surgical patients or traumas. There is very few of them that will come up to you and say "Oh, this is surgical, this is interesting. Can I read his chart, can I ask you a couple of questions", there is very few people. (Entrevue 9, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« It's been a struggle; there is still a battle of wits. There is still...I think there are times in...it's less so now than it was when we first came back down here. But there is still the...the distinction you're an SICU nurse, I'm an MICU nurse, that distinction still comes up... "they are still trying to take us over, they are still trying to mould us to their way." The surgical being the ones that are trying to mould medical. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

Quelques mois après l'intégration de ces deux groupes d'employés, les infirmières de l'ancienne USI/C continuent à travailler selon les principes informels que leur dicte leur identité organisationnelle d'origine.

« There is one nurse that works part time, she is an adrenaline junky. She likes to have action, she loves coming, she doesn't want to read a book or anything. She wants to work, you know, which is a talent when you work on the weekends

only because the weekends are usually slower. She is a surgical nurse. (Entrevue 17, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

Il est à noter que malgré ces nombreuses différences, les deux groupes d'infirmières et d'employés s'appuient sur un levier commun de changement, soit leur conception de ce qu'est l'aide au patient.

« I look at nursing as being a service, it is definitely a service industry, it is also a professional industry. And I look at myself and I...I see myself serving the public, the patients and families with a knowledge that I don't think most people understand the knowledge that we have. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

« Non, à cause parce que je l'avais choisi et j'ai toujours aimé ça prendre soin des patients. C'est dans ce sens que je suis fière d'être infirmière. (...)Capable de leur donner des soins au meilleur de mes habiletés, au meilleur de ma connaissance de mon expérience acquise. (Entrevue 5, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

Quant aux intensivistes, leurs identités organisationnelles respectives reposent sur la distinction entre « analyse » et « action rapide », ce qui corrobore certaines des différences retrouvées chez les employés. Nonobstant ces écarts identitaires, un nouveau partage d'information ainsi que certains balbutiements d'entraide professionnelle caractérisent les premiers mois suivant la micro-fusion de l'USI généraux. Il est à mentionner que l'identité organisationnelle, des médecins et des chirurgiens, comportaient avant le début de l'intégration certains dénominateurs communs, dont l'émergence est favorisée par un programme canadien de formation des nouveaux intensivistes (médicaux et chirurgicaux) qui les rend plus polyvalents en ce qui a trait aux deux clientèles de l'USI généraux. À leurs yeux, la fusion de l'unité prend la forme d'un changement philosophique ayant favorisé, au niveau pan-canadien, la création d'un modèle d'intensiviste plus polyvalent.

« Firmly implanted: Royal College accredited, recognized as a sub-specialty. So, I think, that is sort of the background. So part of it is that the physical merger is an effective, a philosophical development of a subspecialty (Entrevue 18, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/M) »

« You know, "do me a favor, I am not a respirologist and you are – what do you think about this X-ray?" So we have much more of that internal consultation that we do, that before we were so separate that we would not even think about it. You know, I would never even talk to a surgeon before, that was related to an intensive care! We were just totally separate, we did everything separately (Entrevue 19, Intensiviste anciennement de l'USI/M) »

« There was an interaction between medical and surgical sites so, you get to see the other residents and teaching becomes a little bit easier to give as well because it's easier to round up everybody for the teaching (Entrevue 21, Intensiviste anciennement de l'USI/C) »

Cependant, les médecins et les chirurgiens n'accueillent pas la fusion à bras ouverts dès le début.

« The major downside was getting people to buy into the concept of the new way of doing things. Whether it's better or not wasn't the issue, it was getting people to change what they are so used to (Entrevue 18, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/M) »

« For us, where the surgical patients were going to go and how the teams were going to interact was an issue. Were we going to have to walk all over the ninth floor to find our patient? A lot of us were sceptical (Entrevue 20, intensiviste anciennement de l'USI/C) »

4.2.3 Le contexte physique

La fusion au 9^e étage représente une amélioration notable pour les deux sous-groupes en ce qui a trait à l'espace, à la luminosité et à la propreté de l'environnement de travail, mais le progrès est encore plus marqué pour le groupe provenant de la spécialisation médicale.

Certes, le nouvel aménagement physique est plus fonctionnel pour les employés et les membres du corps médical, contribuant ainsi à leur satisfaction. Cependant, ce même aménagement accentue aussi leur sentiment d'isolement, en raison de sa grande superficie et de ces chambres fermées (« pods »).

« There is more space... That makes a big difference. This unit was built in a way which was not conducive, and you had to force people to work together, people who had these perceptions of both sides for a long time. I think this would have been very difficult. The fact that they got something much better than they had, helped a lot. (Entrevue 22, intensiviste anciennement de l'USI/M) »

« Oh yes! The physical setup is very nice, but that is also part of my sense of loneliness. (Entrevue 15, infirmière anciennement de l'USI/M) »

En séparant ses membres à l'intérieur de petits espaces de travail délimités, soit les chambres, la fusion semble contribuer à accentuer l'identification des sous-groupes d'employés à leur unité d'origine. Ainsi, certains des objectifs recherchés par la fusion de l'unité entrent en conflit avec l'aménagement physique de l'unité. Précisément, les gestionnaires de l'unité font face au dilemme d'avoir à répartir les employés dans une des chambres fermées de cette longue unité aménagée de façon linéaire, sachant pertinemment que cette stratégie freine l'émergence des liens sociaux et de la polyvalence professionnelle chez leurs employés, en plus de ralentir leur identification à l'USI généraux, puisqu'ils sont privés d'un bon nombre d'interactions avec leurs nouveaux collègues. La figure 4.2 fournit un aperçu visuel de cet aménagement.

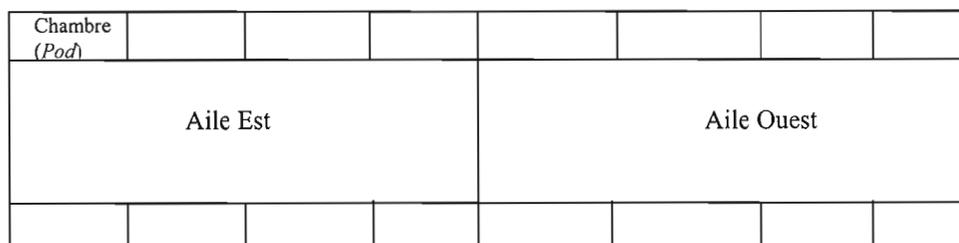


Figure 4.2

L'aménagement physique de l'USI généraux du site A

4.2.4 Les interventions de gestion et le leadership

La formation dans l'autre spécialisation

Durant les mois précédant la fermeture des USI/M et USI/C, la formation constitue une des stratégies employée pour favoriser l'émergence de la polyvalence professionnelle au sein du sous-groupe des employés. On instaure un système d'échange par lequel les employés de l'USI/M suivent de la formation théorique et pratique dans l'USI/C, alors que les employés de l'USI/C sont envoyés en formation dans l'USI/M. Dans l'ensemble, les

opinions sur la formation mise sur pied pour les employés sont partagées. Pendant ces périodes de formation d'une durée de quatre à six semaines, on apprécie généralement la chance de rencontrer ses nouveaux collègues; en contrepartie, certaines personnes font mention de périodes de formation jugées trop courtes ou de moyens inadaptés pour favoriser l'apprentissage. Quelques fois même, cette formation dérange les activités régulières.

« So we developed a day of class for the cardiac surgery. Then, to educate them we developed a day whereby a nurse would go to the OR in the morning, see the patient having surgery on the table, come back with the patient, and work with the nurse at the bedside to have an idea. And the next day, the roles would (switch) (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire de l'USI généraux, anciennement de l'USI/M) »

« I think it was good that we flowed around to each other's units even though we didn't want it at the time. I hated it. (...) Just hated it but I think it was in the long run a good thing to do. That was a good thing. You get to know each other and you find out that really your goals are all the same. (Entrevue 13, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« It was a totally lost (period) of time I think. The only thing that I think it did was we got to know each other a little bit. (Entrevue 8, infirmière anciennement de l'USI/C) »

« Within the first month of that meeting, every day, a nurse from eleventh was being pulled to go to eighth. And sometimes, at the cost of leaving the eleventh floor short. (Entrevue 7, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

Il est possible de remarquer une différence majeure dans l'appréciation de la formation par les anciens membres des USI/M et USI/C. Précisément, il semble que le groupe d'infirmières médicales profite davantage de la formation qui lui est offerte à l'étage des activités chirurgicales. Ces employés au profil médical y sont alors jumelés à un confrère chirurgical et sont assignés à un patient aux prises avec des problèmes de santé complexes. Stimulées par ce défi d'envergure, certaines infirmières médicales demandent même d'effectuer un second séjour dans l'unité chirurgicale, une fois leur formation obligatoire complétée. Par opposition, la formation qui s'offre aux employés de l'USI/C est plus théorique, voire moins dynamique. Ces derniers sont initiés aux pratiques médicales, principalement par l'intermédiaire de cours (*workshops*) qui comportent principalement des notions théoriques.

« Yes, but it wasn't as intensive. Like a day of a cardiac day, they spend all day studying [rather than] look after their patients. Whereas downstairs, they would be paired with somebody. (Entrevue 8, infirmière anciennement de l'USI/C) »

« Il y a des infirmières des soins intensifs médicaux qui aimaient tellement les soins intensifs chirurgicaux qu'elles demandaient de retourner et faire un six à huit semaines à la fois. Ça n'a pas été vraiment le cas pour ...Du S/ICU au M/ICU, ça n'a pas été. (Entrevue 4, assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

La retraite fermée des chirurgiens à Toronto

On choisit de démontrer la vision qui sous-tend le projet de fusion aux chirurgiens par l'entremise d'une retraite à Toronto. Cette dernière leur permet notamment de visiter un département de chirurgie ayant déjà vécu un changement organisationnel d'envergure.

« I think we went to, a part of the surgery had covered a retreat with colleagues in Toronto which ... who had been credited with, at least bringing a business plan to their department of surgery. That was successful. When we got a new chairman for the department of surgery, he flew us all to Toronto. (Entrevue 20, intensiviste anciennement de l'USI/C) »

Les chambres à échelle réduite

Puis, afin d'illustrer plus clairement aux employés et aux membres du corps médical la vision de la nouvelle unité fusionnée telle que véhiculée par les dirigeants de l'unité, deux chambres à échelle réduite sont construites peu avant la fusion. Les membres des USI/M et USI/C peuvent donc prendre connaissance de leur futur environnement de travail et, ainsi, mieux s'y préparer. Pourtant, cette stratégie n'est pas perçue, par les personnes rencontrées en entrevue, comme un élément favorisant significativement l'adaptation à la fusion.

« (...) the architectural firm and the project manager built a mock room, (...) in another building in the hospital, they built two ICU rooms with a corridor and the desk, light to scale, life-size, where over a ten-day period they were asked to come...leave the unit when they were working, and we told them that they could take their lunch and after-lunch, come down, and cover each other, and they were all greeted (...), and they were given a tour. (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire de l'USI généraux, anciennement de l'USI/M) »

L'ouverture de l'USI généraux et les événements sociaux

Certains commentaires témoignent de la fierté liée aux événements soulignant l'ouverture officielle de la nouvelle unité, même si les employés ne font que peu mention des impacts concrets découlant de ces événements sociaux. Il est à noter que la stratégie de meubler la salle à café d'une seule table pour favoriser les rapprochements interpersonnels ne constitue pas un élément marquant aux yeux des employés.

« (...) we had an official, sort of, ribbon cutting ceremony with the General Manager and the media. And all of the allied people who were involved, we thanked them (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

« (...) the nurses wanted to have, they asked for a wine and cheese party. So, myself and the assistants, and my educators, we all got together, and we organized a wine and cheese party (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

« (...) they had a "grand" opening that was a good gesture and I think it makes people proud to see where they are going to work (Entrevue 14, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

La retraite fermée des employés

Quelque temps après l'ouverture de l'unité, une retraite fermée est offerte aux employés de l'USI généraux pour favoriser une communication ouverte et libératrice en l'absence des gestionnaires de l'unité. Cependant, certaines personnes semblent confondre ce moyen de communication avec une intervention de leadership participatif servant à prévoir des changements futurs dans les pratiques médicales et de gestion. La retraite fermée suscite donc des attentes qui ne peuvent être satisfaites et, par conséquent, des frustrations chez les employés.

« I think the retreat was a excellent idea. Again, at the retreat we had a whole bunch of nurses and a whole bunch of suggestions and, we were much for by a month and an half and, we still didn't have a follow up meeting (...) (Entrevue 15, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« You know it brought out a lot of points, it gave us a port to discuss where we would have disagreements. It gave us the opportunity to discuss with colleagues that we have been working with more closely. Looking back, I think it was good, at the time I thought it was not. (Entrevue 17, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

« We had a couple of meetings and we had one, I think two meetings (...). And we had them outside the hospital actually just to hear some problems that we were having with the merger. And we brought that up at one of the meetings and everybody thought it was a good idea but when we came up here, it's not the way it ... that's not the way it worked. (Entrevue 8, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

Les appellations de l'unité

Un peu plus tard dans le processus de fusion, les appellations « médicale » et « chirurgicale » cèdent le pas à un nouveau système de référence. Selon ce dernier, une première équipe « bleue » composée d'employés et de médecins s'occupe de la clientèle médicale. L'équipe dite « verte » est constituée d'autres employés et de chirurgiens qui, eux, traitent la clientèle principalement chirurgicale. Telle que l'illustre la citation qui suit, ce nouveau système de référence n'est pas encore ancré dans le discours des membres de l'unité.

« We should be working together as nurses, we're still making the distinction, well, that's a medical nurse, that's a surgical nurse. I have tried to use the term : an ICU nurse. I try to use the terms, green team and blue team (Entrevue 7, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

La gestion des assignations de clientèle

Une autre stratégie mise en oeuvre est la gestion flexible de l'assignation des patients à l'intérieur du groupe d'infirmières. Tout au long de la fusion, il est possible pour une infirmière de faire la demande de certains types de patients, tant pour maintenir sa motivation que pour diminuer ses inquiétudes. De façon notable, cette stratégie d'accommodement n'est cependant mentionnée que par l'équipe de gestion à la tête du groupe infirmier.

« So, if some people can't cope with not feeling that they're totally expert in every domain, and in control. So that creates an anxiety. And there are other people who just don't want to look after a surgical patient, and there are others who just don't want to take on that specialty. And they're very honest: "I don't like that!", "I didn't want that, I didn't apply for that!". (...) we have said to the staff "We are going to give you new patients, if you're not ready, you have to tell us. If you're underwhelmed or overwhelmed with your assignments, you

also have to communicate that to us. (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Les rencontres de l'équipe unifiée

Depuis la micro-fusion, des rencontres d'équipe ont lieu sur une base quotidienne, quelques fois à plusieurs reprises au cours de la même journée, pendant les premières semaines suivant la fusion. Avec le temps, elles se transforment graduellement en un événement hebdomadaire. Les rencontres constituent un exutoire donnant l'occasion aux employés de verbaliser leurs appréhensions, en plus de leur permettre d'obtenir de l'information concernant l'évolution du processus de fusion. En revanche, ces rencontres créent des attentes chez certains employés qui espèrent voir y naître des solutions concrètes à leurs problèmes. La diminution graduelle de la fréquence des rencontres d'équipe engendre de la déception et de l'inquiétude chez les employés.

« (...) c'est ce qu'on appelle des unit meetings, des rencontres entre l'infirmière chef, l'assistant et le personnel. On faisait ça très, on faisait deux, trois, quatre meeting par jour. On essayait au moins une fois par semaine de faire ça. Alors, on essayait d'avoir le personnel de nuit, de jour, de soir. (Entrevue 4, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

« (...) the feelings we had, is that it's kind of coming too late, too little too late. (...)What I would have like was more feed-back, I think from the nurse manager in a sense that, you know, we have a concern and sometimes they were addressed and we received "Ok, this is your concern, this is what we did about it", but sometimes the concern was voiced and it didn't seem like there was any follow up with it. Those concerns came up again and again. (Entrevue 9, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« And we have these meetings, like three times a week absolutely to the point where we have kind (of duged up) (?-092) a while we were getting more comfortable and a lot of the issues were being dealt with, people were getting comfortable we sort of brought it down to a two times or once a week, and some people were getting upset because they wanted to meet more because they haven't what they wanted to say, you know, a lot to say. (Entrevue 3, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

Du côté du corps médical, les interactions sont favorisées par la tenue de rencontres de l'équipe unifiée, rassemblant intensivistes médicaux et chirurgicaux.

« Once we decided to merge, I mean even prior to the transfer...the location merger, it was only after that we decided to come together. That we actually did have meetings together. Prior to that, it was... everything was separate, you know. (Entrevue 19, Intensiviste anciennement de l'USI/M) »

« Again, he would also advise us at our divisional meetings what the process and the plans, and where we were in the development in all of those things (Entrevue 19, Intensiviste anciennement de l'USI/M) »

Les communications écrites

Les communications écrites semblent moins efficaces du point de vue des employés, précisément parce que le temps requis pour en faire la lecture est rare.

« I know there is the ICU suggestions box but I don't know who uses it. I just feel like whatever I would have to say is not really taken so seriously. (Entrevue 17, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

« (...) we do have a communication, a book that we can read...if we have time. (Entrevue 14, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

Les activités conjointes d'enseignement

Au sein du corps médical, la naissance d'activités d'enseignement interdisciplinaires, regroupant médecins et chirurgiens, favorise grandement les interactions.

« Because of this physical merger, there has been a merger of the service in clinical care and so we do educational activities and research and those things happen as one group, as opposed to two groups, now. (Entrevue 20, Intensiviste anciennement de l'USI/C) »

Le prix architectural

Le groupe constitué de l'infirmière gestionnaire et de ses assistantes soumet le projet de fusion de l'USI généraux à un concours récompensant un projet de changement organisationnel à l'intérieur de l'Hôpital. Or, ledit projet de fusion remporte un prix d'excellence. Il est à souligner que ni les employés ni les membres du corps médical n'en font mention en tant qu'élément ayant contribué à mobiliser les gens dans le projet de fusion.

« (...) we submitted our ICU work we did the last three years for an award; every year, the nursing department gives an award of excellence, and we submitted our project. (...) and we won an award of excellence in the category of projects! (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Le leadership participatif et les comités de standardisation

Le leadership dans l'USI généraux prend une forme participative lors de plusieurs interventions, selon les dires d'un bon nombre d'employés et de membres du corps médical. A part quelques exceptions, les membres de l'unité sont consultés régulièrement au cours du processus de fusion.

« We wanted to know what is going on. What made it also nice, we had input in the actual unit... and.. the planning and stuff like that... like we choose colours and curtains... (Entrevue 16, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« Most of the time they asked for our opinion and they tried to get a feel for everybody. I didn't, I hear they basically went with the majority. This is from what I saw. They would ask, and consult with everybody for certain things and go with the majority. (Entrevue 12, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« (...) and we said "Okay, where do you want the sink?", "Where do you want this? Where do you want that?", and they...everyone had to come fill in a comment sheet. (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Les différences dans les pratiques médicales, ainsi que les désaccords et les conflits interpersonnels, sont abordés dans des groupes de discussion et de comités informels au sein desquels les infirmières et les autres employés doivent trouver un terrain d'entente.

« To the very simple thing like how dare you wash a patient on night shift versus day shift, and the most silly was just ridiculous as that you must wash your patient at five o'clock in the morning which didn't make any sense to anybody but that is the way you did things which was so silly, but yet it was so important (...) (Q:And how was that solved?) Put the nurses together in groups where they had to come up with a solution and basically, after discussion, the consensus was that the nurse decides. (Entrevue 3, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

Ces individus investis par les dirigeants de l'unité du pouvoir de décider de la façon d'exécuter certaines de leurs tâches, se butent à un engagement variable de la part des participants lors des rencontres de médiation. Tout compte fait, relativement peu de décisions qui y sont prises sont ensuite implantées.

« (Q: Did you find those committees useful?) In the end, no. Because I think there was not enough commitment.. different people showed up. Strategies were never placed at the end of these meetings – there was no...decision made. (Entrevue 13, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

Les médecins et les chirurgiens sont également impliqués dans la démarche d'intégration à travers divers comités de planification. Certains d'entre eux racontent y avoir fait des compromis dans le contexte d'un cadre jugé démocratique.

« For example, the monitors, everybody got some questionnaires, and (had to) decide what they like and what they didn't like. Obviously, if one person really didn't like it and ten liked it, well the one person was getting unhappy in the end, but it's ... (Entrevue 21, Intensiviste anciennement de l'USI/C) »

Le leadership collectif

La fusion de l'USI du site A permet d'observer une constellation de gestionnaires travaillant en synergie à mettre en œuvre l'intégration des opérations. Ce leadership collectif se retrouve tant au niveau de l'unité que du CHU dans son ensemble. Dans l'unité, ce sont principalement le Directeur médical et l'infirmière gestionnaire qui assument la prise de décision. Ce leadership collectif se fait sentir au-delà de l'unité et rejoint le directeur du département de chirurgie, celui du département de médecine, leur vis-à-vis du département d'anesthésie et le directeur général du CHU. Tous ces acteurs concentrent leurs efforts dans le même sens, soit la réalisation de la fusion de l'USI généraux.

« I said to Dr X: "now listen, the nurses have been trying to get ready for this change for two years, and three months before we move in, we are going to say surgical on one side, medical on the other? "But I didn't allow the nurses that choice. I never said they could have their single units, so I can't tell the doctors that they'll have their single units, because the minute we have an empty bed, are you going to say that the surgical...or the trauma patient in the merger is going to wait for a bed, but on this side...on the medical side we have an empty bed, but he's not going to go there, he's going to go surgical, but there's no empty bed. So what are we going to do? It's the same thing as before!" So, he sort of said: "okay, he said, I'll go back and I'll tell them that we are going to start by merging the beds and the patients. And that if there is any complaint, they come to me. And he was very good, he said; I will not tolerate any derogatory comments about this new unit in front of the nurses, you have to come and speak with me directly". (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

« (...) well I think the three chiefs of the departments, himself for surgery, the department of medicine, who was at that point Dr. X, and Dr. Y from anesthesia all have been very accessible to deal with problems when people weren't buying into the new concepts. So I had support through the three major department chiefs. And, not only support, but a willingness to agree with some draconian decisions (...) (Entrevue 18, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/M) »

Il est à noter que le style de leadership du Directeur est jugé très fort, sans toujours être participatif. Néanmoins, certains des membres du corps médical appuient cette façon de diriger de leur gestionnaire, principalement à cause de l'ampleur du processus d'intégration des soins.

« And you needed someone... to do something like this, then you needed someone like Dr. X who said "this is how it has to be; there is no discussion around this, you just have to do it this way." Rather than ask people for their opinion. If the Nurse manager or the Director had asked people for their opinion and listened to it, I don't think that any of this would have happened. You have to force them to cross that line (...) (Entrevue 22, Intensiviste anciennement de l'USI/M) »

Le bilan des interventions de gestion dans l'USI généraux du site A

Tel que défini au chapitre premier, les interventions de gestion peuvent être classées selon l'objectif recherché et l'effet produit. Les interventions faisant la promotion d'interactions permettent aux personnes d'échanger, soit dans le but de se développer sur le plan professionnel, soit pour tisser des liens de confiance. Les interventions dites de médiation ont pour fonction de favoriser la prise de décision sur les processus, les procédures et les règles de fonctionnement dans l'unité fusionnée. Le leadership renvoie aussi aux comportements du ou des gestionnaires dans l'unité, tels ceux qui contribuent à l'établissement d'un climat plus favorable à l'acceptation du changement organisationnel. Pour leur part, les communications servent à renseigner les parties prenantes des suites de la fusion. Finalement, d'autres interventions, comme celles qui font la promotion d'une vision ou d'une image, touchent les perceptions et les symboles à l'intérieur de l'unité opérationnelle, afin de favoriser l'adhésion au changement.

Pour faciliter l'adaptation des employés de l'USI généraux du site A, les gestionnaires ont principalement eu recours à la formation, à des rencontres d'information, et à une retraite fermée devant servir d'exutoire aux craintes et aux inquiétudes. Ces stratégies ont favorisé l'adaptation des individus, mais en contrepartie, (certaines) ont aussi provoqué des déceptions, particulièrement celles qui visaient à faire participer les employés. A titre d'exemple, les groupes de discussions visant à permettre aux employés de s'entendre sur les manières de faire (intervention de médiation) sans la supervision des gestionnaires de l'unité, ne semblent pas avoir harmonisé les pratiques dans la nouvelle unité. Il est à noter que très peu de stratégies ont été implantées pour favoriser l'adaptation au sein du corps médical.

Finalement, la présence d'un leadership collectif, tant au niveau de l'unité que des autres paliers hiérarchiques du CHU, semble être un facteur d'importance dans le déroulement de la fusion. Celui qui s'est manifesté dans l'unité, entre le Directeur et l'infirmière gestionnaire a donné beaucoup de crédibilité à la fusion aux yeux de ses membres, alors que le leadership provenant des autres instances décisionnelles du CHU a sûrement facilité la réalisation rapide de la fusion.

Le tableau 4.3 présente les principales interventions de gestion mises en œuvre pendant la micro-fusion de l'USI du site A, et fait ressortir l'utilisation des principaux leviers de gestion mentionnés, soit l'interaction, la médiation, le leadership, la communication, la vision et l'image.

Tableau 4.3 L'utilisation des leviers de gestion pendant la micro-fusion de l'USI du site**A**

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
1. L'annonce de la fusion (phase 1)				✓	
2. La nomination de l'infirmière gestionnaire (phase 1)		✓		✓	✓
3. Le comité de planification (phase 1)	✓	✓	✓	✓	
4. La fusion médicale-neurologique (phase 1)		✓			✓
5. Les rencontres d'équipe (phase 1)	✓		✓	✓	
6. La formation croisée (phase 2)	✓	✓	✓		✓
7. La retraite des chirurgiens (phase 2)	✓		✓		✓
8. La maquette de chambre (phase 2)			✓	✓	✓
9. La retraite des employés (phase 2)	✓		✓		
10. L'ouverture et événements Sociaux (phase 2)	✓		✓		✓

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
11. Les nouvelles appellations (phase 2)		✓	✓		✓
12. La gestion des assignations (phase 2)			✓		
13. Les rencontres d'équipe (phase 2)	✓		✓	✓	
14. Les communications écrites (phase 2)	✓			✓	
15. Les activités conjointes d'enseignement (phase 2)	✓				
16. Le prix architectural (phase 2)			✓		✓

4.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

D'un point de vue social, les employés des anciennes USI/M et USI/C se retrouvent en quelque sorte déracinés dans la nouvelle USI généraux. Leurs collègues de tous les jours dans leur ancienne unité sont dorénavant distribués dans des chambres de patient fermées (« *pods* »), tout au long du long corridor au 9^e étage (voir figure 4.2). Pour remédier à un réseau social perturbé, les infirmières font des efforts pour travailler non loin d'anciens collègues devenus amis avec les années. Les données laissent entrevoir à quel point les employés trouvent éprouvant d'être privés de contacts avec leurs anciens collègues, en plus de devoir développer des liens sociaux et professionnels avec des gens qui sont des étrangers.

« I loved that little unit, it was great, it was...it was a small square unit, so you had the ability of visualising everybody (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« (...) in our respective units we were closer, you know you would see people, be able to speak to each other, the layout was different. Now, you can go all day and not know that your friends are working in the unit (Entrevue 14, Infirmière anciennement de l'USI/M) »

4.2.6 Les résultats finaux et quelques explications

Au cours des deux phases de la fusion de l'USI généraux du site A qui se sont déroulées entre 1998 et 2003, plusieurs interventions de gestion ont été mises en oeuvre pour favoriser l'adaptation des employés et des membres du corps médical. La section suivante apporte de l'information sur quatre résultats de cette fusion : (1) les aspects sociaux; (2) les aspects professionnels; (3) les soins au patient et l'organisation du travail; (4) la satisfaction et scénario post-fusion.

Les aspects sociaux

Certains membres du groupe formé des employés de l'USI généraux apprécient la possibilité de rencontrer de nouvelles personnes.

« I like the fact that I have met more people through it, (...). So I kind of increased my social...my social aspect, and that I like. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

Par contre, la grande majorité des employés de l'unité se sentent isolés, voire déracinés, dans la nouvelle grande unité fusionnée. Ils font face à plusieurs nouveaux collègues et à l'éventualité d'apprendre à travailler avec ces derniers le plus rapidement possible.

« Ça fait peut-être une semaine que tu ne l'as pas vu cette fille avec qui tu travaillais et tout d'un coup du la vois. Les contacts, c'est plus difficile dans ce sens. (...) Tu es plus isolé, on fait beaucoup plus de choses par nous-même aussi. (Entrevue 5, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

« One of the things that they do say though, is the fact that the socialization aspect at work is not...they don't find it quite as strong as it used to be in the smaller unit, because we are all spread out so much. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

« MICU... So, I think it is a bigger change from what I felt they all suffered from separation anxiety because they were all on top of each other and now, so for apart. (Entrevue 11, Coordonnatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

Les employés se retrouvent aussi devant des résidents qui leur sont étrangers. De plus, la relation entre les employés et les médecins est quelque peu modifiée du fait que ces derniers se déplacent, durant la journée, dans une unité de taille nettement supérieure.

I used to know all the residents by name and I'm use to develop sometimes friendship with resident, we worked close to them. Down here, I really don't seem like a team and I don't know who's around with who. Sometimes I have to say: « Are you with the green service or the blue service? Because I don't know who you are! (Entrevue 7, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

I think the relationship with the doctors is completely changed, not for the better. In the old unit, you knew everybody, you knew all the doctors very well on the team because you worked basically beside them all day long. And here, unless you need them in your room, you don't really see them. (Entrevue 8, infirmière, anciennement de l'USI/C) »

Il est à noter que les membres du corps médical ne font pas mention spécifiquement de changements notables en ce qui a trait aux aspects sociaux de leur réalité organisationnelle.

Les aspects professionnels

Sur le plan du travail, bon nombre d'employés et de membres du corps médical rapportent un gain appréciable de connaissances et de nombreuses occasions de développement professionnel découlant directement de la fusion.

« I think I have gained knowledge...even more knowledge than I had before, because I am looking after a different patient population that I ever had before. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« Medically, I think it has opened the door to the green side, the medical side because we do a lot more than just take care of just medical patients. We take care of post-operative patients, which we had started doing prior to the location merger, but as part of the merger (Entrevue 19, Intensiviste anciennement de l'USI/M) »

Cependant, la charge de travail est devenue plus lourde à la suite de la fusion. Par exemple, le fait de devoir soigner un patient provenant d'une clientèle peu familière représente un facteur important de stress. De plus, les employés les plus expérimentés ont la responsabilité implicite d'intégrer et d'encadrer leurs nouveaux collègues arrivés après la fusion, en plus de s'acclimater eux-mêmes à leurs nouvelles responsabilités.

« Les gens on se sent des fois tu regardes 'l'assignement', disons l'assignation que tu as eue pour tes patients puis te dis : « Comment je vais finir ma soirée ? » (...) Mais des fois tu te dis : « Pourquoi qu'ils ne le ferment pas le lit, il n'y a pas de staff, qu'ils le ferment le lit ! » Nous autres ça nous met un très gros, encore un plus gros stress surtout quand tu sais que peut-être là tu vas être occupé, tu vas peut-être avoir un patient qui n'est pas trop dans tes habiletés. (Entrevue 5, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

« On a beaucoup plus de lits. C'est plus difficile. On a vraiment plus de nouvelles aussi qu'on avait avant (...) La charge de travail aussi est beaucoup plus grande. (Entrevue 5, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

« Mais aussi, c'est très difficile pour le personnel aussi surtout si on peut dire les vieilles, les plus anciennes parce que ça fait beaucoup de monde à surveiller. Naturellement, les petits nouveaux, tu ne les laisse pas aller sans les surveiller et garder un œil dessus puis tu stresses parce que tu te demandes s'ils donnent des bons soins ! (Entrevue 4, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

Les soins au patient et l'organisation du travail

L'USI généraux représente, d'une part, un milieu de travail davantage fonctionnel pour les employés et les intensivistes et, d'autre part, un environnement mieux adapté aux patients.

« (...) je dirais que la nouvelle unité est peut-être plus fonctionnelle que ce qu'on avait comme unité auparavant. Les unités étaient très petites, l'équipement était quasiment désuet dans certains cas. Alors, en ayant des chambres plus grandes, plus d'espace, plus de lumière, c'est plus agréable de donner des soins dans ce contexte. (Entrevue 4, assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

« *I think it's better, I think it's better for the patients. It's quieter, much quieter. We worked in a very busy, it was very noisy downstairs all the time. There's more privacy for the patients. I think for the patients it's a big improvement.* (Entrevue 8, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

Les médecins et chirurgiens estiment que la micro-fusion aurait permis d'accroître l'efficacité organisationnelle et, par conséquent, d'améliorer la qualité des soins et de réaliser un plus grand nombre de chirurgie. La collaboration professionnelle serait également améliorée grâce au plus grand nombre de ressources disponibles au même moment dans l'unité.

« I don't think the way we do things is different. I think our flexibility is better, I think our resources are better managed, they are all in one area. We can provide better patient care with the same resources because they are cohorted. : better buying power, we have a more unified approach to these patients, so from the subspecialty point of view, it's better (Entrevue 18, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/M) »

« I believe pretty strongly that we get more surgery done because most of the patients in the ICU and the [...] now we have an expanded ability. So I don't think surgery suffered at all for this so... (Entrevue 20, intensiviste anciennement de l'USI/C) »

« It's a little bit easier to call for help sometimes if there are six people on the same job instead of one (Entrevue 21, intensiviste anciennement de l'USI/C) »

En revanche, d'autres personnes prétendent que la fusion aurait contribué à diluer l'expertise à même la nouvelle unité, ce qui représenterait à leurs yeux une perte au chapitre de la compétence collective de l'unité.

« (...) the major complaint in terms of nursing care they say, they feel that the standards have decreased a little. Maybe because the staff are not satisfied with what they are doing or who they're taking care of, the type of patient they have to deal with. (Entrevue 10, Coordinatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

« Like my friends now there is a big problem, I would be honest, I don't feel that the merged unit will work or has worked and works. I don't believe it does. I believe we should be specialized and separated physically. Surgical on one side and medical on the other side (...) I really don't feel the patient are getting the care...we are not optimizing and maximizing the kind of care those patients are getting. (...) I honestly believe since we merged the quality of care is not the same. It just isn't. (Entrevue 9, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

« It was a stress for me a little bit because it was never...It's never a big issue, but it was made known that people felt that there is a loss now that surgical clinical care was now merged in with general clinical care (Entrevue 20, Intensiviste, anciennement de l'USI/C) »

Ajoutons que la fusion aurait diminué la capacité à suivre l'évolution d'un patient sur une période de quelques jours, entre autres à cause de l'augmentation du nombre d'intervenants et de la perte de certains mécanismes de suivi.

« I find it is a little bit more challenging to really find out who's taking care of a patient because there's two set of teams that have five residents each and they change, sometimes they change weakly. (Entrevue 14, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

« (...) you have no continuity of the patients because you know last week I was working on this site and my patient was very sick and I don't see her at the bed but I don't know what had happened to her maybe she died but we used to have, you know, something which allows to follow what happened and we can still see the families and support them. (Entrevue 17, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

Il arrive aussi qu'un médecin et un chirurgien se retrouvent simultanément au chevet d'un même patient, privant ainsi d'autres infirmières et employés de leur expertise.

« If I have two patients, one medical and one surgical, it happens sometimes when the Doctors do rounds (...) it just happens that they are there at your bed side, at the same time. You got two different services on the same report. My other doesn't get to have one at the bed side. Or, I get to miss some of the stuff because a Dr will leave right away. (Entrevue 9, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

Enfin, la quantité accrue de patients, mais aussi d'employés et de médecins avec chacun leur propre organisation du travail, compliquent la coordination des diverses ressources humaines et matérielles.

« There are some differences in care like when you are in charge you don't know their forces or whatever that just takes time. (Entrevue 13, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

La satisfaction et le scénario post-fusion

La possibilité d'accroître ses connaissances et l'environnement physique rénové sont autant d'éléments contribuant à satisfaire les employés de la nouvelle USI généraux. À cet effet, une personne raconte qu'elle envisage, depuis la fusion, de prolonger sa carrière dans l'unité

de soins intensifs, principalement à cause ces améliorations apportées à l'environnement physique.

« I like, the layout of the place, though I wish it were more rounded (...) I think the technology is a great plus here, like the power columns, the whole renovations. (Entrevue 12, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

« Physical display, the equipment... makes your job much easier... I like all the little perks that we have got – Like a new DAC and everything... (Entrevue 16, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

« I can see myself working here longer than before because of my age. I used to wonder you know...The environment is better so I can handle this. I just start the SEN program, so I don't know I'll see. (Entrevue 13, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

A l'opposé, les changements découlant de la fusion ont fait naître chez d'autres employés l'idée de quitter définitivement l'unité de soins intensifs.

« I am entertaining in the idea of leaving. That's why I left the recovery room and dialysis last summer. (...) Things were so difficult. I really didn't want to be a part of ongoing process for the merger. I felt that it would get much more difficult.(...) I am very dissatisfied (Entrevue 9, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

« Ça me donne plus envie vraiment de ré-orienter ma carrière. (Entrevue 5, infirmière, anciennement de l'USI/M) »

La deuxième phase de la fusion de l'USI généraux se solde en 2003 avec un bilan à première vue décevant sur le plan des départs, le remplacement de plus d'une douzaine de personnes d'expérience ayant été nécessaire. Depuis que cette vague de roulement de personnel s'est estompée en septembre 2002, l'USI généraux est à nouveau capable d'attirer de nouvelles ressources, en partie grâce à un aménagement physique amélioré. Aux dires du directeur du département de chirurgie, la fusion a réussi à intégrer les employés des spécialités médicale et chirurgicale, ainsi qu'à rapprocher les intensivistes médicaux et chirurgicaux.

« (...) we had a lot of turnover. (...) Oh yeah,... (Entrevue 9, Infirmière anciennement de l'USI/C) »

« And I have asked, because a lot of them I had worked with before when I was at the site B. And when I would ask them, "why did you come." "Well, I needed

change, the ICU looked it was new, you know, something that I thought would be a new challenge for me," you know, for them. So I think it did. I think that the fact that it was new, that they were all private rooms, I think that did attract people. (Entrevue 19, intensiviste anciennement de l'USI/M) »

« I think it is outstanding. It's absolutely outstanding! The Director runs the unit. It's a combined nursing staff. It's a combined medical staff and across sites, the physicians in intensive care at the site A work here, and the surgeons who do critical care at the site A do critical care here (at the site B). And I think it's a huge success; it reports to surgery, even though both units are run by physicians. They don't care because I used to be a critical care doctor, I suppose, so I understand how they work and how they think. (Entrevue 71, Directeur de chirurgie du CHU) »

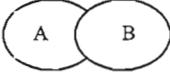
Ces propos positifs du Directeur du département de chirurgie ne reflètent qu'une partie de la réalité. La fusion de l'USI du site A est celle qui a suscité le plus faible niveau de satisfaction comparativement aux autres cas de fusion. Les moyennes au questionnaire de satisfaction vis-à-vis la fusion sont les suivantes : **4,01/7** pour les employés de l'USI du site A, contre **4,72/7** pour les employés de l'USI du site B, **4,83/7** pour ceux du département d'orthopédie et **4,58/7** chez les employés du département de radio-oncologie, comme le rapporte le tableau 4.4. Lors de la deuxième passation du questionnaire, les employés de l'USI du site A ont à nouveau exprimé le niveau de satisfaction le plus faible par rapport à la fusion : moyennes de **3,67/7** pour les employés de l'USI du site A contre **4,10/7** pour les employés du département de radio-oncologie, comme l'indique le tableau 4.4. De plus, la satisfaction des employés vis-à-vis de la fusion a diminué entre la première passation du questionnaire et la seconde, 12 mois plus tard, comme le montrent les moyennes suivantes rapportées au tableau 4,4: **4,01/7** au temps 1 et **3,67/7** au temps 2. Enfin, d'après les questions quantitatives posées lors de l'entrevue, les employés de l'ancienne USI/C seraient moins satisfaits de la fusion que leurs nouveaux collègues de l'USI/M, soit **6,44/10** contre **7,13/10**.

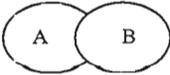
Du côté du corps médical, les intensivistes (médicaux et chirurgicaux) ont le deuxième plus faible niveau de satisfaction vis-à-vis de la fusion. Seuls les chirurgiens du département d'orthopédie ont un taux de satisfaction plus faible par rapport à ce changement organisationnel. C'est ce qu'indiquent les moyennes de **5,50/7** chez les intensivistes de l'USI du site A, de **6,50/7** chez les intensivistes du site B, de **5,13/7** chez les chirurgiens du

département d'orthopédie et de 5,58/7 du côté des radio-oncologues dont fait état le tableau 4.4.

Le tableau 4.4 reprend les principaux éléments sur lesquels se fonde l'analyse de la micro-fusion de l'USI généraux du site A, afin d'amorcer par la suite l'interprétation des résultats d'une manière agrégée et de dégager un point de vue global de la micro-fusion. Précisément, ce tableau est constitué des perceptions portant sur (1) les aspects sociaux, (2) les aspects professionnels, (3) les soins et l'organisation du travail, (4) le scénario post-fusion et (5) la satisfaction des personnes touchées par la fusion.

Tableau 4.4 - La synthèse des perceptions post-fusion dans l'USI du site A (groupe fusionné et sous-groupes)

Perceptions des sous-groupes entourant les aspects sociaux	Perceptions des sous-groupes entourant les aspects professionnels	Perceptions des sous-groupes entourant les soins et l'organisation du travail	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction générale dans l'unité fusionnée T1 (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>a) Employés de l'USI généraux</p> <p>= + / - -</p> <p>« Tu es plus isolé, on fait beaucoup plus de choses par nous-même aussi. (...) Mais, il faut rentrer toutes nos réquisitions par nous-mêmes. (Entrevue 5, Infirmière anciennement de l'USI/M) »</p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion</p> <p>T₁ = 4,84/7 (N= 51;ET = 1,31)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité</p> <p>T₁ = 4,66/7 (N= 50;ET= 1,46)</p>	<p>a) Employés de l'USI généraux</p> <p>= + / - -</p> <p>"(...) you find that nurses will come on and ask "what is the assignment?" and then say, "I'm not going to take care of that patient because either I don't have the expertise or I don't feel comfortable taking care of these patients". (...) It's very frustrating. (Entrevue 9, Infirmière anciennement de l'USI/C) »</p>	<p>a) Employés de l'USI généraux</p> <p>= + / - -</p> <p>"We didn't want half nurses covering one another outside their pod, which is their four bedded rooms. When we got down here, the reality was that we didn't have enough nurses not to be able to do that. So nurses did end up covering one another outside their pods, although we certainly try not to do it on a regular basis. (Entrevue 2, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C)"</p>	<p>a) Employés de l'USI généraux</p> <p>= INTÉGRATION FAIBLE même si l'identification à l'USI au T1 est élevé : 5,04 /7 (N=50;ET =1,09)</p>  <p>"We should be working together as nurses, we're still making the distinction, well, that's a medical nurse, that's a surgical nurse. I have tried to use the term: an ICU nurse. I try to use the terms, green team and blue team (Entrevue 7, Infirmière anciennement de l'USI/M)."</p> <p>Identification au T₂ = 4,38/7 (N=32;ET=1,10)</p>	<p>a) Employés de l'USI généraux</p> <p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1)</p> <p>T₁ = 4,01/7 (N=49;ET =1,55)</p> <p>T₂ = 3,67/7 (N=35;ET=1,19)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 4,79/7 (N=46;ET =1,26)</p> <p>T₂ = 4,25/7 (N=35;ET=1,32)</p>	<p>a) Employés de la spécialisation médicale</p> <p>=7,13/10 (N=8;ET=1,13)</p> <p>b) Employés de la spécialisation chirurgicale</p> <p>= 6,44/10 (N=9; ET=2,01)</p>	<p>Satisfaction – par rapport à la fusion (S1)</p> <p>T₁=4,12/7 (N=53;ET =1,55)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 4,88/7 (N=50; ET =1,25)</p>

Perceptions des sous-groupes entourant les aspects sociaux	Perceptions des sous-groupes entourant les aspects professionnels	Perceptions des sous-groupes entourant les soins et l'organisation du travail	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction générale dans l'unité fusionnée T1 (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>b) Intensivistes de l'USI généraux (médicaux et chirurgicaux)</p> <p>= + / -</p> <p><i>"(...) the relationships with the nurses, but what's evolved it's that we have I think a good relationship with our medical colleagues. That's a benefit. absolutely a benefit... (Entrevue 20, Intensiviste, anciennement de l'USI/C)"</i></p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion :</p> <p>T₁ = 6,17/7 (N= 3; ET = 0,52)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité</p> <p>T₁ = 6,50/7 (N= 3; ET = 0,25)</p>	<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>= + + / -</p> <p><i>"Medically, I think it has opened the door to the green side, the medical side because we do a lot more than just take care of just medical patients. We take care of post-operative patients, which we had started doing prior to the location merger, but as part of the merger (Entrevue 19, Intensiviste, anciennement de l'USI/M)"</i></p>	<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>= + +</p> <p><i>"I think our flexibility is better, I think our resources are better managed, they are all in one area. We can provide better patient care with the same resources because they are cohorted (...) so from the subspecialty point of view, it's better (Entrevue 18, Directeur, anciennement de l'USI/M)"</i></p>	<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>= INTÉGRATION FAIBLE même si l'identification à l'USI au T1 est élevée à 5,77 / 7,0 (N=3; ET =0,72)</p>  <p><i>"I think it is outstanding. It's absolutely outstanding! The Director runs the unit. It's a combined medical staff(...)They're are all on some kind of similar remuneration system – I don't know what it is, and I don't care what it is as long as it works! And I think it's a huge success! (Entrevue 71, Directeur de chirurgie du CHU)"</i></p> <p>Identification au T₂ = 5,90/7 (N=2; ET=0,28)</p>	<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1)</p> <p>T₁ = 5,50/7 (N=4; ET = 0,61)</p> <p>T₂ = 5,75/7 (N=2; ET=0,00)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 5,97/7 (N=4; ET =0,23)</p> <p>T₂ = 6,50/7 (N=2; ET=0,08)</p>	<p>c) Intensivistes (médicaux et chirurgicaux)</p> <p>= 9,13/10 (N=4; ET=0,83)</p>	

4.3 La conclusion du cas de fusion de l'USI du site A

Certains facteurs influent positivement sur le processus d'identification des employés et des intensivistes à la nouvelle unité. Par contre, d'autres variables semblent freiner le processus d'identification chez les gens, entre autres en produisant des perceptions de menace identitaire. Voici les principaux apprentissages qui se dégagent du cas de micro-fusion du site A.

4.3.1 Les leviers au processus d'identification à l'USI généraux

Les interventions sociales

Les interventions de socialisation obtiennent un certain succès auprès des employés et des membres du corps médical en leur permettant d'être informés sur l'avancement de la fusion. Cependant, il est possible que l'isolement ressenti par les employés dans la nouvelle USI généraux, en raison de l'aménagement physique, ait contribué à limiter le succès de ces interventions de socialisation. N'eut été de la forme de l'environnement physique qui limite les possibilités d'interactions, il est probable que les interventions sociales auraient pu favoriser davantage l'identification des personnes à la nouvelle unité, en répondant à un besoin humain de collégialité en contexte de changement organisationnel.

Le leadership

Le leadership collectif entre l'infirmière gestionnaire et le Directeur médical contribue à produire des orientations claires pour tout le monde, ce qui tend à rassurer et, ultimement, à mobiliser les personnes dans le projet de fusion. Ainsi, le leadership collectif pourrait graduellement contribuer à favoriser l'identification des employés et des membres du corps médical à l'unité fusionnée.

4.3.2 Les freins au processus d'identification à l'USI généraux

L'implantation rapide de la polyvalence professionnelle et les perceptions de menace identitaire

L'implantation rapide de la polyvalence professionnelle au sein de tous les employés, dans un contexte d'importantes différences identitaires, suscite des perceptions de menace identitaire chez les membres des sous-groupes touchés par la micro-fusion. En retour, ces menaces tendent à ralentir le processus d'identification à la nouvelle unité.

Tout au long de la fusion de l'USI généraux, d'autres sources de menace identitaire sont présentes, tant chez les employés de l'ancienne USI/C et ceux de l'ancienne USI/M, que chez les intensivistes médicaux et chirurgicaux. Les tableaux 4.5, 4.6 et 4.7 présentent les sources de menace identitaire par sous-groupe de personnes. Ces tableaux mentionnent aussi des facteurs qui contribuent à diminuer les perceptions de menace identitaire, comme avoir de l'intérêt pour l'apprentissage de nouvelles techniques de soins.

Tableau 4.5 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire élevée chez le sous-groupe des employés de l'USI/C

Source de menace identitaire	Perception de menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ne plus s'occuper exclusivement des patients chirurgicaux • Apprentissage des techniques de soins « médicales »
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation rapide de la polyvalence professionnelle
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Identité d'origine forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Contact moins fréquent avec d'anciens collègues de travail
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Départ de certains collègues de l'USI/C
3. Changement de gestionnaire	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance médicale de l'infirmière gestionnaire
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance médicale du Directeur du l'USI généraux
4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement rapide de la fusion
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement physique à l'intérieur d'un « POD » dans la nouvelle unité

Tableau 4.6 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire moyennement élevée chez le sous-groupe des employés de l'USI/M

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ne plus s'occuper exclusivement des patients médicaux • Apprentissage des techniques de soins « chirurgicales » • Implantation rapide de la polyvalence professionnelle • Identité d'origine forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Contact moins fréquent avec ancien collègues de travail • Départ de certains collègues de l'USI/M
3. Changement de gestionnaire		<ul style="list-style-type: none"> • Provenance médicale de l'infirmière gestionnaire • Provenance médicale du Directeur du l'USI généraux
4. Autre changement ou source de menace	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement rapide de la fusion • Isolement physique à l'intérieur d'un « POD » dans la nouvelle unité

Tableau 4.7 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire moyennement élevée chez le sous-groupe composé des membres du corps médical des USI/C et USI/M

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ne s'occupe plus exclusivement d'une clientèle de patients • Apprentissage des techniques de soins liées à une autre clientèle
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Va-et-vient dans les deux ailes d'une unité linéaire
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe du corps médical
3. Changement de gestionnaire	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance médicale des gestionnaires de l'unité (infirmière et Directeur)
4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement rapide de la fusion

4.3.3 Les effets paradoxaux de leviers et de freins au processus d'identification à l'USI généraux

Le statut

Le cas étudié démontre la présence de perceptions de menace identitaire chez les sous-groupes touchés par la fusion, malgré un grand nombre d'interventions de gestion. Ce cas nous apprend aussi qu'un sous-groupe intégré à un autre au statut jugé supérieur pourrait manifester davantage d'ouverture vis-à-vis le projet de fusion, même si ses membres perçoivent une menace à leur identité. Le fait que les employés de la spécialisation médicale se soient montrés plus ouverts à la fusion, entre autres en manifestant de l'intérêt envers la formation reçue, pourrait illustrer cet effet du statut. Ajoutons, en corollaire, que l'ouverture face au projet de fusion semble contribuer à enclencher chez les employés médicaux un processus d'identification à la nouvelle unité. En revanche, l'effet tout à fait contraire est observé chez les employés chirurgicaux, lesquels craignent de diluer leur statut à la suite de la micro-fusion.

Le roulement de personnel

La perte de ressources expérimentées, surtout au sein du groupe d'employés, a été une conséquence de la fusion de l'USI généraux, du moins initialement. Il en a résulté une perte d'expertise, ainsi qu'un ralentissement dans la performance organisationnelle de toute l'USI. Par contre, le départ de personnes s'identifiant moins à l'USI généraux contribue à rehausser le niveau global d'identification à cette nouvelle unité fusionnée. Autrement dit, le roulement de personnel pourrait représenter un moyen « naturel » d'harmoniser les relations sociales et professionnelles dans une unité après la fusion de ses opérations.

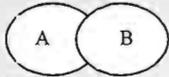
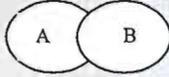
L'environnement physique

Au premier coup d'œil, le nouveau département s'avère une option valable en permettant de remédier à l'étroitesse des anciens locaux et à la désuétude des anciens équipements. En plus d'améliorer concrètement la qualité de vie au travail des employés et des membres du corps médical, le nouvel aménagement représente une source de fierté symbolique favorisant le processus d'identification à la nouvelle unité. Par contre, la grande taille et la conception linéaire de la nouvelle unité fusionnée tendent à provoquer un sentiment d'isolement chez les employés, ce qui peut en retour ralentir à la fois l'émergence de liens sociaux et professionnels et le processus d'identification à la nouvelle unité.

Tel que l'indique le tableau 4,8, le niveau d'identification à la nouvelle USI généraux est élevé chez les employés de l'ancienne USI/M (moyenne de 4,50/6 à l'entrevue), mais seulement moyennement élevée chez leurs nouveaux collègues provenant de l'USI/C (moyenne de 3,78/6 à l'entrevue) (voir tableau 4.8). Cette différence peut s'expliquer par les différences de statut et les changements de gestionnaires à l'USI généraux. En somme, les deux sous-groupes d'employés cohabitent dans la nouvelle unité, alors que l'intégration sur le plan professionnel et social demeure relativement faible comme le révèlent les données rapportées aux tableaux 4.4 et 4.8. Pour leur part, les intensivistes s'identifient fortement à la nouvelle unité (moyenne de 5,25/6 à l'entrevue), même si leur intégration sur le plan professionnel et social est également relativement faible. L'analyse de leurs perceptions de menace identitaire laisse croire à un changement qui n'affecte pas aussi

profondément l'identité de l'intensiviste (médical et chirurgical) que celle d'un employé de l'USI généraux.

Tableau 4.8 Variables dépendantes par sous-groupes de personnes étudiées pendant la micro-fusion de l'USI généraux du site A

	Employés de la spécialisation médicale	Employés de la spécialisation chirurgicale	Intensivistes (médicaux et chirurgicaux)
Perceptions de menaces identitaires du sous-groupe avant la fusion	Moyennement élevées (tableau 4.6)	Élevées (tableau 4.5)	Moyennement élevées (tableau 4.7)
Identification du sous-groupe à la nouvelle unité	Élevée (4,50/6) (N= 8; ET =1,41)	Moyennement élevée (3,78/6) (N= 9; ET =1,30)	Élevée (5,25/6) (N= 4; ET =0,96)
Satisfaction post-fusion du sous-groupe	Élevée** (7,13/10) (N= 8; ET =1,13)	Moyennement élevée (6,44/10) (N= 9; ET =2,01)	Élevée (9,13/10) (N= 4; ET =0,85)
Scénario de la fin pour le sous-groupe (et roulement à l'intérieur du sous-groupe)	Roulement élevé Intégration faible (cohabitation) 	Roulement élevé Intégration faible (cohabitation) 	Roulement faible Intégration faible (cohabitation) 

* **Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue** : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

** **Les données reliées à la satisfaction sont tirées de l'entrevue** : 0 – 3,32 = Faiblement élevée ; 3,33 – 6,65 = Moyennement élevée ; 6,66 – 10 = Fortement élevée.

Les valeurs des variables dépendantes du tableau 4.8 seront reprises ultérieurement dans les chapitres d'analyse transversale.

Le retour sur le cadre conceptuel et sur les questions de recherche.

L'objectif de la présente recherche consiste à répondre aux deux questions suivantes : **(1)** comment les profils identitaires des sous-groupes présents à l'origine de la micro-fusion influencent-ils le déroulement de la fusion et ses résultats aux deux chapitres que sont le

degré et la forme d'intégration identitaire atteints après la fusion, et la satisfaction des personnes touchées par cette dernière; (2) comment les interventions de gestion mises en place lors d'une micro-fusion influencent-elles le déroulement de la fusion, le degré et la forme d'intégration identitaire atteints après la fusion, et le niveau de satisfaction des personnes touchées.

En confirmant et en précisant les propositions de recherche initiales, l'analyse de la fusion de l'USI du site A amorce la construction de réponses aux questions de recherche. En effet, ce premier cas de fusion intra-site permet de confirmer que la rencontre de sous-groupes aux contenus identitaires différents, entre autres au chapitre de la spécialisation professionnelle, tend à engendrer des perceptions de menace identitaire chez les membres de ces sous-groupes. A leur tour, ces différences sur le plan du contenu identitaire sont à l'origine d'une tension palpable entre les sous-groupes, rendant plus difficile l'intégration identitaire et venant diminuer la satisfaction des personnes (**proposition 1**). Contrairement à la situation observée chez les intensivistes, cette proposition de recherche se concrétise davantage chez les sous-groupes d'employés, principalement à cause de la stratégie visant à implanter rapidement une polyvalence professionnelle au sein du nouveau grand groupe d'employés.

L'analyse du cas tend également à valider la seconde proposition de recherche qui s'énonce ainsi : plus les sources d'identification sont appelées à être modifiées au cours de la micro-fusion, une situation à nouveau davantage retrouvée au sein des sous-groupes d'employés, plus les personnes concernées sont sujettes à percevoir une menace identitaire contribuant à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des gens (**proposition 2**). En raison de l'implantation plus rapide et plus en profondeur de la stratégie de polyvalence professionnelle chez les employés que chez les intensivistes médicaux et chirurgicaux, leurs sources d'identification pré-fusion, telles que le groupe de travail et la manière d'exécuter le travail, sont remises en question avec pour conséquence de ralentir leur processus d'identification à la nouvelle unité et leur satisfaction vis-à-vis la fusion. Le cas étudié semble indiquer que les intensivistes sont moins affectés dans leur travail, voire sur le plan identitaire, que les employés. On peut penser que les autres rôles qu'ils adoptent ailleurs dans l'hôpital (recherche, médecine interne, chirurgie) les protègent jusqu'à un certain point des perceptions de menace identitaire.

La **proposition de recherche 3a** stipule que plus l'identité d'un sous-groupe avant la micro-fusion est forte, plus ses membres sont sujets à percevoir une menace identitaire, laquelle perception contribuera à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction. L'analyse du premier cas de fusion, et plus précisément des dynamiques inter-groupes retrouvées chez les employés et les membres du ceps médical, amènent à nuancer cette proposition. En effet, il se dégage des analyses qu'un fort niveau d'identification, tel celui particulièrement élevé des employés de la spécialisation chirurgicale, tendrait à influencer les attitudes et les comportements des membres de ce sous-groupe d'une manière pouvant nuire au succès de la fusion. La présence d'une forte probabilité de devoir modifier son identité d'origine, par exemple à cause de l'absence d'une alternative à la fusion ou encore des stratégies managériales mises en oeuvre, contribuerait à rehausser significativement les perceptions de menace identitaire, ainsi que les attitudes et les comportements des personnes qui découlent de telles perceptions, ce qui contribuerait à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des personnes.

Selon la **proposition de recherche 3c**, la présence avant la micro-fusion de forces d'identification symétriques et fortes risque d'engendrer un scénario d'intégration prenant la forme d'une cohabitation, alors que la création d'une nouvelle identité commune est plus probable lorsque les forces d'identification antérieures sont symétriques et faibles. La situation au sein de l'USI du site A tend à confirmer cette proposition: la présence de sous-groupes ayant chacun un fort niveau d'identification pré-fusion, ce qui constitue un contexte dit symétrique, tend bel et bien à produire un scénario de cohabitation identitaire à l'intérieur duquel chaque sous-groupe est à même de pérenniser certains éléments de son profil identitaire d'origine, sans qu'il y ait d'absorption identitaire. Ajoutons que, selon les données de ce premier cas de fusion, le nombre de personnes à l'intérieur du sous-groupe influence substantiellement à la fois la capacité des personnes à protéger leur identité et le scénario final d'intégration identitaire.

Toujours selon les propositions émises au chapitre 2, les interventions mises en oeuvre par les gestionnaires pendant la micro-fusion d'unités opérationnelles peuvent influencer tant le processus de rencontre identitaire que le degré d'identification, la satisfaction et le scénario d'intégration identitaire qui en résultent (**proposition 4**). Précisément, les stratégies

managériales et les interventions de gestion, telles que la décision de construire des chambres fermées (« *pods* ») ou d'implanter des codes de couleurs pour distinguer les clientèles de patients, agissent sur le processus de fusion à la fois en influençant le nombre d'interactions sociales et professionnelles dont bénéficient les personnes touchées par la fusion et, paradoxalement, en segmentant et en pérennisant les identités groupales d'origine. Par ce type d'actions et de décisions, les instances décisionnelles de l'USI du site A contribuent à isoler socialement les employés et à pérenniser les identités d'origine entraînant, comme scénario final, la cohabitation des sous-groupes se retrouvant dans la nouvelle unité.

De plus, les interventions des gestionnaires sont scrutées à la loupe par les employés des deux sous-groupes. Dans le cas étudié, leur présence en nombre modérément élevé semble envoyer le message aux employés que leur existence au travail est prise au sérieux, et que des moyens sont mis en branle pour favoriser leur adaptation à la fusion. Il est possible de penser que sans les interventions de gestion observées au cours de la micro-fusion de l'USI du site A, le taux de roulement, la satisfaction et le degré d'identification post-fusion auraient été le reflet d'une cohabitation encore plus difficile entre les employés « médicaux » et « chirurgicaux ».

La présente recherche confirme également la **proposition 5** stipulant que la forme d'intégration identitaire qui résulte du processus de fusion est une conséquence non seulement des interventions de gestion mises en œuvre, mais aussi des dynamiques enclenchées par les profils identitaires en présence dès l'amorce de la fusion, le tout étant intimement lié au niveau d'intégration identitaire et à la satisfaction des sous-groupes participant à la fusion. Les données appuient cette proposition en mettant au jour le fait que, avant même la mise en œuvre d'interventions de gestion, l'obligation de fusionner avec un sous-groupe comportant une identité différente tend à engendrer des perceptions de menace identitaire, ce qui ralentit l'émergence du processus d'identification à la nouvelle unité, diminue la satisfaction et amorce le scénario de repli intra-groupe propre à la cohabitation identitaire. Le souci initial des employés de l'USI du site A de protéger leur identité d'origine s'additionne aux interventions managériales pour contribuer à pérenniser les

identités d'origine au sein du nouveau département et donner lieu au scénario final de cohabitation des sous-groupes en présence.

Finalement, ce cas de fusion a permis de découvrir l'importance de considérer des variables dites contextuelles, telles que le statut et l'environnement, et de prendre en compte certaines interrelations entre les composantes du profil identitaire et ces variables contextuelles, pour mieux comprendre les processus d'intégration identitaire. À titre d'exemple, ce cas met en lumière l'impact de la forme de l'aménagement physique de l'unité fusionnée ainsi que celui du rythme et de la profondeur de l'intégration professionnelle souhaitée, tant sur le processus d'intégration que sur ses résultats. Par exemple, la rencontre de deux identités fortes en contexte où les sous-groupes arborent des statuts professionnels différents, semble influencer le degré d'identification à la nouvelle unité et de satisfaction vis-à-vis de la fusion. L'analyse conjointe de la force de l'identité et du statut en contexte d'une obligation de polyvalence professionnelle, permet d'apprécier le fait que le sous-groupe au statut le plus fort est aux prises avec les plus fortes perceptions de menace identitaire et est plus réfractaire au changement, alors que le sous-groupe au statut relativement plus faible manifeste de l'intérêt pour la fusion. Le prochain chapitre traite du cas de fusion de l'USI du site B.

Chapitre V

LA MICRO-FUSION DE L'UNITÉ DES SOINS INTENSIFS DU SITE B

L'analyse de la fusion de l'unité des soins intensifs (USI) généraux du site B découpe ce processus en quatre phases distinctes. Lors de la première phase se terminant en 1991, l'unité des soins intensifs médicaux/cardiaques (USI/MC), l'unité des soins intensifs chirurgicaux (USI/C) et la salle de réveil cardiovasculaire et thoracique (CVT) sont en tous points distinctes. Lors de la deuxième phase (1991-1993) de cette micro-fusion, on décide de fusionner l'USI/MC et l'USI/C au pavillon chirurgical; l'intégration se fait uniquement au niveau des employés, alors que les intensivistes conservent leurs spécialisations respectives. Puis, lors de la troisième phase (1993-1997), la salle de réveil CVT perd quelques-uns de ses membres les moins expérimentés, qui sont forcés d'intégrer le nouveau regroupement composé des anciennes spécialités médicale et chirurgicale, dans un nouveau pavillon. Finalement, la quatrième phase (1997-2002) est témoin de la nomination d'un directeur médical unique et d'un rapprochement professionnel significatif au sein du corps médical de l'USI généraux.

En plus de ces quatre principales phases, les autres rubriques d'analyse sont : (1) le contexte et l'historique, (2) les écarts identitaires, (3) le contexte physique, (4) les interventions de gestion et le leadership, (5) l'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles, et (6) les résultats intermédiaires et finaux de l'intégration.

5.1 La phase 1 : trois unités distinctes jusqu'en 1991

5.1.1 Le contexte et l'historique

Vers la fin des années 80, un nouveau modèle de « soins critiques » gagne en popularité. Ce dernier vise principalement l'intégration des activités chirurgicales, médicales/cardiaques et CVT en matière de soins intensifs, afin de répondre aux besoins des patients avec davantage de flexibilité.

« [...] it all ended up in some common representations at the critically ill level so that physicians would care for patients regardless of what part the hospital they came from. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Lorsqu'est prise la décision d'intégrer ultérieurement les trois sous-groupes, l'USI/MC est située au cinquième étage du pavillon de médecine, alors que la salle de réveil CVT et l'USI/C sont respectivement sises au cinquième et au sixième étage du pavillon de chirurgie.

Durant cette période, les intensivistes médicaux prêtent main forte aux chirurgiens cardiaques de la salle de réveil. Voyant la possibilité d'implanter le nouveau modèle de soins critiques, mais aussi une opportunité financière et une occasion de prouver à la direction du CHU leur capacité à prendre soin de cas chirurgicaux, les intensivistes médicaux acceptent d'accentuer leur collaboration avec les chirurgiens de la spécialisation cardiaque:

« It gave us credibility – which is an absolutely essential issue. [...] So we needed to take care of those to show them that we could do the job – we needed it financially because we couldn't really earn a living without that and hire other people that we needed to run it [...] And we felt that for training purposes, we just needed it. (Entrevue 69, Intensiviste, anciennement Directeur de l'USI/MC) »

5.1.2 Les écarts identitaires en présence

Lors de cette première phase, trois unités ayant des profils identitaires différents, principalement en ce qui a trait au contenu de l'identité et à la force d'identification, existent chacune de leur côté. Il est à noter que les trois sous-groupes de professionnels partagent une même source d'identification, soit l'expertise professionnelle pratiquée quotidiennement dans leur unité respective. Tirées des entrevues, les caractéristiques identitaires ci-dessous

représentent des indices permettant de mieux apprécier les différences et les ressemblances entre les sous-groupes en présence.

Ces trois sous-groupes d'employés se basent sur des façons très différentes d'interagir et de travailler. La force de l'identification des membres de l'USI/C à leur unité d'origine est très élevée, en revanche, l'identification exprimée par les membres de l'USI/MC à leur unité d'origine un peu plus de dix ans après le début de la micro-fusion s'est avérée moyennement élevée. Hormis ces différences, les membres des trois sous-groupes ne perçoivent que peu de menaces planant sur leur identité d'origine pendant la phase 1. Il est probable que leur relative tranquillité d'esprit découle du fait qu'ils entretiennent peu de rapports professionnels au-delà des frontières de leur propre équipe de travail.

Tableau 5.1 Le profil identitaire d'origine des sous-groupes d'employés

Éléments du profil identitaire d'origine	Spécialisation médicale/cardiaque	Spécialisation chirurgicale	Spécialisation CVT
1. Contenu de l'identité <i>Clientèle</i>	<ul style="list-style-type: none"> Malades chroniques, population vieillissante, patients cardiaques, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Patients post-opératoires, infections chirurgicales, arrêts organiques multiples, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Patients cardiaques à la salle de réveil (post-opératoire)
<i>Organisations des soins</i>	Médicale <ul style="list-style-type: none"> Approche analytique Étroite collaboration entre médecins et infirmières Médecins font des rondes systématiques et détaillées 	<ul style="list-style-type: none"> Approche technique Infirmières polyvalentes et autonomes (parce que les chirurgiens sont moins présents au chevet du patient); Chirurgiens font des rondes sporadiques et rapides 	<ul style="list-style-type: none"> Approche technique Membres de l'unité sont uniquement spécialisés dans leur champ de compétence
<i>Rythme de travail</i>	Médicale <ul style="list-style-type: none"> Modéré à rapide Cardiaque <ul style="list-style-type: none"> Habituee aux situations de crise ; rythme rapide dû au roulement 	<ul style="list-style-type: none"> Très rapide 	<ul style="list-style-type: none"> Rapide
<i>Climat de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> Petite unité conviviale 	<ul style="list-style-type: none"> Petite unité conviviale 	<ul style="list-style-type: none"> Petite unité conviviale
<i>Autres (cohésion, communication, leadership, approche particulière,</i>	<ul style="list-style-type: none"> Longue analyse avant l'action Leadership très marqué 	<ul style="list-style-type: none"> Court délai entre la décision et l'action Leadership 	<ul style="list-style-type: none"> Court délai entre la décision et l'action

Éléments du profil identitaire d'origine	Spécialisation médicale/cardiaque	Spécialisation chirurgicale	Spécialisation CVT
<i>élément distinctif)</i>	du directeur <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration déjà existante entre intensiviste médicaux et chirurgiens cardiaques 	relativement effacé du directeur <ul style="list-style-type: none"> • Leadership très marqué de l'infirmière gestionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership assumé par des chirurgiens et des anesthésistes
2. Force de l'identité d'origine* (chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue) 	2,50 / 6,00 (N = 4; ET=0,58)	5,00 / 6,00 (N=3, ET=0,00)	Se perçoivent comme une élite Aucune donnée quantitative
3. Source principale de l'identité	<ul style="list-style-type: none"> • Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'USI/MC 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'USI/C 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'unité CVT

* Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

Les différences identitaires observées entre les trois sous-groupes d'employés au chapitre du contenu de l'identité s'appliquent également aux sous-groupes d'intensivistes médicaux et chirurgicaux. De plus, tout comme chez les employés de la spécialisation médicale/cardiaque, le niveau d'identification des intensivistes de l'USI/MC à leur unité d'origine est relativement faible, alors qu'il est élevé chez les intensivistes de l'USI/C. Toutefois, les sources d'identification des intensivistes sont plus nombreuses que celles des employés, car elles touchent des rôles professionnels et des relations interpersonnelles à la fois à l'intérieur de l'USI et à l'extérieur de cette dernière avec, par exemple, la médecine interne, la recherche, l'enseignement sur plus d'un site du CHU et la chirurgie. C'est ce que montre le tableau 5.2.

Tableau 5.2 Le profil identitaire d'origine des membres du corps médical

Éléments du profil identitaire d'origine	Spécialisation médicale/cardiaque	Spécialisation chirurgicale
2. Force de l'identité d'origine (chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue) 	1,00 / 6,00 (N = 2;ET=0,00)	6,00 / 6,00 (N=1,ET=0,00)
3. Source principale de l'identité	Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'USI/MC	Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'USI/C

* Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2.0-3.9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

5.1.3 Le contexte physique

Puisque les membres de la salle de réveil CVT sont localisés au pavillon de chirurgie, les intensivistes médicaux doivent quitter leur pavillon, celui de médecine, afin de prêter main forte aux chirurgiens à la salle de réveil. Après quelques années de dépannage à la salle de réveil, les intensivistes médicaux s'aperçoivent des inconvénients qui découlent des déplacements entre les deux pavillons. Une fois exprimés aux dirigeants de l'unité et du CHU, ces inconvénients ajoutent du poids au projet déjà envisagé de regrouper en un même endroit l'USI/MC, l'USI/C et la salle de réveil CVT. Ce changement devrait faciliter la collaboration déjà existante entre les intensivistes médicaux et l'équipe de la salle de réveil. Ajoutons que, contrairement à la fusion de l'USI du site A, celle de l'USI du site B semble viser à standardiser le travail à la fois des intensivistes et des employés.

5.1.4 Les interventions de gestion et le leadership

Dès cette première phase de la fusion, et ce jusqu'en 1997, une série d'interventions de gestion et de leadership sont implantées dans le but de favoriser l'adaptation des personnes concernées (voir figure 5.1).

La nomination d'une infirmière gestionnaire

D'abord, la décision de fusionner graduellement les trois unités de soins est prise au cours de la première phase de la fusion. Peu après avoir entériné cette décision, les dirigeants du CHU nomment une seule infirmière gestionnaire à la tête du groupe d'employés. Concernant les membres du corps médical, il est convenu que le leadership demeure séparé en fonction des trois spécialisations en présence : médicale/cardiaque, chirurgicale et CVT.

Le comité de standardisation

Par la suite, un comité de standardisation est mis sur pied. Celui-ci, avec à sa tête l'infirmière gestionnaire de l'unité, et la participation d'un bon nombre d'intensivistes des spécialisations médicale/cardiaque et chirurgicale, reçoit le mandat de planifier les changements organisationnels à venir. Les employés ne participent pas aux activités de ce comité.

La formation des employés

Afin de préparer ses employés de la spécialisation chirurgicale à l'arrivée d'une nouvelle clientèle de patients cardiaques au cours de l'année, l'infirmière gestionnaire enclenche un processus de formation. Les infirmières chirurgicales sont appelés à effectuer un séjour dans l'unité médicale/cardiaque dans le but de se familiariser avec la clientèle cardiaque, ainsi qu'avec les façons de travailler et les technologies employées par leurs futures collègues. Cette tentative de rapprochement est accueillie avec fermeture de la part des infirmières gestionnaires de la spécialisation cardiaque et, par conséquent, s'avère infructueuse.

« [...] I had attempted... to send nurses to the CCU to learn the machines. That was met by great resistance from the people who were working at CCU. [...] They didn't want my nurses there at all. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

Les négociations syndicales

Antérieurement à la deuxième phase de la fusion, les infirmières de l'unité médicale/cardiaque doivent quitter leur poste et faire application volontairement sur un nouveau poste dans l'unité située au pavillon de chirurgie. Les infirmières de l'unité médicale/cardiaque ont alors le choix de demeurer au sein de leur équipe d'origine, ou de rejoindre les rangs de l'équipe chirurgicale.

« We integrated – what happened with that, is all our nurses basically had to resign and get re-appointed to this new unit. (Entrevue 69, Intensiviste, anciennement Directeur de l'USI/MC) »

« Mais quand on était au 5e Cardiaque – nous autres ça nous a été offert. C'était soit tu restes avec nous ou tu t'en vas à l'unité chirurgicale – il y avait cette option-là. Il y a beaucoup plus de long terme. Les cœurs c'est un roulement qui roule très vite...c'est challenging... (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

La figure 5.1 regroupe l'ensemble des interventions de gestion mises sur pied au cours des quatre phases de la fusion de l'USI généraux du site B.

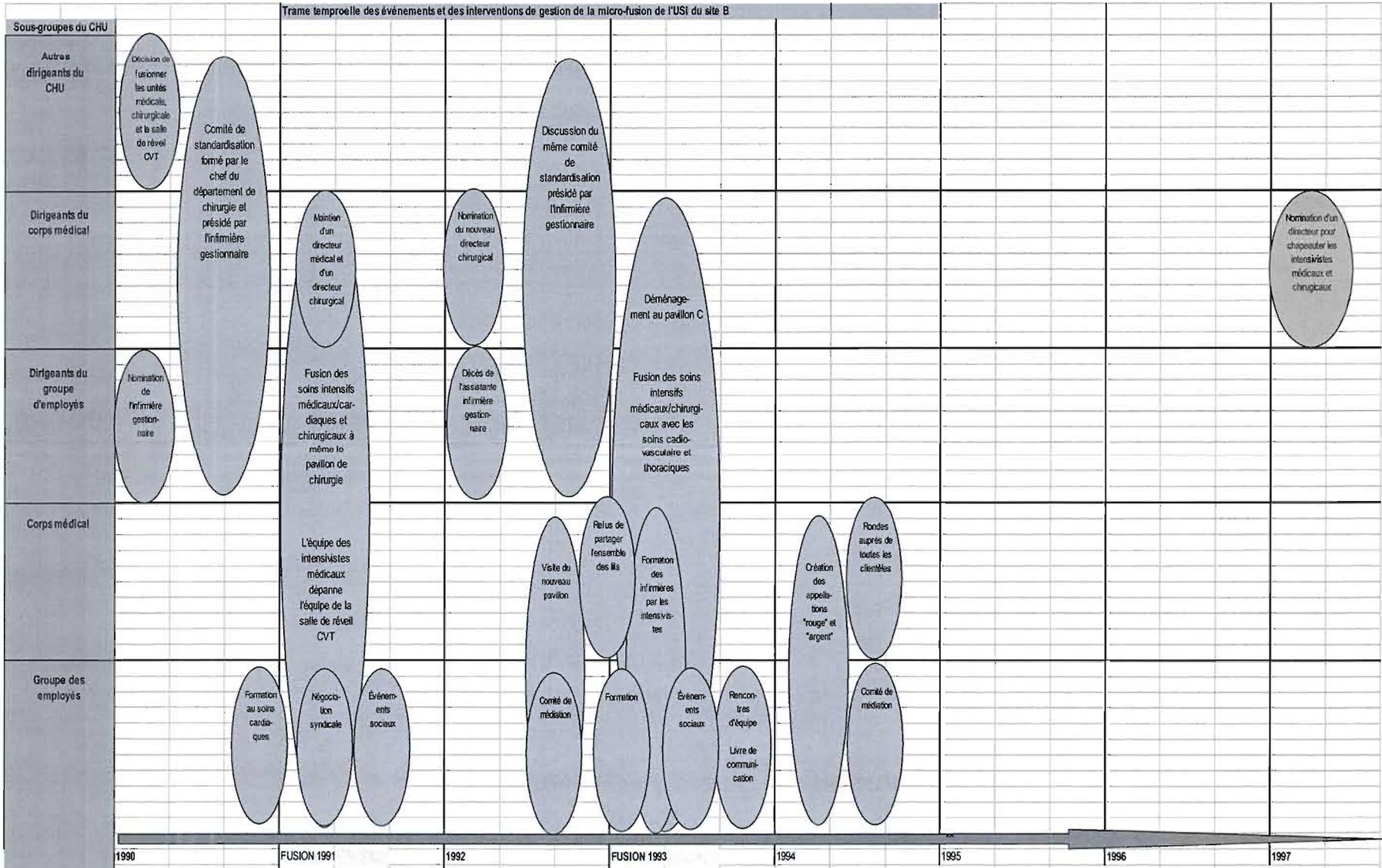


Figure 5.1
La trame temporelle des événements et des interventions de gestion dans l'USI du site B

5.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Pendant la première phase, soit avant l'intégration des activités du groupe médical/cardiaque et du groupe chirurgical en 1991, les sous-groupes entretiennent peu de rapports professionnels et sociaux à l'extérieur de leurs propres frontières. La petite taille de chacun de ses sous-groupes semble favoriser la création d'activités sociales, comme en témoigne une infirmière de l'ancienne USI/MC.

« Quand tu es juste dans une petite unité de 12 lits, bien là si tu veux organiser des choses ou des partys ou des sorties, c'est beaucoup plus facile. (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

Cependant, les directeurs des spécialisations médicale et chirurgicale entretiennent des rapports tendus au moment où ils sont impliqués dans la planification de la fusion. La résultante de leurs discussions, soit la construction ultérieure d'une unité comportant deux ailes bien distinctes, témoigne de la nature des rapports entre ces deux spécialités.

« You recall me saying earlier that the design of the ICU is not very good. And it was originally designed by a medical intensivist, and a surgical intensivist, neither of whom got along with very many people. And they certainly did not get along with each other. So in fact, it was designed so that the two units would be completely separate, rather than integrated. So if you go down and look at the design, you will see that, as you walk down the corridor, the area on the left is completely isolated from the area that is straight ahead. (Entrevue 71, Chef du département de chirurgie du CHU) »

5.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications

À la veille de la première micro-fusion dans l'histoire des soins intensifs de cet hôpital, les intensivistes médicaux souhaitent profiter de la possibilité de partager la responsabilité des patients cardiaques à la salle de réveil du pavillon chirurgical. L'imminence de la fusion, et donc du transfert de l'équipe médicale aux côtés de l'équipe chirurgicale, suscitent des appréhensions au sein des sous-groupes d'employés. De plus, à la suite de longues négociations syndicales, seules neuf (9) infirmières de l'USI/MC se portent volontaires pour être transférées au pavillon chirurgical lors de la prochaine phase de la micro-fusion. Par la

suite, des infirmières de la spécialisation cardiaque rejoignent volontairement les rangs de la nouvelle équipe agrandie.

Deux interventions de gestion retiennent particulièrement l'attention lors de la première phase, principalement en raison de leur effet sur les perceptions de menaces identitaires. Premièrement, le fait de laisser les infirmières de l'USI/MC choisir de quitter leur environnement de travail semble favoriser leur future adaptation dans la nouvelle unité chirurgicale. Par contre, le leadership manifesté par les dirigeants de la section cardiaque de l'USI/MC a considérablement diminué l'efficacité de la formation de certains employés et, par conséquent, a privé ces derniers d'une occasion de s'adapter à leur future réalité.

5.2 La phase 2 : l'arrivée de l'USI/MC aux côtés de l'USI/C (de 1991 à 1993)

5.2.1 Le contexte et l'historique

La pénurie d'infirmières qui sévit dans les USI/MC et USI/C de l'hôpital accentue la motivation des hauts dirigeants de l'hôpital à intégrer les activités de ces unités et à mettre en commun le personnel infirmier et celui des préposés, pour réaliser des économies d'échelle).

« So I said - Why don't we just move the critical care unit out of 5th Medical – move it – create a new unit aside the S- Unit and we would work finally side by side. And we could actually integrate the nurses in the process. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Ddirecteur de l'USI/MC) »

C'est à l'automne 1991 qu'on décide de déménager l'USI/MC aux côtés de l'USI/C, sur le même étage du pavillon chirurgical, afin d'y intégrer les employés mais, aussi, de faciliter le travail des intensivistes médicaux à la salle de réveil CVT. Il est souhaité que cette intégration opérationnelle serve à illustrer le réalisme et la viabilité de la fusion devant ultérieurement regrouper toutes les spécialisations de soins intensifs, dont la spécialisation CVT. À toutes fins pratiques, cette fusion sert de répétition riche en apprentissages pour les gestionnaires de l'unité.

« Donc, on voulait essayer une technologie qui était les murs modulaires et puis pour être capable de les concentrer dans un même endroit, ce qui était avantageux, c'était de précéder le déménagement vers une opération qui les

amènerait au 6^e chirurgical, où est-ce qu'il pourrait essayer les nouveaux équipements et ces choses. (Entrevue 72, Dirigeant du CHU responsable de l'intégration des unités opérationnelles) »

5.2.2 Les écarts identitaires en présence

Dès le début de cette deuxième fusion, le groupe des employés est confronté à de nouvelles clientèles de patients, mais aussi à différents équipements et à une plus grande variété dans les façons de travailler. N'ayant pas reçu de formation obligatoire en soins chirurgicaux, le choc initial vécu par les infirmières provenant de l'ancienne USI/MC est particulièrement tangible. Dans l'ensemble, les infirmières sont affectées par le fait de devoir travailler avec deux types de moniteurs pour soigner les patients cardiaques.

« Of course the day we merged was the day... that all hell broke loose... these kids from CCU had never – and M ICU – have never seen a lot of the big surgical procedures. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« The other thing is that the idea of having two different types of monitors, two different ways of doing cardiac outputs was not conducive to team building at all, at all. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

Une fois la fusion enclenchée, les employés des spécialisations médicale/cardiaque et chirurgicale éprouvent d'importantes difficultés de cohabitation.

« I mean – there were nurses that left crying at the end of the day – it was very very emotional. (Entrevue 62, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

Pour interagir efficacement avec leurs nouveaux collaborateurs, les membres des sous-groupes médical/cardiaque et chirurgical doivent modifier leur manière de travailler. Dans certains cas, des individus perçoivent ce changement comme une menace à leur identité groupale respective. Par exemple, les infirmières de l'USI/C sont habituées de passer à l'action plus rapidement, et sont donc moins habituées que leurs collègues de l'USI/MC à se questionner afin d'évaluer leur capacité à prendre en charge une situation. Par exemple, les infirmières chirurgicales ressentent un inconfort devant l'éventualité de ralentir la cadence de leur travail lorsqu'elles sont au chevet de la clientèle médicale.

« We went to the surgical side – they are so used to deal with the surgeons who are demanding ‘so you got to do this this this.... you have got to do it now.’ Whatever is asked gets done. (...) So we would have to learn to say – Are you okay? And the coverage? Can you handle this? Because they would just do it. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l’USI/MC) »

De plus, les employés dits chirurgicaux appréhendent le fait d’avoir à se familiariser tant avec la clientèle médicale qu’avec les moniteurs employés par le sous-groupe spécialisé en soins cardiaques. N’ayant eu que très peu de formation, les employés des spécialisations médicale/cardiaque se sentent menacés par la complexité des techniques de soins chirurgicaux et par le rythme accéléré de cette spécialisation.

Les infirmières médicales/cardiaques sont habituées de s’occuper des malades chroniques provenant principalement d’une population vieillissante, en plus de certains patients cardiaques. Pour leur part, leurs nouvelles collègues de la spécialisation chirurgicale s’afféraient, jusque-là, à traiter des patients post-opératoires, des infections chirurgicales, des arrêts organiques multiples, et à prodiguer toutes sortes de soins nécessitant un rythme de travail plus rapide.

« But there was some conflict... they think... until we each passed on the different levels of knowledge, basically, [...] there are different ways of taking care of patients post-cardiac patients or post-surgical patients. They are not relatively sick... unless they had become sick, while medical patients (inaudible) here are very sick patients. Work was different. (Entrevue 63, Infirmière, anciennement de l’USI/C) »

Sur le plan de la collaboration interprofessionnelle, les infirmières de la spécialisation médicale/cardiaque sont beaucoup plus appelées à participer avec les intensivistes médicaux au processus analytique précédant l’administration de soins. Cette particularité est particulièrement déstabilisante pour les infirmières de la spécialisation chirurgicale.

« But the surgeons would come around do their rounds completely separate from the nurses. The nurses would have done their thing and then, the doctors would meet but not really talk with nurses. In the medical side, we always took everybody’s consultation with, hopefully, grace «Thank you for your opinion – we will consider it but it doesn’t mean that we will affect it! (Entrevue 68, Directeur de l’USI, anciennement de l’USI/MC) »

« We would stand at the bed side – and the nurse would say «What do you want to do?» - He would say... «I am not sure!». And their reaction will be «We need somebody who knows what to do!». They like certainty. Or I would say «I am thinking about giving Norepinephrine». And the nurse would be standing «Do you want me to inject?», «No I am thinking». (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

Cependant, les interactions relativement restreintes entre ces deux groupes, additionnées à une segmentation volontaire des clientèles médicale/cardiaque et chirurgicale dans l'unité, permettent à ces deux sous-groupes de protéger partiellement leur ancienne manière de travailler.

« At that time, we still functioned in two separate teams – the previous surgical and the medical team – (inaudible) separate although it is becoming a bit artificial because half the activity of the medical team is managing cardiac surgery. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

De leur côté, les intensivistes des deux spécialisations cohabitent de façon conviviale sans augmenter substantiellement le nombre de leurs rapports professionnels.

5.2.3 Le contexte physique

Tel que démontré par la figure 5,2, la fusion entre les spécialisations médicale/cardiaque et chirurgicale constitue un rapprochement physique important des deux sous-groupes d'employés et d'intensivistes qui fonctionnaient auparavant sur deux sites différents.

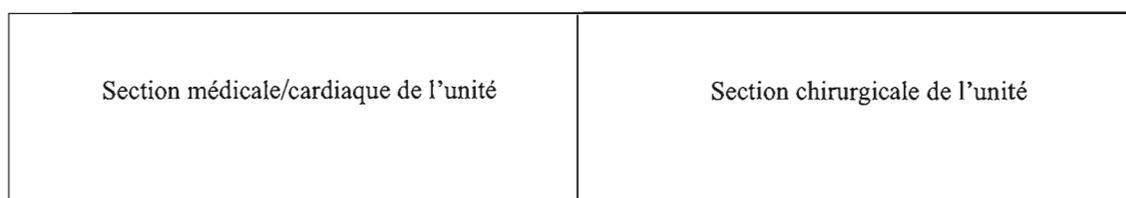


Figure 5.2

L'aménagement physique de l'USI généraux du site B pendant la deuxième phase

Aux dires d'un intensiviste médical, les conditions de travail sont ainsi grandement améliorées pour les intensivistes de sa spécialisation puisqu'ils n'ont dorénavant qu'à descendre un étage pour accéder à la salle de réveil CVT et avoir soin des patients cardiaques.

« Plus for us, with the hearts being one floor below, we will go up and down the stairs. It is easier than going across the buildings. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

5.2.4 Les interventions de gestion et le leadership

Quelque temps avant le début de cette deuxième phase de la micro-fusion de l'USI généraux, il est convenu que tous les employés provenant des unités médicale/cardiaque et chirurgicale, vont dorénavant relever, sur le plan administratif, de la même infirmière gestionnaire, anciennement responsable de l'USI/C.

L'accueil et les événements sociaux

Une fois la fusion enclenchée, divers événements sociaux ont lieu dans la nouvelle unité regroupant les sous-groupes médical/cardiaque et chirurgical, afin de faciliter leur adaptation.

« We had a reception for every one from CCU – those coming those not coming – come over and have coffee – and have cheese cakes and things like that. We tried – we really did. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

L'encadrement et le support offert par les gestionnaires de l'unité aux nouveaux arrivants en provenance de l'USI/MC, n'a pas que des effets positifs sur les dynamiques internes de la grande équipe. À ce titre, deux infirmières gestionnaires se rappellent à quel point l'accueil des nouveaux employés suscite de la jalousie chez les autres membres, souvent plus anciens:

« Il y a en beaucoup qui trouvaient que l'infirmière gestionnaire favorisait les infirmières du 5e Cardiaque – qu'elle portait trop attention à nous autres – qu'elle avait délaissé son personnel. (...) (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

« The main difficulty that we encountered is that we had spent – by we – I mean my assistant – I had one assistant head nurse, myself, and the nurse clinician teacher – we spent so much time trying to make sure that the nurses who were coming on board would feel comfortable that my old team, who I thought I could rely on and not have to give much support to acted out, very much so. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

La nomination d'un nouveau Directeur de l'USI/C

En parallèle, un nouveau chirurgien est nommé à la tête de l'USI/C; contrairement à la tradition de l'unité, celui-ci s'entend très bien avec son homologue de l'unité médicale. Même si les spécialisations médicale et chirurgicale demeurent chapeautées par leur propre directeur, cette nomination représente un élément précurseur du rapprochement qui s'amorcera, en 1993, entre les intensivistes médicaux et chirurgicaux.

Les autres comités de standardisation

Des comités de standardisation sont mis à contribution afin de planifier la suite du processus de fusion dans son ensemble, mais aussi pour harmoniser les pratiques pendant la deuxième phase de la micro-fusion, tant chez les employés que chez les médecins.

Le même comité qui a travaillé à la première phase de la fusion est remis sur pied avec, pour mandat, de planifier les changements organisationnels de la troisième phase à venir comportant—comme élément nouveau, l'arrivée forcée de certains membres de la salle de réveil CVT. Ce comité est composé, notamment, de l'infirmière gestionnaire, des directeurs médicaux et chirurgicaux et de certains dirigeants du CHU et de certains membres de la salle de réveil CVT, dont la participation a été forcée. Les membres du comité sont alors témoins de tensions entre les intensivistes.

« We had committees... I had named different people in charge of a committee – some who were coming from the recovery room and some who weren't – from the old unit, we had committees like where ... how are we going to stock things... what type of lounge (ph) did we want for the nurses... how will we go... Some thing as silly as– how are we going to set up our charts? (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« There were conflicts all the time – all the time. You see when we were first doing the plans for this, now not conflicts between nursing so much, there was conflicts between the physicians (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

Appréhendant des conflits susceptibles d'éclater entre les médecins et les chirurgiens, principalement en raison de leurs divergences identitaires, la haute direction du CHU décide

de reconduire l'infirmière gestionnaire à la tête de ce comité de standardisation multidisciplinaire, principalement en raison de sa position de neutralité et de son influence. En cas de conflit, c'est elle qui doit servir d'arbitre.

« La personne qui a été beaucoup, beaucoup quant à moi dans la position de leadership là-dedans c'est le nursing. C'est vraiment celle qui a beaucoup fait pour ça, c'est l'infirmière gestionnaire l'élément clé de cette fusion. (Entrevue 72, Dirigeant du CHU responsable de l'intégration d'unités opérationnelles) »

« I was the only nurse who chaired the committee because they felt the only person who could chair and not have the physician group split and outbreak. So I was given the task of chairing this. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

La séparation physique des clientèles (chirurgicale et médicale)

La préservation des distinctions entre les sous-groupes médical/cardiaque et chirurgical perdure au cours de la deuxième phase de la fusion de l'USI généraux. Par contre, pendant la préparation de la phase subséquente, les gestionnaires de l'unité décident qu'il sera préférable de segmenter volontairement les clientèles pendant la troisième phase de la fusion. Ces derniers sont également encouragés dans leur stratégie de cloisonnement des spécialisations par la forme en équerre de l'aménagement physique de l'unité. La figure 5,3 fournit de l'information sur ces sujets.

La formation des employés

Afin de préparer la phase suivante de la fusion, l'infirmière gestionnaire décide de nouveau de former son groupe d'employés. Son objectif : faire graduellement émerger la polyvalence entre les sous-groupes médicaux/cardiaques, chirurgicaux et CVT pour pouvoir traiter avec flexibilité dans un proche futur toutes les clientèles de patients retrouvés au sein de l'USI.

« We had exchanges where nurses from the main recovery room, who were part of group who was going to come to ICU came up for a week – of training in S-ICU and M-ICU and from M-ICU, I would send nurses downstairs to the recovery room to learn the cardiac patients. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

5.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Les relations professionnelles dans la nouvelle unité regroupant l'équipe des soins intensifs médicaux/cardiaques et celle des soins chirurgicaux sont tendues. Ce plus faible niveau d'harmonie semble provenir d'écarts identitaires, particulièrement des différences au chapitre des manières de travailler.

Cependant, certains pensent qu'un élément contribue à consolider les relations entre les employés lors de cette première phase d'intégration: le décès d'une des assistantes infirmières gestionnaires.

« What happened in March, was the assistant head nurse died – one of my assistant head nurses – and that really forged the team together because everyone was helping everyone else to cope with this tragedy. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

Ajoutons que les employés de la spécialisation médicale/cardiaque établissent des contacts avec de nouveaux professionnels, tels des diététiciens et des travailleurs sociaux.

« (...) when I was MICU-CCU I didn't see the presence of the dieticians or social services as I do now. Then, it was more the physicians and the pharmacists in coronary care (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/M) »

L'intégration réalisée en 1991 à 1993 n'est toutefois que partielle, puisqu'elle a touché presque uniquement les employés, préservant de ce fait la séparation historique entre la pratique des médecins et celle des chirurgiens.

« And the M-ICU was grafted on to the S-ICU and we are both – we still – we share one facility with one nursing director but clearly at the medical level, we were still quite separate, very separate. (...) (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

5.2.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications

L'infirmière gestionnaire prend la décision de laisser choisir les employés de l'USI/MC de rejoindre les rangs de l'USI/C; cette stratégie laisse place à l'arrivée de personnes relativement plus en faveur de la fusion. De plus, la mise sur pied d'événements sociaux et la segmentation volontaire des clientèles dans l'unité ont favorisé l'adaptation des gens, en permettant le développement de liens sociaux et l'émergence graduelle de la polyvalence professionnelle.

Plusieurs employés transférés aux côtés de l'USI/C demeurent grandement insatisfaits de la fusion malgré les interventions de gestion et décident de quitter l'hôpital. Ayant une forte identité reposant notamment sur une expertise pointue en soins cardiaques, et ne semblant pas retrouver d'appui adéquat dans la nouvelle unité, certains employés, entre autres de la spécialisation cardiaque, quittent l'USI généraux.

« The physician group wanted to come. The nurses who came wanted to come. And those that didn't left very quickly – within six months, two of them left and they went elsewhere (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

Pour leur part, les employés de la spécialisation médicale, quoique plus nombreux que leurs collègues de la spécialisation cardiaque, perçoivent une menace faiblement élevée liée au fait de devoir maîtriser les techniques de soins chirurgicaux. On peut expliquer ces réactions par la présence d'une identité d'origine moins forte chez le sous-groupe d'employés de l'USI/MC. Ce sous-groupe d'employés semble également trouver en la personne du Directeur médical l'appui nécessaire pour demeurer dans la nouvelle USI généraux. Enfin, la menace identitaire est un peu plus sentie chez les employés de la spécialisation chirurgicale (perceptions de menace identitaire moyennement élevée); ceux-ci possèdent une identité d'origine forte. L'accueil, destiné plus spécifiquement aux nouveaux employés médicaux/cardiaques arrivés au pavillon chirurgical, a pu provoquer des perceptions de menace identitaire chez les anciens membres de l'USI/C. Par contre, leur plus grande polyvalence professionnelle, à laquelle s'ajoute le solide appui accordé par

l'infirmière gestionnaire, semblent les inciter à adhérer au projet de fusion et, donc, à demeurer dans l'unité fusionnée.

5.3 La phase 3 : l'arrivée forcée de membres de la salle de réveil CVT et le déménagement, (de 1993 à 1997)

5.3.1 Le contexte et l'historique

En 1993, les dirigeants du CHU décident de déménager les membres de l'USI/MC dans le pavillon C, en des lieux plus modernes et plus spacieux permettant d'y intégrer de nouvelles personnes, forcées de quitter la salle de réveil CVT. Le transfert du personnel au nouveau pavillon C se fait progressivement, par précaution.

« C'est qu'on a fait, par étapes – ils ont transféré l'équipe du pavillon chirurgical pour commencer. Et après ça, ils nous ont laissé le temps de nous installer un peu pour partir le département.. Après ça, l'autre partie de l'équipe qui était des gens de la salle de réveil, ont été transférés à ce moment-là. (Entrevue 61, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

« *It was higher administration who made the decision that the recovery room would close at night and we would move the CVT-ICU in with the ICU and would just be one adult multi-faceted ICU. It had to do with budget, it had to do with nurses... it had to do with... La pénurie d'infirmières qui prévalait au M et au S-ICU ainsi que le souhait de réaliser certaines économies. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »*

5.3.2 Les écarts identitaires en présence

Ayant été forcées de quitter la salle de réveil CVT, les quelques infirmières moins expérimentées nouvellement arrivées dans l'USI généraux font preuve de résistance au cours de cette troisième phase de la fusion. La majorité d'entre elles se voit comme une élite professionnelle supérieure aux autres infirmières en présence dans l'unité.

« *[...] the nurses from post-cardiac surgery wanted to stay more with the post-cardiac surgery. They really did not want to integrate [...] but if we started working in there, they couldn't be the elite anymore or they were losing their elite styles – (...) And their knowledge was just... post- cardiac surgery, and ours is so broad... it took them a while to stop thinking that they are an elite*

and they shouldn't be part of the total. (Entrevue 63, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

« The CVT thought they worked better than the other ones who.. you know – [...] and you know – what they will think – My way is better or that way is better or we do it that way. (Entrevue 64, Préposé aux bénéficiaires, ancienne unité d'appartenance inconnue) »

Il est à noter qu'une majorité des employés de l'USI généraux de l'hôpital s'appuie sur un levier commun de changement, soit le désir d'être en contact avec les patients et de les aider, peu importe leur spécialisation originale.

« (...) But yes I still feel I am a nurse because I like nursing. I like the patient contact. I like ... it is nice to see patients get better – there are patients that are extremely sick and.. you worked so hard and then you get to see them in the unit that is great! (Entrevue 63, Infirmière, anciennement de l'USI/C)»

« Mon Dieu je pense que, je ne sais pas si j'ai ça dans le sang – j'ai toujours dit ça – depuis que j'étais toute petite. Tu me demanderais de faire d'autre chose – je le sais pas ce que je ferais. (...) J'ai un poste administratif en ce moment mais j'ai encore besoin ... du contact avec le patient. (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

Du côté des employés, il a fallu une période estimée à deux années, après la fusion de 1993, pour permettre aux écarts identitaires de s'estomper et, ainsi, de laisser place à l'émergence d'une nouvelle identité propre à l'unité de soins intensifs au nouveau pavillon du site B.

« So since that time now, you can't tell who came from where. Or you know, within two years of that merger, say by '95... you couldn't tell who was the old ICU nurses who was the old CV-ICU – it was a merger that worked pretty well. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

C'est ensuite au tour des intensivistes, médicaux et chirurgicaux, de prendre conscience de l'écart entre leurs manières respectives de travailler. Par exemple, alors que les intensivistes médicaux font des rondes systématiques visant à amasser des renseignements détaillés sur l'état de leurs patients, les intensivistes chirurgicaux font des rondes sporadiques et davantage en surface, en ne consultant que très peu les infirmières au chevet du patient. Les chirurgiens éprouvent donc de la difficulté à s'adapter à leurs nouvelles rondes dans la

section de l'unité regroupant les populations de patients médicaux et CVT, en raison à la fois de la complexité des cas rencontrés et de la façon d'effectuer des rondes.

« The surgeons have a very different practise profile. They would of sort of round in the morning – meaning they would round but... in a very... .. overview kind of... way... «This patient has this – what are you doing? Okay, let's go on to the next patient!». So maybe their rounds would take – you know – not very long, not very detailed. That was that kind of laisser- faire which medical guys couldn't buy. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

« Surgeons, didn't feel comfortable working on the medical side. They just didn't feel they can handle the patients. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

Ces mêmes pratiques professionnelles des intensivistes chirurgicaux, représentant des composantes importantes de leur identité, font en sorte que les chirurgiens cardiaques se sentent inconfortables de laisser les intensivistes chirurgicaux avoir soin de leur clientèle.

« And the other problem we ran in – was the cardiac surgery... did not want a general surgeon managing their patients. They didn't think they were (inaudible). That created a very big problem for us because... the general surgical said «We are not good enough?». (...) that was very touchy for a while. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

5.3.3 Le contexte physique

L'aménagement physique de la nouvelle unité oblige les gestionnaires à répartir les patients en fonction des regroupements de clientèles et de la proximité des lits dans les salles d'opération. Dans les faits, on place principalement les patients chirurgicaux dans la section en face des ascenseurs (autour du poste 1) et les patients médicaux dans la section de droite, séparée par les portes de verre. Par la suite, quelques chambres situées entre les sections à prédominance médicale et chirurgicale sont adaptées pour les patients de chirurgie cardiaque. C'est ce que montre la figure 5.3.

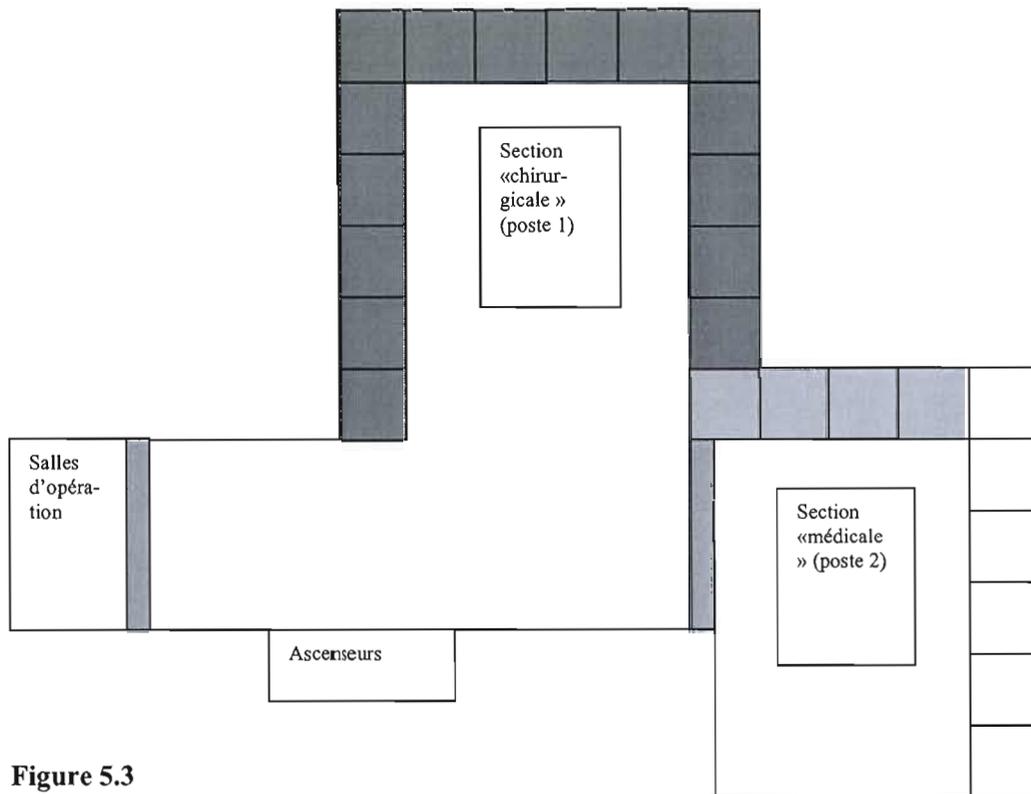


Figure 5.3

L'aménagement physique de l'USI généraux du site B pendant la troisième phase

La menace pesant sur l'identité des sous-groupes spécialisés se trouve en quelque sorte apaisée par cette séparation physique des patients; le nouvel environnement favorise aussi l'émergence graduelle de la polyvalence professionnelle des employés.

5.3.4 Les interventions de gestion et le leadership

La visite de la nouvelle unité

D'entrée de jeu, la direction de l'USI généraux prend des mesures pour promouvoir leur vision. Entre autres, on organise des journées d'orientation dans la nouvelle unité, dont le but premier est de fournir aux employés et aux membres du corps médical un aperçu de leur nouvel environnement de travail. Cette stratégie est appréciée par plusieurs employés, dont une infirmière qui raconte avoir ainsi réduit son niveau d'anxiété avant le déménagement.

« (...) here in the unit, this new area, we had a whole orientation day – each and every employee, unit co-ordinators... préposées, inhalo, nurses that they could come in and see how this was going to be set up. We had tours... We tried to make this as open and as united and broad group that we could. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C)»

« What also was helpful for me is the nurses were sent to I guess it will be equivalent to an orientation day. So, even though I worked in the hospital for ten years or however years it was at that time when we merged, it was like an orientation day. That had a dramatic impact on me to relieve anxiety. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC) »

Les comités de standardisation

Un des comités de standardisation est mandaté de résoudre les différends entre les infirmières de l'unité, peu de temps après le déménagement de 1993. Par ailleurs, l'utilité de ce même comité semble avoir été diminuée par sa difficulté à générer des décisions. En bout de ligne, c'est l'infirmière gestionnaire qui veillait sur la bonne entente et le bon fonctionnement des employés de l'unité.

« (Q: Did you find those committees useful?) In the end, no. Because I think there was not enough commitment...different people showed up, strategies were never placed. At the end of these meetings no decision was made. (Entrevue 62, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

« But it is... the nurse manager has the job on her hands in terms of trying to get people who are not polite with one another to be, at least be able to work together. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Toujours dans l'optique d'harmoniser les pratiques dans l'unité, les dirigeants, tant du côté des employés que du corps médical, tentent d'introduire des pratiques efficaces ayant fait leurs preuves. Qu'il s'agisse d'une manière spécifique d'effectuer les rondes ou de prendre en compte la masse critique d'infirmières familières avec une nouvelle technologie médicale avant d'implanter cette dernière, ces façons de faire ont pour but d'améliorer l'efficacité du travail dans l'unité.

« And we are trying to institute new ways. For instance, we have patients now in the unit who were there let's say more than 15 days. I ask now the attendings who were on all days of that week, to present that patient at our service rounds – because we are all there and we say «We did that already – so don't bother doing that!». (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC)»

« And I was always... whenever there is new technology that comes in, we always assessed that there is a core group of nurses who can take care of those patients. Like we didn't start CVVH in this unit until we have that group of nurses. Then we decided that the critical mass was six and for intra-aortic balloon pumps, it is 16. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

On note aussi l'utilisation, au pied du lit des patients, de fiches descriptives regroupant les différents renseignements relatifs à leur état de santé. D'autres fiches descriptives permettent d'identifier les instruments et les équipements utilisés dans l'unité. L'objectif sous-jacent à ces nouvelles pratiques est d'instaurer dans l'unité des façons de travailler efficaces pour tous, peu importe la variété des manières de travailler avant la fusion.

La séparation physique des clientèles (chirurgicale, médicale et cardiaque)

Au début de la troisième phase de la fusion, on suggère de revenir sur la décision prise lors de la phase précédente et de partager les lits de la nouvelle unité entre toutes les spécialités des soins intensifs. Toutefois, les chirurgiens s'opposent vigoureusement à ce mode d'organisation. Finalement, tel qu'illustré à la figure 5.3, la décision est prise de regrouper physiquement les diverses clientèles dans la nouvelle unité.

« He (chef S-ICU) was afraid of losing control of the beds to another service. I think it is very important for surgery if they don't have ICU beds, they can't operate. So that was an important – he wanted to protect that. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

« [...] they created wing for medical unit on one side – the surgical on the other and cardiac surgery in between. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

Le choix de la clientèle

De plus, on cherche à favoriser l'adaptation des employés de la nouvelle unité en leur permettant de choisir de travailler avec la même clientèle qu'avant la fusion. Cependant, cette stratégie ne se déroule pas toujours rondement, en particulier pour les employés de la spécialisation CVT.

« (...) les gens se trouvaient agressifs du fait qu'ils se faisaient voler leur place parce que selon l'heure à laquelle tu rentrais travailler, t'avais une assignation. S'il n'y avait plus de patients disponibles, ils se ramassaient avec un patient du côté médecine-chirurgie qu'ils n'étaient pas intéressés à avoir. (Entrevue 61, infirmière, anciennement de l'USI/M) »

La formation des employés

La stratégie de formation s'intensifie pendant la troisième phase de la fusion, soit après avoir fait face à un manque d'infirmières spécialisées en soins CVT, en partie en raison de leur fort taux d'absentéisme pendant la micro-fusion.

« The first year when we moved here, in November and that December, we ended up with sick calls (ph) and not having enough nurses who were in CVT surgery. And we made a commitment that we were not going to live with that. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

D'ailleurs, malgré une expérience difficile dans la spécialisation cardiaque en 1991, la formation pratique occupe une place centrale parmi les interventions de gestion faites par la direction de l'USI généraux durant les mois suivant le déménagement au nouveau pavillon C. Ces stratégies d'apprentissage visaient à favoriser l'émergence de la polyvalence professionnelle et, donc, de la flexibilité organisationnelle souhaitée.

« (...) avec la salle de réveil, on a préparé des cours... On est allés à la salle de réveil voir les patients.. eux sont venus travailler avec nous pour découvrir notre clientèle ... les chirurgiens ont donné des cours aussi. Ils ont donné des lectures. (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

« (...) Au niveau du personnel, je me souviens pas des noms comme tels mais il y avait différents groupes qui avaient été formés au niveau du personnel au chevet. Selon leurs spécialités, ils pouvaient donner des petits in-service – ils étaient bonnes (...). (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

La formation au sein de l'unité, surtout lorsqu'elle est collée à la nouvelle réalité des infirmières, permet également de rendre le travail du personnel plus stimulant, de diminuer l'incertitude et de consolider les liens de l'équipe.

« Then, the nurses appreciate the opportunity to leave the bed side and get their skills updated and supported, that sort of thing. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC) »

« (...) so there was a resource for me of "I never had this surgical situation, what do I do?". So, the resources were there. That was really supportive for me. I think for me, to summarize, if the support is there then it is less dramatic. (Entrevue 60, Infirmière formatrice ICU, anciennement de l'USI/MC) »

Le corps médical, en particulier les chirurgiens cardiaques, s'opposent momentanément à cette stratégie de formation visant à accroître la polyvalence chez les infirmières, de peur qu'elle nivelle vers le bas leur niveau d'expertise professionnelle. On craint plus précisément que le nouveau modèle de soins infirmiers reposant sur le principe de polyvalence professionnelle ne soit plus adéquat, entre autres pour accompagner les résidents dans leur travail. C'est finalement l'infirmière gestionnaire qui a le dernier mot et la formation a lieu.

L'ouverture et les événements sociaux

Un dîner de bienvenue et une parade de mode sont d'autres activités mises sur pied peu de temps après la fusion. Ces dernières sont fortement appréciées.

« Les comités – ont organisés l'orientation, le fashion show, c'était toute... Et on a appris à connaître ces gens-là aussi avant de travailler avec. On a eu beaucoup de plaisir... (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

« Il y a eu des activités d'organisées au niveau social – pour qu'on puisse mieux se connaître. Et y a des nouvelles associations... ceux qui ont bien voulu le faire ont connu d'autre monde qui n'était pas associé seulement à leur petit groupe fermé qu'ils étaient avant. (...) Au niveau social, y a des amitiés qui se sont créées et qui n'étaient pas là avant. (Entrevue 61, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

Les rencontres conjointes

Presque en parallèle, des rencontres regroupant l'ensemble des employés de la nouvelle équipe agrandie sont organisées. Les employés profitent de ce forum pour partager leurs opinions et apprendre à se connaître.

« (...) we had team meetings where we would meet together and talk about the differences between units (...) (Entrevue 63, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

« Yes – we have like a staff meeting... We usually have staff meetings and we are allowed to voice our opinions and dislikes and what not. And so we bring up the situations and ... some are taken care, some it is beyond the staff. (Entrevue 64, Préposé aux bénéficiaires, provenance inconnue) »

Le livre des communications

Lorsque les employés ne peuvent assister à une rencontre d'information, ils peuvent prendre connaissance de son contenu par la lecture du livre des communications qui existe spécifiquement à cet effet.

« (...) We have a book with information regarding meetings and different things. Communication book if we are not there at the meetings. (Entrevue 64, préposé aux bénéficiaires, provenance inconnue) »

Malgré l'ensemble de ces stratégies de communication, cette dernière demeurerait toujours déficiente au sein de l'USI qui, rappelons-le, est de taille très importante.

«[...] la communication commence à descendre et ça fait.. une chaîne téléphonique – le message finit par ne plus être à la fin de la ligne ce qu'il était au tout début de la ligne. (Entrevue 61, Infirmière, anciennement de l'USI/M) »

La communication par téléphone

Pour faciliter les communications, les gestionnaires de l'unité décident de se doter, entre autres d'un système de communication téléphonique à la fin pointe de la technologie.

« We brought in a call system that they had at the Denver Airport – I wanted my nurses to be able to call between rooms, to call on the over head (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

La modification du nom des sections de l'unité

Quelques semaines après le déménagement au pavillon C, le corps médical décide de renommer les différentes sections de l'unité. La section « argent » regroupe dorénavant la médecine et les soins cardiaques et les soins CVT, alors que la section « rouge » accueille les autres cas de chirurgie générale. Ces appellations semblent être instaurées principalement pour briser les frontières au sein du groupe jusque-là appelé médical, soit entre les membres de la spécialisation médicale/cardiaque et ceux de la spécialisation CVT.

« So I put in place the red and silver teams... and there were basically some divisions of labor... old medical type like pneumonia, overdoses and post operative parts – on the silver side, transplantation, liver resections, aneurysm, etc. on the red side. So each team of attending staff, at least, had expertise. I think the staff was quite happy... under that arrangement. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/C)»

« We stopped using the words “medical” and “surgical” and called them red and silver. Because they wanted it – the medical side – how can we call it the medical –when its cardiac surgery and medicine. We wanted to break down those words. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC)»

La modification du nom de l'unité

Peu de temps après l'implantation des nouvelles appellations « rouge » et « argent », toujours dans le but de favoriser l'émergence de la polyvalence professionnelle, c'est l'appellation même de l'USI du site B qui change pour refléter sa nouvelle nature pluridisciplinaire. On se met donc à parler de l'USI systémique. L'équipe des soins infirmiers avait été la première à démontrer l'émergence d'une forme de polyvalence professionnelle, mais elle est ensuite suivie par celle du corps médical.

« (...) we choose to call «The General Systems ICU» as opposed to M-ICU and S-ICU – it had become a truly integrated intellectually – nursing wise... it had been since that initial movement in 1991... but medically it became so... in 1997... I remember that we cross-rounded for that. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

« And when we integrated, the nurse manager wanted to have all nurses doing everything rather than just having some nurses doing specialities. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

On présente ce principe de polyvalence professionnelle à l'équipe en renforçant l'importance d'offrir les meilleurs soins possibles à la clientèle, en tant qu'équipe

multidisciplinaire. Cette même vision transparaît clairement à travers les entretiens. À ce sujet, l'infirmière gestionnaire se fait éloquente :

« We had... and the vision wasn't only nurse – it was the whole multidisciplinary team... pharmacy was included, dietetics... the physicians, certainly – the RT , nursing... even the préposé were very included. (...) And that vision was to gather everyone as a team... And to give the best critical care possible to our patients. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire de l'USI généraux, anciennement de l'USI/C)»

La modification du système de rondes

Dans cette lignée de changements philosophiques et pratiques, le corps médical emboîte le pas de la polyvalence professionnelle et instaure un système par lequel les résidents et intensivistes font des rondes de travail dans les deux spécialisations, soit rouge et argent.

« Eventually, we also had – out of necessity, - and that of making for better education for them, we started to see above crossing-over – which means we had to get permission from the medicine training directors, permission from the surgical training directors, so that the... .. resident in internal medicine could rotate on the Red ICU... and get experience about liver transplantation, aneurysm resection, surgical infections. And our own surgical will get on the other side to learn about post operative arrhythmia management, and even overdose. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/C) »

« So the next stage we began to mix rotations. So people from the medical side – which are used to work in medical will try to avoid that work but it is so still important for your analysis - began to do rotations on the surgical side partly because they didn't have the staff. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

La communication pour minimiser les conflits

Une fois la troisième phase de la fusion bien entamée, quelques approches de gestion sont employées spécifiquement dans le but de favoriser les rapprochements et de résoudre les différends. Par exemple, lors de conflits entre employés, la principale réaction de la part de la direction de l'unité est la minimisation des contacts entre les personnes impliquées. La résolution du conflit peut prendre un certain temps, soit jusqu'à ce que les employés parviennent, seuls, à une réconciliation.

« Si vous avez un problème, on va s'organiser pour que pendant un bout de temps, on vous mette pas ensemble. Mais régler votre problème puis. C'est un milieu de travail professionnel... (Entrevue 61, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

Même au sein du corps médical, la communication franche demeure la manière de prédilection retenue pour gérer les conflits.

« *Basically, we all said «Look, this is good for everybody. If you guys have a disagreement, well (solve it) among yourselves». And I think.. I think just frank discussion is the best way to make this work. (Entrevue 70, Intensiviste, ancien directeur de l'USI/C)»*

Aussi, la direction semble privilégier l'ignorance intentionnelle des comportements déviants au sein de l'unité, afin de ne pas les renforcer et de ne pas nuire à la cohésion du reste du groupe. On rapporte comme exemple la stratégie utilisée pour gérer les résistances de certaines infirmières de l'unité de soins CVT.

« (...) *and the other two had trouble functioning in that environment because we are not going to roll the red carpet for them. It wasn't, "this is your party and we are going to celebrate for you", it is "I'm sorry we're all the same, we are all professionals, we are one team and we are going to work as a team." We refused to put a spot light on them. I think that they needed the spot light and left the area to find a place where they can be in the spot light. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC)»*

Le style de leadership

Tout au long de cette fusion, le leadership retrouvé dans l'USI généraux fait abstraction de l'aspect collectif, au sens de Denis et al. (1996), car le Directeur de l'USI/C est, pendant de longs moments, moins impliqué dans le processus décisionnel. Cependant, une alliance forte voit le jour entre le Directeur de l'USI/MC, l'infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C, et le Directeur de la chirurgie du CHU. Par la mise en œuvre de leur vision, ces acteurs arrivent à prendre les décisions qui permettent de concrétiser le projet de fusion, même s'ils ne vont pas chercher l'adhésion de tous envers le projet de fusion, notamment celle des intensivistes chirurgicaux.

« The person that had to be was the director of surgery. He had to carry the flag into this division, his department. I think he was very proactive in... in helping... helping make it happen, you know. (...) So he was I think quite instrumental... in helping push this along and breaking down some of the barriers that otherwise existed. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Le leadership pendant cette troisième phase de la fusion est également perçu comme relativement participatif par les membres de l'USI. En effet, beaucoup de membres du sous-groupe des employés racontent avoir exprimé leur opinion au cours du processus décisionnel.

« We usually have staff meetings and we are allowed to voice our opinions and dislikes and what not. And so we bring up the situations and ... some are taken care, some it is beyond the staff – because of government – restrictions cut backs and so forth. (Entrevue 64, Préposé aux bénéficiaires, provenance inconnue) »

« Comme management, il n'y a jamais de décisions qui sont prises sans... que l'infirmière gestionnaire nous en parle comme groupe et si y a des gros changements à faire, le personnel va être impliqué. (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

5.3.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Malgré le fait qu'une part importante des échanges sociaux a toujours lieu-avec d'anciens collègues de sa spécialisation respective, grâce à la possibilité de choisir sa clientèle et donc sa section dans l'USI, les employés ressentent de l'isolement dans la nouvelle unité. Cette diminution de la convivialité des rapports interpersonnels affecte tout particulièrement le groupe d'employés arrivés de la salle de réveil CVT.

« Even though we worked hard, we were under a lot of stress we had unity, nurses worked together as a team, there was... They also went out. It's harder in a bigger unit I think (Entrevue 66, Coordonnatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

« I think they were leaving their familiar surroundings and their teams that they were comfortable with and joining a new team that was not known to them, with a new manager which was not known to them and a different

management team. So, they are leaving their familiarity. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC) »

S'ajoutent aux tensions entre les infirmières CVT et le reste du groupe d'infirmières celles qui se produisent entre les chirurgiens cardiaques et les infirmières de l'unité moins familières avec les soins coronariens. Le manque relatif de flexibilité de la part de ces chirurgiens est souligné par cette infirmière :

« Puis au début je te dirais... que ça a pas été facile parce que eux autres, ils avaient une autre façon de fonctionner et fallait que ça soit comme ça – et ils écrivaient ça comme ça et fallait pas que ça change! (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

Le départ rapide de deux personnes, en provenance de la salle de réveil CVT, qui étaient perçues comme difficiles, permet de retrouver une cohésion sociale lors de cette troisième phase vécue par l'équipe des soins intensifs.

« (...) these were two gentlemen that came from CVT and had this attitude that they were so great. But, the other people from CVT that were there were integrating the group as they were a part of the family, as if they were already working here. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC)»

La relation entre les médecins et les chirurgiens se resserre à partir de 1993, soit après le déménagement au nouveau pavillon. Malgré que les échanges professionnels entre médecins et chirurgiens demeurent sporadiques, leur accumulation permet aux deux groupes d'acquérir une aisance relative à soigner toutes les populations de l'unité. Graduellement les médecins et les chirurgiens en viennent à se faire confiance. Or, de façon paradoxale, l'émergence de ce lien de confiance améliore l'efficacité au sein du corps médical tout en diminuant le nombre de fois où les médecins et les chirurgiens ont besoin de se parler en tête-à-tête de leurs patients.

« So I have at least a basic knowledge and will not be refusing to see an overdose. That is a strength of the new unit (Entrevue 70, Intensiviste, ancien directeur de l'USI/C) »

« We really need the interaction – it is not there anymore. It is only on the end of the telephone. And it suffers from that. It is not all surgeons – some of the surgeons still come. Some of the old time surgeons still come. But the newer guys who grew up with the system, have adopted in some ways well... you know... «They are there – they are probably taking care of them pretty well». « They'll come and write notes but it is pro forma (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Par contre, les rapprochements survenus peu après la fusion de 1993 n'éliminent pas complètement les frictions historiques entre les employés et le corps médical.

« But I have seen some doctors might think that they always have that sort of... difference of level. (Entrevue 64, Préposé aux bénéficiaires, provenance inconnue) »

5.3.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications

Pour faciliter l'adaptation des employés, les gestionnaires de l'USI généraux du site B ont recours à la formation, à un nombre significatifs d'événements sociaux, et à de nouvelles appellations servant à différencier les équipes responsables des populations dites médicale et chirurgicale. Ces stratégies favorisent spécifiquement l'adaptation des individus à un niveau social et professionnel. Elles permettent aussi de préserver une certaine distinction accommodante entre les spécialisations de l'unité, laquelle distinction favorise l'émergence graduelle de la polyvalence professionnelle et, par conséquent, l'adaptation de tous.

Les gestionnaires de l'unité mettent aussi sur pied des stratégies grâce auxquelles les employés peuvent s'engager activement dans le projet de fusion. Selon l'infirmière gestionnaire, l'engagement des individus serait un important facteur de succès.

(...) we learnt from 1991 – you have to include people – they have to feel like they are part of it. They have to take ownership or it won't work. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

L'absence d'un leadership collectif dans l'USI généraux constitue un facteur d'importance qui tend à garder à l'écart les intensivistes chirurgicaux pendant l'implantation des changements de la micro-fusion.

Environ deux ans après le déménagement au nouveau pavillon, l'équipe d'employés parvient à une certaine homogénéité sociale et professionnelle qui est confirmée par les données du questionnaire rapportées aux pages 45-46 du présent chapitre, si bien que, selon les personnes interviewées, on peut alors difficilement identifier l'origine de ses membres: médicale/cardiaque, chirurgicale, CVT. En revanche, il y a lieu de mentionner le roulement très important chez les employés fortement mécontents de la fusion, principalement les infirmières CVT.

« Within two years of that merger, say by '95... you couldn't tell who was the old ICU nurses who was the old CV-ICU – it was a merger that worked pretty well. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« Within a few months, half of the CVT nurses left, and changed jobs. (Entrevue 62, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

5.4 La phase 4 : la fusion des intensivistes (de 1997 à 2002)

5.4.1 Le contexte et l'historique

Quatre ans après avoir emménagé dans le nouveau pavillon C, le corps médical ne parvient toujours pas à faire adopter le modèle de soins critiques par tous ses membres, contrairement au groupe des employés qui sont de plus en plus polyvalents. Les intensivistes des spécialisations médicale et chirurgicale demeurent, par exemple, chapeautés par leur propre directeur.

5.4.2 Les écarts identitaires en présence

Alors que les employés gagnent en polyvalence professionnelle, les intensivistes médicaux et chirurgicaux assurent le suivi auprès des patients de manières différentes, les chirurgiens ayant traditionnellement un lien plus durable avec leurs patients.

« As a physician, you transfer your patient to the ICU geographically but you continue to be the primary physician – although now you have someone helping you which is the ICU physician. And you work out who is going to take care of

what and etc. So we took an M-ICU which was very closed and an S- ICU which was traditionally open and we merged them. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Cependant, le modèle médical gagne tranquillement du terrain sur la façon de faire des chirurgiens, entre autres au chapitre des rondes. Il est alors très difficile pour les chirurgiens d'accepter que l'USI généraux, traditionnellement rattachée au département de chirurgie, soit de plus en plus influencée par un groupe de médecins. De plus, des problèmes quant à la légitimité du futur dirigeant de l'unité surgissent graduellement.

« (...) certain surgeons, for instance, do not accept the new order. [...] They would have chosen continuity with the American model, which is the S- ICU is run by surgeons – for surgical patients – M- ICU is run by medical docs for medical problems – C-ICU run by heart surgeons, etc. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC)»

5.4.3 Le contexte physique

Malgré les rapprochements professionnels entre les intensivistes médicaux et leurs collègues de spécialisation chirurgicale, l'aménagement physique de l'unité semble toujours contribuer à rassembler une majorité de patients dits médicaux dans une des ailes, et une majorité largement chirurgicale dans l'autre. Cette particularité semble contribuer à maintenir le rythme de l'émergence de la polyvalence professionnelle à un niveau soutenable pour les personnes touchées par la fusion.

5.4.4 Les interventions de gestion et le leadership

La nomination d'un Directeur médical

La principale particularité de la quatrième phase de cette fusion est la nomination d'un directeur unique à la tête de toutes les activités médicales de l'USI. Pour ce faire, on choisit le directeur provenant de l'ancienne USI/MC. Alors, que certains membres du groupe d'employés et du corps médical se réjouissent de cette nomination, plusieurs chirurgiens s'opposent momentanément à ce changement structurel.

« We wanted the unit really more integrated wise. Doctor X accepted that and he appointed an overall director to the unit. And that was a major step because once you begin that, then we were totally integrated. And after that, there really was much more free movement back and forth... And any new people we hired are now rounding on both sides (...) (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

« Certain surgeons, for instance, do not accept the new order. That is clear, they are not happy with this. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Aux dires d'une personne, le leadership est encore significativement plus discret du côté des intensivistes chirurgicaux.

« (...) they clearly could not attract surgeons (...) So they had people doing other things, who were grounded in the ICU for a period of time to make... to support them financially until their career got going in their specialised fields. But they had no one in there arising who will actually come in and lead the S-ICU. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Le bilan des interventions de gestion

Tel que défini précédemment, les interventions de gestion peuvent être classées selon les leviers qui sous-tendent leur utilisation, tels que les interactions, la médiation, le leadership, les communications ou, encore, la gestion symbolique de la vision ou de l'image.

La phase 1 s'avère moins remplie sur le plan des interventions de gestion, principalement à cause de l'impossibilité de préparer les employés à la fusion à venir par de la formation. L'équipe de gestionnaires provenant de la spécialisation cardiaque aurait fait échouer la tentative de formation. Cependant, il importe de mentionner que c'est au cours de la phase 1 que le choix est donné aux employés de l'USI/MC de joindre les rangs de l'USI/C. Puis, lors de la deuxième phase, la décision de séparer les clientèles favorise l'adaptation des personnes à la micro-fusion. Lors de la phase 3, après avoir jusque-là entretenu la différenciation des clientèles de patients, de nouvelles appellations sont introduites afin de favoriser les rapprochements symboliques des personnes, tout en respectant un rythme favorable à leur adaptation au changement. Finalement, pendant la phase 4, la nomination d'un seul Directeur médical permet aux membres du corps médical d'emboîter le pas de la polyvalence professionnelle.

Le tableau 5.3 présente les principales interventions de gestion mises en œuvre pendant la micro-fusion de l'USI du site B, et fait ressortir l'utilisation des principaux leviers de gestion mentionnés plus haut: interaction, médiation, leadership, communication, vision et image.

Tableau 5.3 L'utilisation des leviers de gestion pendant la micro-fusion de l'USI du site B

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
1. La nomination de l'infirmière gestionnaire (phase 1)		✓		✓	✓
2. Le comité de standardisation (phase 1)	✓	✓	✓	✓	
3. La formation des employés (phase 1)	✓	✓	✓		✓
4. Les négociations syndicales (phase 1)		✓		✓	
5. L'accueil et les événements sociaux (phase 2)	✓		✓		✓
6. La nomination du Directeur de l'USI/C (phase 2)		✓		✓	✓
7. La séparation des clientèles (phase 2)		✓	✓		✓
8. La formation des employés (phase 2)	✓	✓	✓		✓

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
9. Les autres comités de standardisation (phase 2)	✓	✓	✓	✓	
10. La visite de la nouvelle unité (phase 3)			✓	✓	✓
11. La séparation des clientèles (phase 3)		✓	✓		✓
12. Le choix de la clientèle (phase 3)		✓	✓		✓
13. La formation des employés (phase 3)	✓	✓	✓		✓
14. L'ouverture et les événements sociaux (phase 3)	✓		✓		✓
15. Les rencontres conjointes (phase 3)	✓		✓	✓	
16. Les communications (phase 3)				✓	
17. Les nouvelles appellations (phase 3)		✓	✓		✓
18. Le nouveau système de rondes (phase 3)		✓	✓		✓
19. La communication pour résoudre les conflits (phase 3)	✓	✓	✓		
20. Le style de leadership (phase 3)			✓		✓

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
21. La nomination d'un Directeur médical (phase 4)		✓		✓	✓

5.4.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

À ce stade dans l'évolution de l'USI généraux, soit neuf ans après la fusion de 1993, les relations entre les divers professionnels de l'équipe sont qualifiées d'excellentes et fortement empreintes d'entraide.

« Well - they have a good group that works together... you feel that people are laughing, people are working. There is not that stress. Where the patient who doesn't do well, you would have three nurses that will come to your bedside... that's teamwork. It makes everybody feel good. (Entrevue 62, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

« But the nurses they are telling that the patient is in pain, the patient wants out... Another physiological thing... They have a bed soar – you know - the residents «Don't turn the patients» -«No he has a bed soar! You didn't know that. I know that because I watch the patient and I saw the bed soar». So valuable pieces of information. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Les infirmières d'expérience jouent un rôle primordial dans la formation des résidents, entre autres en leur faisant part de leurs opinions et en leur formulant certains conseils.

« (...) the senior nurses know exactly what is what and will tell them "you got to do something about this now otherwise I'll call your senior or something", they'll take that into consideration. (Entrevue 66, Coordinatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

Il y aurait quelques sous-groupes d'employés au sein desquels la cohésion et les relations de confiance se seraient davantage développées.

« C'est peut-être ça qui fait que quand c'est des grosses unités, il y a plus de petits groupes qui vont se former entre eux autres (...) mais je peux pas te dire qu'il y a vraiment des cliques parce que j'en ai déjà vues ailleurs (Entrevue 67,

Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'unité de soins coronariens) »

Par ailleurs, le nouveau directeur de l'unité est très respecté, tant par ses collègues du corps médical que par les infirmières et les autres employés. On le définit comme un gestionnaire attentif aux intérêts des membres de l'unité. Les éloges sont également nombreux à l'endroit de l'infirmière gestionnaire.

« Very well respected –nurses trust him... very much so. He is available. He knows my little voice when I say “I need to speak to you”, it is not a problem. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C - à propos du directeur) »

« (...) management has not changed. It is still the same head nurse, I respect her a hundred percent, I love her management style, I have no concerns there and I would not change. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC) »

« I could work with the nurse manager any time... I have full trust in her, if she had the budget and said “Sign here!” I would sign on a 60 M\$ budget if she took care of all of it! (...) And I think that is a key – we have had her in place. (Entrevue 70, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/C) »

5.4.6 Les résultats finaux et quelques explications

Au cours des quatre phases de la fusion de l'USI généraux du site B, qui se sont succédées de 1991 à 2002, plusieurs interventions de gestion ont été mises en oeuvre pour favoriser l'adaptation des employés et des membres du corps médical. La section suivante jette un regard sur les résultats finaux de cette fusion, nommément : (1) les aspects sociaux, (2) les aspects professionnels, (3) les soins au patient et l'organisation du travail et (4) la satisfaction et le scénario post-fusion.

Les aspects sociaux

La fusion de l'USI offre à ses membres la possibilité de développer des relations de travail souvent très conviviales. Dans certains cas, la bonne entente dépasse dorénavant le cadre du travail.

« (...) et puis la réalisation qui existe maintenant, (c'est que) les gens s'entendent très bien ensemble – en tout cas ceux qui sont toujours là de la vieille unité... autant chirurgicale et médecine et de la salle de réveil. Les gens s'entendent très bien ensemble sans aucun problème. (Entrevue 61, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

« But for the comradery, in the working environment, I think there is not a better place to work in this hospital (inaudible)... (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/C) »

« I mean, I met a bunch of new friends, new nurses. I guess it takes times to get used to it, to a bigger unit. (Entrevue 66, Coordonnatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

En contrepartie, l'augmentation du nombre d'employés et d'intensivistes représente un frein à la connaissance de ses collègues de travail. S'ajoute au nombre élevé d'intervenants, une grande variété de personnalités au sein de la nouvelle équipe de travail, un aspect contribuant au potentiel de frictions interpersonnelles.

« Well, certainly when you have smaller units, it is easier to know your personnel – we have 120 nurses now! But because I spend a lot of time in the lunch room with them, and because I am on the unit, I feel that I know a lot of them but I don't know them as well as I knew them when were 25 in a small unit. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« A lot of people – not just in nursing – a lot of people go through that unit every day – employees and all giving their shading to the unit. I happen to like that but you know, more people is more diversity and more potential for conflict. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Les aspects professionnels

Un des avantages marqués de cette micro-fusion pour les employés est le développement de leurs connaissances et compétences. Neuf années après le début de la micro-fusion, la grande majorité des infirmières est habilitée à prendre en charge tous les types de clientèles qui arrivent à l'USI généraux, en ayant recours à des techniques à la fine pointe de la technologie. Diversification de la clientèle et formation continue aidant, plusieurs personnes perçoivent une progression de leur carrière.

« Ten years ago, if you had told the nurse that the patient is coming out with an intra-aortic balloon pump – not la panique totale but very close... (...) Today,

they don't even blink. They don't blink when we say «We are coming out with a mechanical heart!». And all my nurses are polyvalent. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

« Oh, it gives me different opportunities. (Related to the merger?) Yeah, yeah. I mean there is nothing worse when you are feeling that you are stagnant, that you are not growing as an individual or a nurse, and with these mergers it provided opportunities for me to grow as a professional. Learning, is non stop. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC) »

Pour leur part, les membres du corps médical reconnaissent que la micro-fusion a contribué à rendre leurs résidents plus polyvalents, tout en rehaussant leur propre bagage de connaissances et de compétences professionnelles.

« We were able to create a multi-system disease or general system ICU in which residents regardless of their initial training would be able to recognise critical illness regardless of where the patient came from. (Entrevue 68, Directeur de l'USI généraux, anciennement de l'USI/MC) »

« I think my own ability increased dramatically when I was able to manage a broader number of types of patients, and have a bigger volume. (Entrevue 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

« So I have at least a basic knowledge and will not be refusing to see an overdose. That is a strength of the new unit... (Entrevue 70, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/C) »

La fusion apporte son lot de facteurs déstabilisants sur le plan professionnel, dont les changements concernant la clientèle. Par conséquent, plusieurs infirmières cherchent activement à s'occuper du même type de patients qu'avant la fusion. Avec le temps, ces comportements de sélection s'estompent. Selon les dires d'une des personnes rencontrées, la polyvalence vis-à-vis les multiples clientèles s'accompagnerait toutefois d'une diminution de l'expertise professionnelle dans l'équipe de travail.

« I mean everywhere in the ICU there is a lot of stress because of the type of patients you get. They are the really sick and sometimes really young, it's not obvious, it's not easy. But, you also have the frictions of the nurses, the one's that want to do the work and others that won't and leave it to the next person. (Entrevue 66, Coordinatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

« The bad thing is sometimes, some of the nurses never get to be an expert. And it takes longer to become an expert. Sometimes you see cases that you would

never have got to see. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

À la suite des dernières phases de la fusion, la charge de travail a augmenté, entre autres en raison de l'arrivée des patients de chirurgie cardiaque et de l'évolution de la technologie médicale. Cet accroissement de la charge de travail est très significative chez les résidents, médicaux et chirurgicaux, oeuvrant du côté médical (argent) puisque cette portion de la nouvelle unité accueille la chirurgie cardiaque.

« (...) c'est que ça a augmenté la charge de travail. Et d'année en année, l'unité est plus lourde. (Entrevue 67, Assistante infirmière gestionnaire, anciennement de l'Unité de soins coronariens) »

« The surgical resident – the seniors still feel more comfortable doing the red service although frankly, one of the reasons is because it's easier. So in the two services, the stress load on the red service is considerably easier than the silver – where we manage the cardiac surgery – which is much more stress with the cardiac surgery. You have to start earlier... you come out later... they are very sick. It is a lot of turmoil, a lot of stress. (Entrevue 70, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/C) »

Les soins au patient et l'organisation du travail

De façon générale, on raconte que l'organisation du travail dans la nouvelle unité fusionnée est plus flexible. Par conséquent, les soins sont plus efficaces, ce qui est illustré par un nombre accru de patients pouvant y être traités et par une réduction dans l'annulation des chirurgies.

« Well, positive in a sense that it was a bigger unit, you could take care of more patients, more patients could come to the unit. (Entrevue 66, Coordinatrice d'unité anciennement de l'USI/C) »

« We found we improved ourselves. We are very successful very efficient. We never cancel surgery. It works very well. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Beaucoup d'efforts ont dû être déployés pour que le travail soit organisé avec efficacité, quotidiennement, dans l'unité fusionnée.

« Hum, it was tough on the beginning, getting used to it, getting used to the new building, a lot of new people, a lot of new names to remember, a lot of supplies to put away, trying to make everything organized so you can work and you can make it functional, a lot of new equipment to fix. (Entrevue 66, Coordonnatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

« Here – when it was surgery, we would do bath any time of the day when the patient was stable enough while in medicine it was the evening that was the time for a bath. So it is just two different ideas coming together and eventually we all worked together and everybody has started to follow a different pattern. We would keep the good and throw out the bad. Because both sides had good baths. (Entrevue 63, Infirmière, anciennement de l'USI/C) »

Puis, au fur et à mesure que les médecins et chirurgiens se sentent à l'aise de traiter des patients provenant des autres clientèles, la nature des rapports entre ces deux groupes de professionnels se modifie. Précisément, la polyvalence professionnelle aurait entre autres contribué à réduire le nombre d'interactions entre intensivistes de l'USI généraux et, donc, à diminuer leur interdépendance professionnelle.

« The downside, the downside has been I think that the surgeons have been retreating more and more, feeling that they can no longer compete, that they no longer have to be in the ICU because, quite frankly, we take such good care of their patients (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Finalement, en 2002, soit 11 ans après le début de l'intégration de l'USI généraux du site B, cette dernière jouit d'une flexibilité et d'une efficacité accrues.

« The strength is this is still integrated which gives us incredible flexibility to send patients for both medicine and surgery so work on two areas to do it. I think it has resulted in a very strong ICU team. (Entrevu 69, Intensiviste, ancien Directeur de l'USI/MC) »

« So from a teaching point of view, from a research point of view, from staff, quality... of practice point of view, it is all been I think great for us I think. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, ancien directeur de l'USI/MC) »

« Someone describes us as a mean lean machine, this ICU. And he is right! (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/C) »

La satisfaction et le scénario post-fusion

Pour certains employés, la fusion représente l'occasion de relever de nouveaux défis.

« So, I felt professionally stimulated, challenged and excited by that merger. That may apply not to everybody else, but for me, I love it. (Entrevue 60, Infirmière formatrice, anciennement de l'USI/MC) »

« But I think in my case, the merger is always something new... something new happens so there are new challenges. (Entrevue 62, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

D'autres personnes racontent que les premières semaines suivant chacune des phases de la micro-fusion sont remplies de changements organisationnels et professionnels qui rendent l'adaptation particulièrement difficile, au point où bon nombre d'entre eux quittent l'USI à la suite de la première et de la seconde phase. À titre d'exemple, les infirmières de la spécialisation cardiaque trouvent particulièrement difficile de devoir prendre soin d'une nouvelle clientèle.

« Then, in the first month I was ready to quit because it was impossible to get all the work done and it was just constant running back and forth because I was on both sides (Entrevue 66, Coordinatrice d'unité, anciennement de l'USI/C) »

« There has been a very very very large turnover. So a lot of it is new staff now. There is just a few that we can consider that are still part of the furniture. (...) So the staff that represented CVT most of them are gone. And probably a lot of senior nurses... that left even cardiac. The problem is that a lot of good senior nurses left. (Entrevue 62, Infirmière, anciennement de l'USI/MC) »

Onze ans après la dernière phase de la fusion, la situation n'a que très peu changé, le taux de roulement demeurant relativement élevé, sans pour autant compromettre la qualité de l'atmosphère de travail.

« (...) je trouve que les choses roulent de mieux en mieux. Il y a toujours un gros roulement de personnel sur l'unité mais la plupart des gens qui restent sont des gens qui veulent rester. Et je pense qu'on fait la force de l'unité... et on continue à survivre. (Entrevue 61, Infirmière, anciennement avec l'USI/MC) »

Par ailleurs, la nouvelle structure au cœur de laquelle un intensiviste médical est responsable de l'USI généraux continue à représenter une menace pour le groupe de chirurgiens.

« (...) certain surgeons, for instance, do not accept the new order. That is clear – they are not happy with this. It is not their model. They would never have chosen it had they had unlimited resources for personnel and finances. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement avec l'USI/MC) »

Même s'il ne faut pas ignorer les limites de la fusion et les problèmes qu'elle a suscités, la majorité des personnes rencontrées en entrevue font mention d'aspects témoignant d'une adaptation évidente au sein de l'unité. Ils tiennent également des propos faisant référence à une intégration en profondeur, à la fois du groupe d'employés et du corps médical.

« I think that the support staff... really is quite excellent... and I am thinking particularly of.. the nurses but even more particularly the respiratory department. They are really coming to their own in the past couple of years. Excellent group of people – educated... interested etc. The pharmacist as I said... was really ... So it is integrated from a medical/surgical/cardiac... point of view. But it is also integrated along this sort of multidisciplinary – yes that is the word – multidisciplinary approach and I think that is good. (Entrevue 68, Directeur de l'USI, anciennement de l'USI/MC) »

Se classant immédiatement derrière la fusion qui a touché les employés du département d'orthopédie, celle de l'USI du site B est celle qui a suscité le deuxième plus fort niveau de satisfaction chez les employés, comme l'indique la moyenne de **4,72/7** pour les employés de l'USI du site B, comparativement à celle de **4,01/7** pour les employés de l'USI du site A, à celle de **4,83/7** pour ceux du département d'orthopédie et à celle de **4,58/7** pour les employés du département de radio-oncologie. Ces données, qui sont rapportées au tableau 5.4, proviennent du questionnaire.

Le tableau 5,4 montre aussi que, selon les questions quantitatives posées à l'entrevue, les employés de l'ancienne USI/C seraient moins satisfaits de la fusion que leurs nouveaux collègues de l'USI/MC, soit une moyenne de **8,33/10** contre **9,13/10**. Dans l'ensemble, ce sont des niveaux très élevés de satisfaction comparativement à ceux qui ont été observés dans les autres unités.

Les membres du corps médical, soit les intensivistes médicaux et chirurgicaux, ont le niveau de satisfaction vis-à-vis de la fusion qui est le plus élevé. C'est ce que révèlent les moyennes rapportées au tableau 5,4 qui sont tirées des réponses au questionnaire; celles-ci sont de **6,50/7** chez les intensivistes du site B, de **5,50/7** chez les intensivistes de l'USI du

site A, de 5,13/7 chez les chirurgiens du département d'orthopédie et de 5,58/7 du côté des radio-oncologues. L'absence de données chiffrées provenant de l'entrevue pour témoigner de la réalité des intensivistes chirurgicaux élimine la possibilité d'effectuer une comparaison entre les intensivistes des deux spécialisations.

Le tableau 5.4 reprend globalement les principaux éléments sur lesquels l'analyse de la micro-fusion de l'USI généraux du site A repose, afin d'amorcer par la suite l'interprétation des résultats d'une manière agrégée permettant de dégager un point de vue global sur la micro-fusion. Ce tableau est constitué des perceptions portant sur (1) les aspects sociaux, (2) les aspects professionnels, (3) les soins et l'organisation du travail, (4) le scénario post-fusion et (5) la satisfaction des personnes touchées par la fusion.

Tableau 5.4 La synthèse des perceptions post-fusion dans l'USI du site B (sous-groupes et groupe fusionné)

Perceptions des sous-groupes entourant les aspects sociaux	Perceptions des sous-groupes entourant les aspects professionnels	Perceptions des sous-groupes entourant les soins et l'organisation du travail	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction générale dans l'unité fusionnée T1 (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>a) Employés de l'USI généraux = + / -</p> <p><i>"There are positives. I just can't remember any right now. (laughing) I mean, I met a bunch of new friends, new nurses. I guess it takes times to get use to it, to a bigger unit. (Entrevue 66, Coordonnatrice d'unité, USI/C)"</i></p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion T₁ = 5,44/7 (N= 8;ET=1,19)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité T₁ = 6,19/7 (N= 8;ET=0,50)</p>	<p>a) Employés de l'USI généraux = + / -</p> <p><i>« Je te dirais qu'en ayant.. une très grande diversité de patients, t'en apprends plus... jusqu'à un certain point, tu deviens beaucoup plus critique par rapport à des choses qui étaient faites avant... (Entrevue 61, Infirmière USI/MC) »</i></p> <p><i>« ... les gens se trouvaient agressifs du fait qu'ils se faisaient voler leur place parce que selon l'heure à laquelle tu rentrais travailler, j'avais une assignation. S'il n'y avait plus de patients disponibles, ils se ramassaient avec un patient du côté médecine ou chirurgie qui pour eux autres, y étaient pas intéressés à avoir. (RN, BL) »</i></p> <p><i>"The bad thing is sometimes, some of the nurses, they never get to be an expert. And it takes longer to become an expert. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, USI/C)"</i></p>	<p>a) Employés de l'USI généraux = + / -</p> <p><i>"Well, positive in a sense that it was a bigger unit, you could take care of more patients, (Entrevue 66, Coordonnatrice d'unité, USI/C)"</i></p> <p><i>"Hum, it was tough in the beginning, getting use to it, getting use to the new building, a lot of new people, a lot of new names to remember, a lot of things that you have to like supplies to put away, trying to make everything organized so you can work and you can make it functional (Entrevue 66, Coordonnatrice d'unité, USI/C)"</i></p>	<p>a) Employés de l'USI généraux = INTÉGRATION FORTE et identification à l'USI est élevée à 5,64 /7 (N=8;ET=0,77)</p>  <p><i>"So since that time now, you can't tell who came from where. (...) Say by '95 you couldn't tell who was the old ICU nurses who was the old CV-ICU – it was a merger that worked pretty well. (Entrevue 59, Infirmière gestionnaire, USI/C)"</i></p>	<p>a) Employés de l'USI généraux Satisfaction par rapport à la fusion (S1) T₁ = 4,72/7 (N=8;ET=1,75)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2) T₁ = 5,58/7 (N= 8;ET=1,14)</p>	<p>a) Employés de la spécialisation médicale/cardiaque = 9,13/10 (N=4;ET=1,03)</p> <p>b) Employés de la spécialisation chirurgicale = 8,33/10 (N=3;ET=0,58)</p>	<p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1) T₁ = 4,92/7 (N=9;ET=1,75)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2) T₁ = 5,62/7 (N=9;ET=1,07)</p>

Perceptions des sous-groupes entourant les aspects sociaux	Perceptions des sous-groupes entourant les aspects professionnels	Perceptions des sous-groupes entourant les soins et l'organisation du travail	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction générale dans l'unité fusionnée T1 (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>= + / -</p> <p><i>"But for the comradery, in the working environment, I think there is not a better place to work in this hospital (inaudible)... I mean outside of the OR (Entrevue 70, Intensiviste USI/C)"</i></p> <p><i>"A lot of people giving their shading to the unit... I happen to like that but you know, more people is more diversity and more potential for conflict. (Entevue 68, Directeur, USI/MC)"</i></p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion</p> <p>T₁ = 4,25/7 (N= 1; ET=0,00)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité</p> <p>T₁ = 5,50/7 (N= 1; ET=0,00)</p>	<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>= + + / -</p> <p><i>"I think it has been a very strong experience for the residents – heavy work, very good teaching experience. It has allowed us to develop an excellent nursing corpse which are very competent.(...) I think my own ability increased dramatically when I was able to manage a broader number of types of patients – and have a bigger volume. (Entrevue 69, Intensiviste USI/MC)"</i></p>	<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>= + + +</p> <p><i>"(...) we have much stronger liver transplantation and liver resection program now – the bariatric programs I think performance is good – thanks to that unit. (Entrevue 70, Intensiviste USI/C)"</i></p>	<p>b) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>= INTÉGRATION RELATIVEMENT FORTE et identification à l'USI est élevée à 5,70 /7 (N=1; ET=0,00)</p>  <p><i>"Well the general systems ICU, is near fully integrated. We still have two services with some imperatives, like I call them, territorial imperatives, that the hearts – all the cardiac surgery, goes to silver, all the transplants go to the Red and those are political issues which I have just chosen not to fight over (Entevue 68, Directeur, USI/MC)"</i></p>	<p>a) Intensivistes de l'USI généraux</p> <p>Satisfaction – par rapport fusion (S1)</p> <p>T₁ = 6,50/7 (N=1; ET=0,00)</p> <p>Satisfaction – carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 5,89/7 (N=1; ET=0,00)</p>	<p>a) intensivistes médicaux</p> <p>= 9,0/10 (N=1; ET=0,00)</p> <p>b) intensivistes chirurgicaux = aucune donnée</p>	

5.5 La conclusion du cas de fusion de l'USI du site B

Certains facteurs favorisent le processus d'identification des employés et des intensivistes à la nouvelle unité. Par contre, d'autres variables viennent freiner ce processus, entre autres en engendrant des perceptions de menace identitaire.

5.5.1 Les leviers au processus d'identification à l'USI généraux

L'implantation graduelle de l'harmonisation professionnelle

Le fait d'implanter progressivement des changements professionnels d'importance, dans un contexte de différences identitaires bien senties, semble permettre aux employés et aux membres du corps médical de percevoir moins de menaces identitaires et, ainsi, d'amorcer leur processus d'identification à l'USI généraux.

La progression lente du changement

Le cœur de la micro-fusion de l'USI généraux s'est déroulé sur une période allant de 1991 à 1995. Ce plus long laps de temps, contrairement à celui dont bénéficient les personnes touchées par la fusion de l'USI du site A, pourrait avoir permis aux personnes de répartir dans le temps la période d'adaptation aux nombreux changements organisationnels, et de graduellement s'identifier à la nouvelle unité agrandie. Cette progression plus lente se fait parallèlement à l'attrition des personnes les plus insatisfaites des changements qui s'opèrent. Ainsi, le niveau collectif d'identification à la nouvelle USI tend à s'accroître naturellement avec le temps.

La possibilité de choisir son équipe de travail

Lors de la deuxième phase de la micro-fusion, les membres de l'USI/MC se voient offrir le choix de se joindre à leurs nouveaux collègues de l'USI/C. C'est précisément l'aspect volontaire de cette étape de la micro-fusion qui favorise chez ces employés une ouverture, voire une certaine mobilisation, vis-à-vis de la micro-fusion. Par conséquent, la possibilité

de choisir son équipe de travail semble contribuer significativement au processus d'identification à la nouvelle unité.

L'aménagement physique en équerre

Alors que la durée de la fusion favorise l'adaptation des personnes, l'aménagement physique en équerre de l'USI généraux semble peser en faveur de la séparation des clientèles de patients dans l'unité. Cet aménagement physique de l'environnement de travail peut avoir permis aux personnes de demeurer en contact plus longtemps avec leur clientèle de prédilection, tout en leur faisant profiter d'un nombre suffisamment élevé d'échanges sociaux avec leurs anciens collègues pour, encore une fois, s'adapter aux changements découlant de la micro-fusion.

Les interventions sociales

La mise sur pied d'événements sociaux à des moments cruciaux de la fusion de l'USI généraux semble avoir eu l'effet bénéfique de (re)créer des liens dans le tissu social de la nouvelle unité agrandie. Ayant agi à titre de catalyseurs sociaux répondant au besoin d'affiliation des personnes, les interventions sociales accroissent la résistance de ces personnes face au changement, ce qui s'avère extrêmement apprécié de leur part.

5.5.2 Les freins au processus d'identification à l'USI généraux

La moins grande préparation avant la première phase

Le plus petit nombre d'interventions de gestion visant à préparer les personnes à la première intégration, celle entre les membres de l'USI/MC et de l'USI/C, pourrait avoir nui à leur adaptation aux changements organisationnels, et ralenti leur processus d'identification à l'USI fusionnée.

L'arrivée forcée des membres de la salle de réveil CVT

Contrairement au sous-groupe d'employés provenant de l'USI/MC, les employés et les intensivistes de la spécialisation CVT sont obligés de quitter leur unité d'origine et de rejoindre les rangs de l'USI généraux. C'est d'ailleurs parmi ce sous-groupe que le taux de roulement pendant la micro-fusion est le plus élevé. Ce constat renforce à nouveau l'importance de l'aspect volontaire d'une micro-fusion, tant sur la satisfaction des personnes que sur leur processus d'identification à la nouvelle unité.

Tout au long de la fusion de l'USI généraux du site B, d'autres sources de menace identitaire sont présentes, tant chez les employés que chez les intensivistes médicaux et chirurgicaux. Les tableaux 5.5, 5.6, 5.7 et 5.8 présentent les sources de menace identitaire par sous-groupe de personnes rencontrées en entrevue. Ces tableaux présentent aussi quelques facteurs qui contribuent à diminuer les perceptions de menace identitaire, par exemple, avoir de l'intérêt pour l'apprentissage de nouvelles techniques de soins.

Tableau 5.5 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire moyennement élevée chez le sous-groupe des employés de l'USI/C

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ne plus s'occuper exclusivement des patients chirurgicaux • Apprentissage des techniques de soins « médicales » • Choix quotidien de la clientèle de patients / implantation graduelle de la polyvalence professionnelle
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Identité d'origine forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Contact presque aussi fréquent avec anciens collègues de travail / Regroupement des clientèles dans l'USI généraux
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Départ de certains collègues de l'USI/C
3. Changement de gestionnaire		<ul style="list-style-type: none"> • Provenance chirurgicale de l'infirmière gestionnaire
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance médicale du Directeur du l'USI généraux

4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement relativement rapide de la fusion
---	---	--

Tableau 5.6 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire faiblement élevée chez le sous-groupe des employés de l'USI/MC

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ne plus s'occuper exclusivement des patients médicaux/cardiaques • Apprentissage des techniques de soins « chirurgicales » • Choix quotidien de la clientèle de patients / implantation graduelle de la polyvalence professionnelle • Identité d'origine moyennement forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Contact presque aussi fréquent avec anciens collègues de travail / Regroupement des clientèles dans l'USI généraux • Départ de certains collègues de l'USI/MC
3. Changement de gestionnaire	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance chirurgicale de l'infirmière gestionnaire • Provenance médicale du Directeur de l'USI généraux
4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement relativement rapide de la fusion

Tableau 5.7 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire moyennement élevée chez le sous-groupe des intensivistes chirurgicaux

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Ne plus s'occuper exclusivement des patients chirurgicaux • Apprentissage des techniques de soins « médicales » • Implantation graduelle de la polyvalence professionnelle • Changement dans la manière de faire des rondes • Identité d'origine forte

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe du corps médical
3. Changement de gestionnaire	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance chirurgicale de l'infirmière gestionnaire • Provenance médicale du Directeur du l'USI généraux
4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement relativement rapide de la fusion

Tableau 5.8 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire faiblement élevée chez le sous-groupe des intensivistes médicaux

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Moins s'occuper des patients médicaux • Apprentissage des techniques de soins « chirurgicales » /on s'occupe déjà de patients post-opératoires (soins coronariens) • Implantation graduelle de la polyvalence professionnelle • Identité d'origine faiblement élevée
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe du corps médical
3. Changement de gestionnaire		<ul style="list-style-type: none"> • Provenance chirurgicale de l'infirmière gestionnaire • Provenance médicale du Directeur du l'USI généraux
4. Autre changement ou source de menace		<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement relativement rapide de la fusion

5.5.3 Les effets paradoxaux de leviers et de freins au processus d'identification à l'USI généraux

Le roulement de personnel

La perte de ressources expérimentées, surtout au sein du groupe d'employés, représente une conséquence significative de la micro-fusion de l'USI généraux, du moins initialement. Il en résulte une perte d'expertise et un ralentissement dans la performance organisationnelle de toute l'USI pendant et peu après l'intégration. En revanche, le départ de personnes

s'identifiant moins à l'USI généraux peut avoir contribué à diminuer les tensions sociales et professionnelles dans l'unité et, donc, à rehausser le niveau global d'identification des personnes à cette nouvelle unité fusionnée.

Le leadership présent dans l'USI généraux

Le leadership fort exprimé par l'infirmière gestionnaire et le Directeur médical, contribue à des orientations claires, ainsi qu'à la mobilisation des employés de l'USI/MC et des intensivistes médicaux vis-à-vis du projet de fusion. L'appui que représente le Directeur de l'USI généraux pour les ex-membres de l'USI/MC, et celui que représente l'infirmière gestionnaire pour les membres de l'ancienne USI/C, sont deux facteurs ayant potentiellement diminué la perception de menace identitaire des personnes. Par contre, le fait que cette alliance se soit faite sans représentant du corps médical de l'USI/C a pu avoir nui à l'adaptation des intensivistes chirurgicaux aux changements organisationnels, et avoir ralenti leur processus d'identification à l'USI fusionnée.

La fusion de l'USI du site B s'avère, quelques 11 ans après l'instigation de l'intégration, un succès au sens où ses membres représentent un ensemble relativement cohésif qui s'identifie à la nouvelle entité organisationnelle. L'implantation graduelle de la polyvalence professionnelle et la durée de la micro-fusion, la possibilité d'adhérer volontairement au projet de micro-fusion, l'aménagement physique, les interventions sociales de gestion, contribuent à expliquer ce fort niveau d'identification et cette homogénéité sociale et professionnelle élevée. Par contre, le plus petit nombre d'interventions de gestion visant à préparer les personnes à la première intégration, et l'aspect forcé de l'arrivée de l'unité CVT dans l'USI généraux, pourraient avoir nuit à l'adaptation des personnes en plus de ralentir leur identification à la nouvelle unité. Il est particulièrement intéressant de noter l'effet de l'aménagement physique sur le processus d'intégration qui semble émerger de l'analyse de ce cas de fusion (et du précédent).

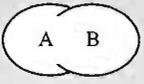
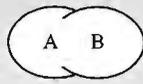
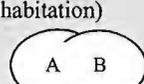
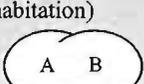
En somme, le niveau d'identification à la nouvelle USI généraux est élevé chez les employés de l'ancienne USI/MC (moyenne provenant de l'entrevue : 5,25/6) et élevé chez leurs collègues provenant anciennement de l'USI/C (moyenne provenant de l'entrevue : 6,00/6) (voir tableau 5.8). Cette forte identification peut entre autres s'expliquer par

l'implantation graduelle de la polyvalence professionnelle, ainsi que par l'effet du temps; les onze années écoulées depuis le début de la fusion ont pu contribuer significativement à l'identification des deux sous-groupes d'employés à la nouvelle USI, indépendamment des différences initiales au chapitre de l'identification. En bout de ligne les deux sous-groupes d'employés cohabitent dans la nouvelle unité, alors que l'intégration sur le plan professionnel et social est élevée (voir tableaux 5.4 et 5.8). Pour leur part, les intensivistes s'identifient fortement à la nouvelle unité (moyenne provenant de l'entrevue : 6,00/6 pour les intensivistes médicaux et de 4,00/6 pour les intensivistes chirurgicaux), et leur intégration sur le plan professionnel et social est également relativement élevée; le temps semble être un facteur significatif permettant d'expliquer ce fort niveau d'identification.

Contrairement au cas de fusion de l'USI du site A, l'analyse des perceptions de menace identitaire chez les membres de l'USI du site B laisse croire à un changement qui affecte à tout le moins aussi profondément, voire davantage, l'identité des intensivistes chirurgicaux que celle des employés de l'unité.

Tableau 5.9 Les variables dépendantes par sous-groupe de personnes étudiées pendant la micro-fusion de l'USI généraux du site B

	Employés de la spécialisation médicale/cardiaque	Employés de la spécialisation chirurgicale	Intensivistes Médicaux	Intensivistes Chirurgicaux
Perceptions de menaces identitaires du sous-groupe avant la fusion	Faiblement élevées (tableau)	Moyennement élevées (tableau)	Faiblement élevées (tableau)	Moyennement élevées (tableau)
Identification du sous-groupe à la nouvelle unité	Élevée (5,25/6) (N= 4;SD=0,50)	Élevée 6,00/6 (N= 3;SD=0,00)	Élevée (6,00/6) (N= 2;SD=0,00)	Élevée (4,00/6) (N= 1;SD=0,00)
Satisfaction post-fusion du sous-groupe	Élevée** (9,13/10) (N= 4;SD=1,03)	Élevée (8,33/10) (N= 3;SD=0,58)	Élevée (9,00/10) (N= 1;SD=0,00)	Aucune donnée
Scénario de la fin pour le sous-groupe	Roulement élevé	Roulement élevé	Roulement faible	Roulement faible

	Employés de la spécialisation médicale/cardiaque	Employés de la spécialisation chirurgicale	Intensivistes Médicaux	Intensivistes Chirurgicaux
(et roulement à l'intérieur du sous-groupe)	Intégration forte (cohabitation) 	Intégration forte (cohabitation) 	Intégration relativement forte (cohabitation) 	Intégration relativement forte (cohabitation) 

* Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

** Les données reliées à la satisfaction sont tirées de l'entrevue : 0 – 3,32 = Faiblement élevée ; 3,33 – 6,65 = Moyennement élevée ; 6,66 – 10 = Fortement élevée.

Les valeurs des variables dépendantes du tableau 5.8 seront reprises ultérieurement dans les chapitres d'analyse transversale.

Le retour sur le cadre conceptuel et sur les questions de recherche.

Afin de poursuivre l'objectif de répondre aux deux questions de recherche liées, d'une part, à l'effet du profil identitaire sur le processus de fusion et les résultats finaux (i.e. le degré et la forme d'intégration identitaire post-fusion et la satisfaction des personnes) (question 1) et, d'autre part, à l'effet des interventions de gestion sur ces mêmes dimensions (question 2), la section suivante effectue un retour sur les propositions de recherche à la lumière des résultats produits par l'analyse de la fusion de l'USI du site B.

L'analyse de ce deuxième cas de fusion intra-site permet de confirmer que la rencontre de sous-groupes aux contenus identitaires significativement différents tend à générer des perceptions de menace identitaire significatives chez les membres de ces sous-groupes, ce qui génère des tensions tangibles entre les sous-groupes, rend plus difficile l'intégration identitaire et vient diminuer la satisfaction des personnes (**proposition 1**). Contrairement à la situation observée dans l'USI du site A, cette proposition s'avère non seulement représentative de la réalité des employés, mais particulièrement représentative de celle des intensivistes chirurgicaux dans l'USI du site B, et ce, principalement à cause de la stratégie visant à modifier la manière de faire les rondes au chevet des patients. Ainsi, la stratégie qui sous-tend la rencontre de contenus identitaires divergents (ex. : augmenter la polyvalence professionnelle ou retenir une manière de travailler au détriment d'une seconde) viendrait

influencer significativement les perceptions de menace identitaire et le processus d'intégration.

Ce cas de fusion valide la seconde proposition de recherche selon laquelle plus les sources d'identification sont appelées à être modifiées au cours de la micro-fusion, plus les personnes concernées seront sujettes à percevoir une menace identitaire qui contribue à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des gens (**proposition 2**). Due à l'implantation moins rapide de la stratégie de polyvalence professionnelle chez les employés du site B que chez les employés de l'USI du site A, les sources d'identification pré-fusion des premiers sont moins remises en question. Ainsi, l'identification à la nouvelle unité est plus élevée chez les employés du site B que chez ceux du site A, tout comme leur niveau de satisfaction post-fusion. Il importe de souligner que le fait pour les intensivistes chirurgicaux de devoir modifier leur manière d'effectuer des rondes auprès des patients affecte à la hausse leurs perceptions de menace identitaire, et ce, malgré leurs diversification au chapitre des rôles joués ailleurs dans l'hôpital (recherche, chirurgie).

L'analyse du second cas de fusion, confirme la **proposition de recherche 3a** qui stipule que plus l'identité d'un sous-groupe avant la micro-fusion est forte, plus ses membres sont sujets à percevoir une menace identitaire, laquelle perception contribuera à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des personnes. Dans le cas de fusion de l'USI du site B, les sous-groupes à l'identification d'origine la plus forte, soit les employés et les intensivistes chirurgicaux, sont ceux qui sont aux prises avec les plus fortes perceptions de menace identitaire initiale, et donc, sont les plus réfractaires vis-à-vis le changement. Cependant, contrairement à la fusion de l'USI du site A, la présence pour les employés d'une moins forte probabilité de devoir modifier son identité d'origine découlant des stratégies managériales mises en œuvre (ex. : implanter graduellement la polyvalence professionnelle, donner le choix aux employés de choisir quotidiennement leur clientèle de patients) contribuerait tant à diminuer ces perceptions de menace identitaire, à rehausser l'identification des personnes à la nouvelle unité, ainsi qu'à augmenter leur satisfaction.

Puis, selon la **proposition 3b**, plus la force d'identification des membres des sous-groupes avant la micro-fusion est asymétrique, plus le scénario d'intégration risque de prendre la forme d'une absorption identitaire. Or, les données du cas de fusion de l'USI du site B précise cette proposition au sens où la présence d'un sous-groupe ayant un niveau d'identification pré-fusion significativement plus fort que celui d'un autre sous-groupe ne semble pas être un facteur suffisant pour produire un scénario d'absorption. Il en est ainsi car le nombre de personnes à l'intérieur de chaque sous-groupe en présence est presque égal, ce qui permet à chaque sous-groupe de protéger son identité d'origine pendant au moins un certain temps. Qui plus est, la stratégie managériale qui consiste à permettre aux employés de choisir leur clientèle de patients atténue les perceptions de menace identitaire et, d'une certaine manière, l'effet de la force de l'identité, en favorisant une émergence très graduelle de la polyvalence professionnelle. Donc, selon les données de ce deuxième cas de fusion, la stratégie managériale qui consiste à favoriser moins rapidement l'émergence de la polyvalence professionnelle interagit avec les rapports de forces identitaires pour venir influencer le scénario final d'intégration identitaire.

La **proposition 4** stipule que les interventions de gestion pendant la micro-fusion d'unités opérationnelles peuvent influencer significativement le processus d'intégration et les résultats de la micro-fusion (i.e. le degré d'identification, la satisfaction, le scénario d'intégration identitaire). Par exemple, les interventions de gestion, telles que la décision de séparer les clientèles de patients dans l'unité ou celle d'instaurer des codes de couleurs pour distinguer les clientèles de patients, agissent à tour de rôle sur le processus de fusion en influençant d'une part le nombre d'interactions sociales et professionnelles dont bénéficient les personnes touchées par la fusion et, paradoxalement, en pérennisant les identités d'origine. Plus précisément, et contrairement à la situation retrouvée dans l'USI du site A, par ce type d'interventions les instances décisionnelles de l'USI du site B contribuent à rapprocher socialement et professionnellement les employés au sein d'une même aile de l'unité, et à pérenniser symboliquement les identités d'origine par un nouveau code de couleurs. À l'image de la situation retrouvée dans l'USI du site A, le scénario de la fin en est un de cohabitation des sous-groupes de professionnels dans la nouvelle unité.

Le présent cas de fusion confirme également la **proposition 5** stipulant que la forme d'intégration identitaire qui résulte du processus de fusion est une conséquence non seulement des interventions de gestion mises en œuvre, mais aussi des dynamiques enclenchés par les profils identitaires en présence dès l'amorce de la fusion. Les données du cas de fusion de l'USI du site B appuient cette proposition en mettant au jour le fait que, avant l'émergence d'interventions de gestion, la fusion avec un sous-groupe comportant une identité significativement différente tend à générer des perceptions de menace identitaire chez les personnes, ce qui ralentit l'émergence du processus d'identification à la nouvelle unité, diminue la satisfaction des personnes et amorce le scénario de repli intra-groupe propre à la cohabitation identitaire. Puis, les interventions de gestion semblent venir modifier dans une certaine mesure ces dynamiques identitaires déjà enclenchées avec l'amorce de la fusion, précisément en confirmant le repli intra-groupe propre à la cohabitation identitaire sur le plan des dynamique inter-groupe, mais avec pour conséquence de favoriser l'identification à la nouvelle unité et d'augmenter la satisfaction des personnes. En somme, le souci initial des employés de l'USI du site B quant à la protection de leur identité groupale d'origine s'amenuise avec l'expérience des interventions de gestion permettant de pérenniser les identités d'origine au sein du nouveau département.

Finalement, ce cas de fusion confirme à nouveau l'importance de considérer certaines variables dites contextuelles telles que la forme et la taille de l'environnement physique (e.g. unité en forme d'équerre et absence de chambre de patient fermée) et la manipulation symbolique des appellations retrouvées dans l'unité fusionnée, ainsi que de prendre en compte les interrelations existant entre les constituants du profil identitaire et ces mêmes variables contextuelles (e.g. le nombre des membres dans un sous-groupe qui module l'effet inhérent aux rapports de forces identitaires sur le scénario final d'intégration identitaire), pour mieux comprendre les processus d'intégration identitaire. Puis, le cas de la fusion de l'USI du site B met au jour l'importance des variables contextuelles que représentent le temps et le choix d'adhérer au projet de fusion. Alors que des difficultés d'adaptation évidentes ont été observées au début de la fusion, on pourrait dire que l'USI du site B s'en est sortie, avec le temps, contrairement au contexte plus récent de l'USI du site A qui est encore témoin de beaucoup d'effervescence au sein de son sous-groupe d'employés. Puis, de manière notable, les employés de l'USI/MC ont eu le choix de joindre les rangs de

l'USI/C, ce qui a contribué significativement à favoriser leur identification à la nouvelle unité. Le prochain chapitre traite du cas de fusion du département d'orthopédie du site A.

Chapitre VI

LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT D'ORTHOPÉDIE DU SITE A

La présente analyse porte sur la fusion du département d'orthopédie, initialement implanté sur les deux sites de soins adultes, et ce, en trois phases distinctes. La première phase se déroule de la nomination en 1992 d'un directeur clinique ayant pour mandat de réaliser la micro-fusion, jusqu'au début des activités d'intégration, en 1996, des ailes Est (12^e étage) et Ouest (19^e étage) du département d'orthopédie situé au site A. Puis, lors de la deuxième phase, la fusion des sites A et B se concrétise de 1997 à 2002. Une portion du groupe des employés du site B est alors transférée au site A. En parallèle, les chirurgiens orthopédiques du site B se mettent à réaliser des interventions chirurgicales au site A. Puis, la troisième phase est témoin de l'ouverture d'une nouvelle clinique externe au site A, à l'automne 2002, et de la fermeture officielle du site B à l'hiver 2003.

En plus de ces trois principales phases, les autres rubriques d'analyse sont : (1) contexte et historique, (2) les écarts identitaires, (3) le contexte physique, (4) les interventions de gestion et le leadership, (5) l'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles, ainsi que (6) les résultats intermédiaires et finaux de l'intégration.

6.1 La phase 1 : la fusion des ailes Est et Ouest du site A (de 1992 à 1996)

6.1.1 Le contexte et l'historique

L'idée de la micro-fusion des départements orthopédiques des sites A et B germe principalement dans l'esprit de certains chirurgiens orthopédiques, dont le Directeur,

souhaitant atteindre une masse critique, tant sur le plans des ressources que des patients, et ainsi améliorer l'efficacité des services orthopédiques et de la mission d'enseignement du CHU.

« Because he talks about...duplication or even triplication of resources between two sites – manpower and expertise, preventing the program from concentrating its resources towards a common goal (...) And then he talks about issues with residents because there has been a reduction of our residents. They are spread on two sites so it's harder. Anyway, bottom line is, I think, he wanted to really centralise the services and strengthen them and make them as cohesive as possible on one site. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

À un niveau stratégique, la haute direction du CHU souhaite concrétiser un processus d'unification de ses établissements de soins pour adultes. Ainsi, selon le responsable de l'intégration clinique des secteurs du CHU, un des objectifs de la fusion est donc d'initier, à un haut niveau, la concrétisation de la fusion des cinq établissements du CHU.

« Il y avait le contexte de dire : « Mmm, il faudrait qu'on ait une histoire à succès. » La fusion, non seulement il faudrait avoir une histoire à succès, mais la fusion elle a besoin de se matérialiser dans les yeux des gens. (Entrevue 72, Responsable de l'intégration clinique au CHU) »

Cette première phase se poursuit jusqu'à la première fusion, qui s'amorce en février 1996, avec le déménagement de l'équipe du 19^e étage aux côtés de l'équipe de soins orthopédiques présente au 12^e étage. Ce transfert de personnel se produit grâce à des espaces laissés vacants après le départ d'une unité qui occupait l'aile Ouest du 12^e étage.

Au même moment, le gouvernement met à la disposition des infirmières un programme de départ à la retraite fort alléchant. Aussi, l'avènement des chirurgies d'un jour rehausse le rythme de travail et ajoute au stress que vivent les employés, déjà anxieux à l'idée de devoir évoluer dans leur nouvelle équipe agrandie, et de devoir potentiellement renoncer à certaines de leurs anciennes habitudes. Qui plus est, les clientèles de patients soignés au 12^e étage du site A se diversifient et se complexifient (O.R.L, cancers de la tête et du cou, remplacement d'articulation, patients avec diverses problèmes au niveau de la colonne vertébrale, etc.).

6.1.2 Les écarts identitaires en présence

Pendant que le personnel du site B commence à se préparer à la fermeture de leur unité, celui du site A planifie et amorce l'unification de son groupe d'infirmières orthopédiques. À ce stade du processus d'intégration des ailes Est et Ouest au 12^e étage du site A, on peut nettement distinguer ces deux groupes d'infirmières.

« When the merger happened, you could clearly see who's an East nurse and who were the West nurses. Each side was like: "my way is the best, my way is the best". (Entrevue 49, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Est du site A) »

Selon les employés rencontrés, les infirmières du côté Est sont généralement moins expérimentées et moins organisées. De plus, leur travail se déroule de manière plus individualiste que celui réalisé par leurs nouvelles collègues du côté Ouest. Pour leur part, les infirmières de l'aile Ouest seraient encore plus attachées à leurs façons de travailler que leurs nouvelles collègues, en plus d'être particulièrement solidaires entre elles et habituées à travailler en pair ou en équipe.

« The teamwork was very well instilled with the other girls, I mean and guys. We worked hand in hand and if somebody didn't finish, well, somebody would help you to finish. (Entrevue43, Infirmière, anciennement de l'aile Ouest du site A) »

Les infirmières en place dans la nouvelle aile Ouest du 12^e étage sont passablement ébranlées par la nécessité de travailler avec de nouvelles collègues. L'organisation du travail devient problématique dans la mesure où certaines infirmières provenant de l'aile Est se sentent exclues par leurs nouvelles collègues de l'aile Ouest. Les divergences concernant les façons de faire donnent lieu à des tensions palpables. Selon une infirmière, certaines collègues de l'aile Ouest sont également moins à l'aise avec le style de gestion de leur nouvelle infirmière gestionnaire.

« Even though we were one unit, it was a big deal to cross over, by the elevator, to the west side. Nurses... You would see, they didn't know who they can trust, (...) So, there was a lack of trust I think between, when the merger happened. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

« Just generalised, yes... “You guys never do this right!” You know... (...) And the head nurse – we liked the head nurse... but they didn't like her because she wasn't strict enough... I don't know. They wrote letters and stuff. (Entrevue 42, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

On pourrait croire que de telles appréhensions sont la conséquence de devoir soigner des clientèles différentes de patients, mais l'infirmière gestionnaire de l'unité explique que ces différences n'existaient pas.

« (Q: Is there a difference between the patients you find on both units?) There never was. So it was just symbolic that they wouldn't want to come to the East... they wanted to stay on the West. Culture shock. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

De leur côté, les infirmières du site B ont beaucoup d'expérience, mais presque uniquement auprès d'une clientèle de chirurgie orthopédique élective. Qui plus est, leur rythme de travail est d'une intensité relevée, mais à un niveau moindre que celle retrouvée au site A.

« Because as you know, when we were there, it was only plain ortho, elective surgery only. There (site B) it was not trauma. (Entrevue44, Infirmière, anciennement du site B) »

En ce qui a trait aux chirurgiens orthopédiques, le département d'orthopédie du site A compte sur une expertise marquée pour les soins en traumatologie. Pour sa part, le site B s'appuie sur des forces évidentes sur le plan de la recherche et de la chirurgie élective.

« I think that most people would agree – we had a much bigger interest in trauma here than at site B (Entrevue 57, Chirurgien orthopédique, anciennement du site A) »

« I think we had a stronger commitment, if I say this in terms of numbers I am probably wrong, but my impression is that we had a stronger base in surgical skills. (Entrevue 55, Ancien Directeur du département par interim, chirurgien orthopédique anciennement du site B) »

« We have the largest number of grants of all the hospitals across Canada. Yes, and that figure has been maintained. Some of it has been lost, of course, by the transfer across here. (Entrevue 55, Ancien Directeur du département par interim, chirurgien orthopédique anciennement du site B) »

Tirées des entrevues, les caractéristiques identitaires ci-dessous représentent des indices permettant de mieux apprécier les différences et les ressemblances entre les sous-groupes en présence. La force de l'identité d'origine est agglomérée pour refléter la réalité de tous les employés au site A; ce résultat aggloméré sera ensuite utilisé dans les analyses transversales.

Tableau 6.1 Le profil identitaire d'origine des sous-groupes d'employés

Éléments du profil identitaires d'origine	Aile Est du site A	Aile Ouest du site A	Site B
1. Contenu de l'identité <i>Clientèle</i>	<ul style="list-style-type: none"> Clientèle variées (Urgence, traumatologie, un peu de chirurgie élective, ORL, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Clientèle variées (Urgence, traumatologie, un peu de chirurgie élective, ORL, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Principalement chirurgie élective.
<i>Organisations des soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> Moins expérimentés et organisés que leurs collègues de l'aile Ouest 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe de deux ; ils sont très résistants à l'effort 	<ul style="list-style-type: none"> Très expérimentés
<i>Rythme de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> Très rapide (moins de personnel qu'au site B). 	<ul style="list-style-type: none"> Très rapide (moins de personnel qu'au site B) 	<ul style="list-style-type: none"> Rapide (mais moins qu'au site A car le ratio de patients/infirmière est plus bas).
<i>Climat de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> Agréable (à cause de la plus petite taille du groupe). 	<ul style="list-style-type: none"> Agréable (à cause de la plus petite taille du groupe). 	<ul style="list-style-type: none"> Agréable (à cause de la plus petite taille du groupe).
<i>Autres (cohésion, communication, leadership, approche particulière, éléments distinctifs)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Travail rapide avec clientèle variée Relations distantes entre chirurgiens et infirmières. 	<ul style="list-style-type: none"> Travail rapide <u>en équipe</u> avec clientèle variée Relations distantes entre chirurgiens et infirmières. 	<ul style="list-style-type: none"> Travail moins rapide avec une clientèle élective ; recherche Leadership top-down du chef de département. Plus grand nombre de bourse de recherche allouée
2. Force de l'identité d'origine*(chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue) 	Site A complet (ailes Est et Ouest confondues) = 4,78/ 6 (N=9; ET=0,67)		4,00/ 6 (N=2; ET=0,00)
3. Source principale de l'identité	<ul style="list-style-type: none"> Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'aile Est du site A 	<ul style="list-style-type: none"> Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur de l'aile Ouest du site A 	<ul style="list-style-type: none"> Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur du site B

* **Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue** : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

Les différences identitaires observées entre les trois sous-groupes d'employés au chapitre du contenu de l'identité s'appliquent également aux sous-groupes de chirurgiens. Par contre, le niveau d'identification de ces derniers à leur unité d'origine (site A ou B) est légèrement plus faible que chez les employés de ces mêmes unités. Plus précisément, l'identification des chirurgiens orthopédiques du site A à leur unité d'origine est élevée, alors que celle des chirurgiens du site B est moyennement élevée (voir le tableau 6.2). De plus, les sources d'identification des chirurgiens sont plus nombreuses que chez les employés, en recoupant un certain nombre de rôles professionnels et de relations interpersonnelles à l'intérieur de leur site respectif (ex. : salle d'opérations, clinique externe, enseignement et recherche).

Tableau 6.2 Le profil identitaire d'origine des membres du corps médical

Éléments du profil identitaires d'origine	Chirurgiens du site A	Chirurgiens du site B
2. Force de l'identité d'origine* (chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue) 	4,67 / 6 (N=3;ET=1,53)	2,50/ 6 (N=2,ET=2,12)
3. Source principale de l'identité	Rôles professionnels et relations interpersonnelles plus variés à l'intérieur du site A	Rôles professionnels et relations interpersonnelles plus variés à l'intérieur du site B

* **Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue** : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

6.1.3 Le contexte physique

De 1992 à 1996, les deux départements fonctionnent de manière autonome, et ce, chacun sur leur site respectif. Le département du site A est scindé en deux ailes, soit l'aile Est au 12^e étage et l'aile Ouest au 19^e étage. Pour sa part, le département au site B est regroupé en un même espace de l'hôpital.

Malgré le fait que la fusion au site A est sensée rapprocher tous les employés faisant partie de l'unité ortho-trauma sur le plan professionnel et social, la grandeur de l'unité, futur site d'accueil des employés du site B, contribue à faire perdurer la distinction « Est » versus « Ouest ». Tel que mentionné précédemment, il se passe un certain temps avant que les employés des deux ailes deviennent confortable avec l'idée de travailler de part et d'autre de l'unité. La grandeur de l'unité, qui modère le nombre d'interactions interpersonnelles, est en partie responsable du temps requis pour consolider les liens entre les employés des deux ailes.

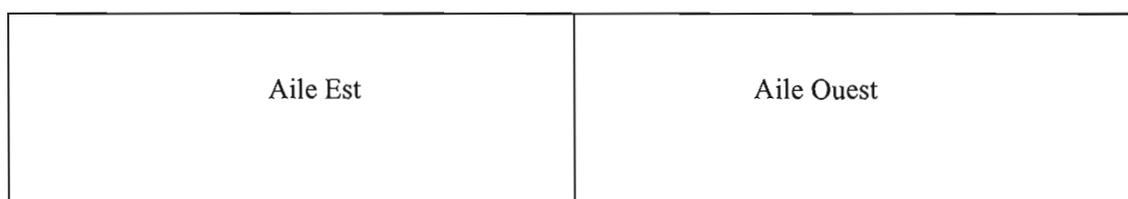


Figure 6.1

L'aménagement physique de l'unité orthopédique au 12^e étage du site A

6.1.4 Les interventions de gestion et le leadership

Les nominations

La nomination d'un Directeur qui chapeaute tout le département d'orthopédie, malgré que ce dernier demeure scindé sur deux sites, représente une étape décisive dans l'éventuelle intégration des activités orthopédiques des deux hôpitaux. Il est à noter que le nouveau Directeur, qui provient du site B, a pour principal mandat de réaliser la micro-fusion du département d'orthopédie.

Puis, presque en même temps, on nomme une infirmière gestionnaire à la tête du département d'orthopédie. Elle est responsable de l'unité du 12^e étage qu'on commence à appeler « ortho-trauma » et de la clinique externe au 5^e étage, du site A. Cette gestionnaire était anciennement la personne à la tête de l'aile Est du département d'orthopédie au site A.

Le rapport de recommandations

Quelques temps après sa nomination, le nouveau Directeur soumet un rapport de recommandations quant aux orientations et aux principales étapes de la micro-fusion à venir.

Le comité multidisciplinaire de planification

De longs pourparlers du comité multidisciplinaire de planification s'amorce, tant pour discuter de la micro-fusion des ailes Est et Ouest au site A, que pour jeter les bases de l'intégration des deux sites à vocation orthopédique pour adultes.

De longues négociations et tractations se mettent en branle entre les chirurgiens orthopédiques des deux sites et leur nouveau Directeur. Entre autres, soucieux de ne pas perdre de temps de chirurgie au bloc opératoire, les chirurgiens du site A s'opposent avec véhémence au rapatriement des activités orthopédiques sur leur site.

L'annonce de la micro-fusion

Rapidement, l'annonce de l'intégration des ailes orthopédiques Est et Ouest du site A, au 12^e étage de l'hôpital, est faite aux employés et aux chirurgiens orthopédiques. Les dirigeants du CHU expliquent que cette première étape doit précéder, de peu de temps, la fusion au site A de toutes les activités orthopédiques présentement au CHU.

La visite de l'aile Ouest

Afin de se rapprocher des membres de l'aile Ouest, l'infirmière gestionnaire organise une visite du 19^e étage pour ses employés, jusque-là basés au 12^e étage.

L'intégration forcée des employés

Pendant le déroulement de la micro-fusion, l'infirmière gestionnaire est confrontée aux résistances manifestées par les employés des ailes Est et Ouest. Elle se voit donc obligée de provoquer l'intégration de ces derniers, et ce, en assignant aux infirmières une aile spécifique au début de leur quart de travail

« Some of the old West side refused to go in the East side. And I didn't make a comment when I first heard that. Just said «Okay, fine!». I spoke to my Director about it and she said «You really have to insist that they work. And it is your decision – your discretion when you move them». So what I said at the meeting after that was – and she agreed that I could say this – is «if people refuse to move to the opposite side, they would be held accountable and possibly have to undergo a disciplinary action». (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

Les négociations syndicales

En parallèle à la fusion des ailes Est et Ouest au site A, des négociations syndicales vigoureuses ont lieu afin de concrétiser dans un futur proche l'intégration des employés des sites A et B. On offre alors la possibilité aux employés du site B de demeurer sur ce site, mais dans une autre unité de l'hôpital. C'est ainsi que quelques employés acceptent, sur une base relativement volontaire – les employés peuvent choisir de demeurer au site B dans un autre discipline, mais n'ont pas le choix de déménager au site A pour suivre la clientèle orthopédique -, d'être ultérieurement transférée au site A. Ces pourparlers aboutissent avec la décision de conserver les deux syndicats distincts, de manière à préserver les acquis du personnel des deux établissements, et ainsi à atténuer les résistances.

« But we stayed with the same union – so that allows us to keep our seniority and everything. (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

« So the agreement finally, I think the grievances was overruled and I was able to continue doing it that way. But it caused a lot of stress. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

La visite de l'infirmière gestionnaire au site B

Une fois la fusion des ailes A et B bien amorcée, l'infirmière gestionnaire de l'unité d'orthotrauma basée au site A, décide d'aller rencontrer les employés du site B, et ce, afin d'établir un premier contact et de les informer sur le processus à venir, et ce, en prévision de l'imminente fusion intersite.

« (...) she wanted to meet with all of us before we came here (on site A). That was basically what she was keeping us in touch with. And as soon as she got

information...you know about when the exact closure would happen, she let us know. (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

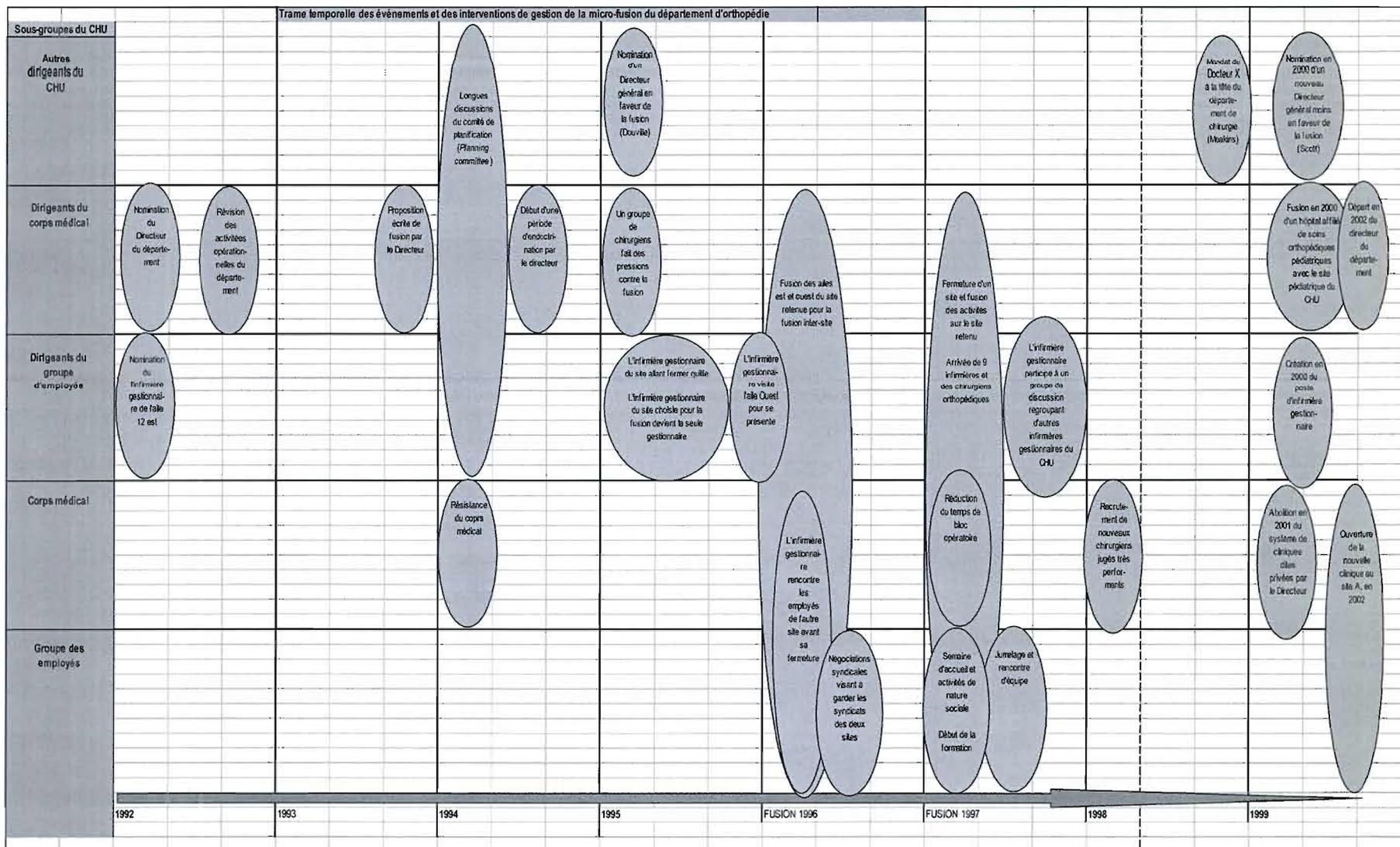


Figure 6.2

La trame temporelle des événements et des interventions de gestion au département d'orthopédie du site A

6.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Pendant l'intégration des activités des ailes Est et Ouest, ces deux sous-groupes de professionnels commencent à entretenir des rapports professionnels et sociaux à l'extérieur de leurs frontières. Cependant, la collaboration est assez rare entre ces deux équipes. Des conflits surgissent au cours de cette phase d'intégration, avec pour protagonistes, des employés des ailes Est et Ouest. D'ailleurs, certains des propos recueillis suggèrent que cette première fusion à l'intérieur du site A aurait nécessité plus de temps que la fusion intersite, avant que la cohésion entre les employées prenne forme, entre autres à cause d'un écart d'âge.

« And I heard for along time, not just a year, but a long time how, the old way it was better, and the old it was... It wasn't for every nurse but those from, a couple of specific ones. (Entrevue 46, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

« When I first started, 12 years ago, there was a lot of conflicts because we were a younger staff – like on team –like my team was the young staff and the other team were the older ones seniors. So it was ... a generation gap... and our head nurse at that time wouldn't mix the teams – we have to do 12 hours shift. We would never – we were always, were going in the opposite way. So we never at all worked together. (Entrevue 42, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

Pour leur part, les employés des sites A et B n'entretiennent pas encore de liens sociaux ou professionnels.

6.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications

L'insatisfaction découlant des activités d'intégration des ailes Est et Ouest est en partie responsable du départ de plusieurs infirmières, principalement parmi le sous-groupe arrivé de aile Ouest (19^e étage) du site A.

Puis, l'annonce de la fusion intersite à venir suscite passablement d'agitation chez les gens, non seulement en raison de la pression découlant des très courts délais de réalisation prévus pour cette intégration, mais aussi à cause de la crainte manifestée par personnel de perdre certains acquis. Chez les infirmières du site B, les inquiétudes tournent principalement

autour de leur ancienneté, qu'elles souhaitent préserver à travers la micro-fusion intersite ultérieure.

«So that one concern was vacations, keeping our seniority. And one thing that we did often was meeting with HR to find out if this was to become finalised (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

Au sortir des négociations syndicales entourant la fusion intersite, neuf infirmières du site B acceptent volontairement d'être transférées au site A à compter du printemps 1997.

6.2 La phase 2 : l'arrivée des membres du département d'orthopédie du site B (de 1997 à 2002)

6.2.1 Le contexte et l'historique

Au début de l'année 1997, le désir de réaliser la fusion très rapidement, soit en trois mois, est toujours très présent chez les hauts dirigeants du CHU. En espérant effectuer la micro-fusion du département d'orthopédie aussi rapidement, on souhaite entre autres préserver la confiance des personnes à l'égard du projet de fusion des différents établissements du CHU, lequel projet est annoncé depuis déjà un moment.

De nombreux problèmes surgissent au moment de transférer très rapidement les activités du site B vers le site A, principalement en ce qui concerne les négociations syndicales chez les des employés.

« On n'a pas travaillé à l'harmoniser, on l'a imposé. Ça fait que le processus a fait que ça a été extrêmement difficile. Le personnel aussi des soins du plancher qui étaient au site B dédié à l'orthopédie bon, il a fallu faire une opération où est-ce qu'on a pris ce personnel et on l'a envoyé au site A. Il y a des gens qui ont pris leur retraite, on a fait des négociations avec le syndicat mais finalement, on s'est retrouvé avec du personnel du site B, avec du personnel du site A travaillant sur la même unité de soins (...) ça avait été fait trop vite, on n'avait pas pu négocier avec le syndicat de façon correcte. On avait juste acheté ce que moi j'appelle des gros échanges : « Donne-moi ça, je vais te donner ça et on s'importe peu de la mécanique qui va avec ça. » (...) Mais après ça, le monde devait vivre ensemble et faire partie de deux syndicats. Ça

aussi ça a tirillé durant une couple d'années (...). (Entrevue 72, Responsable de l'intégration clinique du CHU) »

Puis, les infirmières des sites A et B éprouvent quelques difficultés d'adaptation en lien avec la différence au chapitre des protocoles des nouveaux chirurgiens. Les chirurgiens, eux, vivent une expérience des plus irritantes, entre autres à cause des difficultés à obtenir du temps de bloc opératoire.

« [...] the way the doctors do it, and the ortho doctors unfortunately don't all have the same way of working, you know, which is kind, I founded very odd, like in terms of protocols. They all have a different way of doing their hips; they all have different way of their knees. So, I felt like oh! my god! What is this? And I don't understand even till this day, what they don't get on boarded. (Entrevue 46, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

« Quand on arrive au site A, les gens du site B ne sont pas acceptés à la salle d'op du site A. C'est parce qu'au niveau du site A on dit : « Non, non, non, 'équipe d'expertise', ce n'est pas vrai ça, ici au site A. Tout le monde peut faire de l'orthopédie. Il n'y a pas de personnel qui est compétent avec qui on va assigner spécialement avec des chirurgiens. Tout le monde peut faire de l'orthopédie. » Pourquoi tout le monde peut faire de l'orthopédie ? Parce qu'ici, on est une institution qui est beaucoup axée sur l'urgence et la traumatologie et donc, la philosophie en salle d'op, c'est qu'aujourd'hui, compte tenu de notre urgence, on a un cas d'orthopédie, après-midi c'était un ACV au niveau cardio-vasculaire. Demain matin, c'est un problème rénal (...) Le personnel qui est là doit être capable de fonctionner là-dedans. » (Entrevue 72, Responsable de l'intégration clinique du CHU) »

Ces frustrations vécues par les chirurgiens sont d'autant plus marquées que l'administration du CHU leur avait fait des promesses en ce qui concerne spécifiquement l'accessibilité au bloc opératoire, laquelle s'avère en bout de ligne significativement réduite par rapport à la période précédant la fusion.

« Our biggest lack is operating time. I think we never really recuperated entirely of the percentage of operating time. If you look at the percentage of (inaudible) operating time, we had at site B and at site A, prior to the merger, and look at the percentage we had after the entire merger, I don't think we have really recuperated it. We were net losers. (Entrevue 57, Chirurgien orthopédique, anciennement du site A) »

Puis, surgissent des complications liées à l'ajout de nombreux instruments orthopédiques à stériliser.

« La chaîne de montage n'est pas capable de prendre ce volume parce que l'orthopédie c'est lourd, énormément lourd en stérilisation. Les gens de la stérilisation au site A disaient : « Non, un, vous êtes fous parce qu'on n'a pas d'espace. » (...) Ce n'est pas comme les murs c'est élastique. Les gens se disaient : « Où est-ce qu'on va mettre l'équipement que vous amenez ? Deux, comment on va faire pour les nettoyer dans notre ligne de montage? Au site B vous avez une nouvelle machine, nous autres on ne l'a pas. » (Entrevue 72, Responsable de l'intégration clinique du CHU) »

Pour couronner cette série de difficultés organisationnelles d'importance, à la suite de l'augmentation du nombre de chirurgies au site A à cause de la micro-fusion, les infirmières du bloc opératoire de ce site entreprennent des actions afin d'améliorer leurs conditions de travail. Ces dernières décident de faire valoir leur point et d'enclencher un débrayage, et ce, peu après avoir entendu parler d'une rumeur voulant que le Directeur du département ait contourné le syndicat en place au site A, afin de placer une personne « de confiance » dans un poste clé au bloc opératoire. Donc, pour attirer l'attention de la haute direction sur leurs conditions de travail insatisfaisantes, ainsi que sur certaines apparences d'injustice, les employés du bloc opératoire débraient pendant 24 heures. Au lendemain de ce débrayage, s'enclenchent plusieurs mois de négociation entre le syndicat et la direction du CHU. Pendant ces tractations, ces mêmes employés font appel à la CSST afin de confirmer les risques de santé encourus par les infirmières travaillant dans les salles d'opération. Au terme de ce long processus de négociation, les infirmières obtiennent les fonds nécessaires à la rénovation de leur bloc opératoire, non sans avoir à nouveau affecté, au passage, l'accessibilité des chirurgiens au bloc opératoire.

De plus, l'absence d'efforts de centralisation des dossiers des patients contribue également à la grogne des chirurgiens.

« Le chirurgien s'en va du site B, il s'en va au site A. Il s'en va en clinique ambulatoire. Il veut faire le suivi de son patient, mais le dossier, il est au site B (parce que) le patient a commencé à être vu au site B. La confidentialité du dossier. , Là, tu prends un moyen d'envoyer le dossier au site A. Dans ce temps, on était en fusion. Les gens trouvaient toutes les objections possibles et inimaginables pour empêcher les affaires de se produire. Ils disaient : « Bien non, confidentialité du dossier, il faut que ça reste au site B, ça ne peut pas être transféré au site A, ça ! » (Entrevue 72, Responsable de l'intégration clinique du CHU) »

6.2.2 Les écarts identitaires en présence

Pour les infirmières et les employés anciennement au site B, le changement génère beaucoup de bouleversements, puisqu'en plus de devoir apprendre à soigner de nouvelles populations de patients requérant des soins plus complexes, ces derniers doivent paradoxalement diminuer le temps passé auprès de chaque patient afin de satisfaire à la demande.

« It was harder for these girls to adapt because they were used to being able to give everything to the patient that they could and wanted to, whereas my nurses were running a lot. But what was very difficult for the site B nurses is that now not only were they learning trauma, but they were learning big invasive ENT surgeries... and also the oral surgery patients and the vascular patients. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

Pour leur part, peu après le transfert des activités opératoires au site A, les chirurgiens orthopédiques s'attardent au fait que les membres du site B travaillent selon une approche plus académique, alors que ceux du site A place davantage le patient au centre de leurs activités.

« I would say that site B has a stronger academic base than here (...) and the figures prove it. Sure, we have the largest number of grants of all the hospitals in Canada. (Entrevue 55, Ancien Directeur du département par interim, chirurgien orthopédique anciennement du site B) »

« Site A is a people place. Site A is, I think, I have always found it to be pretty much a user friendly place (Entrevue 57, chirurgien orthopédique, anciennement du site A) »

Un des chirurgiens anciennement basés au site B raconte que ses collègues et lui ont dû faire des concessions sur le plan professionnel au cours de la micro-fusion, et ce, afin de rompre les barrières identitaires existantes.

« There was a little bit of « we did it that way », « we have always done it this way ». But most of the time, what has happened is either we came across and said “ok, we will do it the site A way”, and it is not like “look at the way we used to do it at site B”. So we have actually given in. (Entrevue 55, Ancien Directeur du département par interim, chirurgien orthopédique anciennement du site B) »

«There was an inevitable feeling, for both hospitals, that the other hospital was an unknown pit (laugh), with things that no one else knew about. That was true. So breaking that barrier was so difficult. (Entrevue 55, Ancien Directeur du département par interim, chirurgien orthopédique anciennement du site B) »

6.2.3 Le contexte physique

Puis, pendant la deuxième phase de la micro-fusion, la totalité des employés du site B est transférée à l'unité ortho-trauma du site A, à l'intérieur d'une grande unité linéaire répartie sur deux ailes (voir la figure 6.1).

En parallèle, la vaste majorité des activités en salle d'opération se déroule à présent au site A, mais il arrive que les chirurgiens opèrent au site B. Aussi, chaque site conserve sa clinique externe, avec pour conséquence fâcheuse qu'un chirurgien du site A ayant réalisé une intervention chirurgicale au site B, doit quand même revoir son patient à la clinique externe du site A. Ce va-et-vient entre les deux sites est décrié par l'ensemble des chirurgiens, tant pour ses conséquences sur leur pratique professionnelle que pour les inconvénients subits par les patients.

« At some point, we started sharing calls so that while I did all my surgery at site A, on the weekends I would also cover the site B, when I was on call. And as a result...on the weekends, occasionally, I would operate at site B. (...) How did it work? H-O-R-R-I-B-L-E! (Entrevue 57, Chirurgien orthopédique, anciennement du site A) »

6.2.4 Les interventions de gestion et le leadership

La formation dans l'autre spécialisation

Au cours des deux premières semaines de travail, chaque infirmière du site B est jumelée, dès son arrivée au site A, à une infirmière de ce site d'accueil. Cette stratégie vise à faciliter leur adaptation tout en leur permettant de faire l'apprentissage des nouvelles clientèles de patients et des nouvelles méthodes de travail.

« So I would say for about two weeks, we were paired and put with a nurse. It wasn't the same nurse because this was impossible because there was a lot of nurses here who do different shifts. There are a lot of evenings, days and nights. And then basically, after that, we were on our own. (...)Yes we

appreciated that. It would have been difficult to just throw us in. Even though we knew nursing, you know – knowing where everything is, the environment – and who do we call for this or that... (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

La formation des nouveaux employés se fait également par des cours ainsi que divers ateliers traitant principalement des techniques et des instruments employés au site A.

« I think they were 10 nurses and we were given... two or three orientations when we arrived here. We had a bunch of in-services on different things... protocols in terms of nursing, dressings, how everything works over here. But the problem is, we had all these in-services and we only saw the unit after we had all these in- services at the end of the day and everyone was so tired – you know. And it would have been nice to see the floor where we were going to work before we actually had all these meetings. (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

Les rencontres d'équipe

Des rencontres d'unité ont également lieu sur une base régulière afin d'assurer la circulation de l'information liée à la micro-fusion au sein du sous-groupe des employés, ainsi que pour coordonner les activités qui s'y déroulent. Ces rencontres d'information sont animées tantôt par l'infirmière gestionnaire, tantôt par les représentants des deux syndicats. Il arrive même, au début de la micro-fusion, que ce soit le Directeur du département qui vienne rencontrer les membres de son département, principalement pour expliquer les raisons qui sous-tendent la fusion.

« Yes we have unit meetings. So our nurse manager kept us informed on the ... on what was happening... and who was coming over and when it was going to happen. (Entrevue 42, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

Les rencontres sont généralement appréciées puisqu'elles permettent aux employés de partager leurs inquiétudes avec le reste de l'équipe et d'obtenir plusieurs réponses à leurs questionnements. Ce type d'interventions de gestion a donc un effet rassurant sur les employés.

« I remember only one meeting, and the one from the Human Resources. The Human Resources, I think it was just reassuring us. They were reassuring us and also giving information in some small content. (Entrvue 44, Infirmière, anciennement du site B) »

Les événements et les lieux sociaux

Majoritairement organisés par les plus jeunes employés, ces événements semblent avoir grandement contribué à instaurer au climat de confiance propice à l'émergence de l'entraide entre les employés. Quelques événements officiels, tels qu'un dîner de bienvenue et une fête pour souligner les efforts du personnel, sont même organisés par le Directeur du département durant les premiers mois du processus d'intégration. Les employés profitent également de la salle à café pour socialiser. Tous ces événements et ces environnements sociaux sont unanimement appréciés par les personnes concernées par la fusion.

« (...) we all got together, she had us al in this exact room, and she had pizza and everything, and we had to meet the staff. Before they came to start, which is really nice. Once they were there, a couple of months later, the Director did a big party for the staff, to thank us for all the work we've done and for the staff only. He wanted the staff to get to know each other outside of work. (Entrevue 49, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Est du site A) »

L'aide d'un psychologue

Une autre stratégie permettant aux employés de discuter de leurs inquiétudes liées à la micro-fusion est de mettre à leur disposition un psychologue au cours du processus d'intégration. Réticent devant la possibilité de se confier à un étranger, peu de gens ont cependant fait appel à ses services.

« Another thing also offered us was a psychologist, if I remember correctly, who was going to meet with us if we had any concerns, we could have met on a one-to-one basis – like any fears we had... concerns about either coming here or staying at site B. (...) Not a lot of nurses were interested. Because there was someone they really didn't know. They weren't really found of sharing their concerns and fears with someone they really didn't know. (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

Le style de Leadership

Tout au long de la micro-fusion, mais principalement pendant la deuxième phase de cette dernière, l'ancien Directeur du département d'orthopédie du site B, maintenant devenu le Directeur du département fusionné, constitue une des personnes ayant le plus contribué à la réalisation du projet. Il aurait, en collaboration avec le Directeur du département de

chirurgie du CHU, fait des pressions pendant près de deux ans auprès des autres membres de la haute direction, afin d'officialiser et d'opérationnaliser la fusion des départements des sites A et B. Mais une coalition de chirurgiens influents du site A, s'opposant avec virulence au projet de fusion, déploient de nombreux efforts pour freiner la réalisation dudit projet.

Puis, un changement de leadership en 1998, au niveau de la haute direction du CHU, ralentit considérablement le processus d'intégration du département d'orthopédie. Entre autres choses, le nouveau Directeur général semble alors avoir d'autres priorités que la fusion des activités orthopédiques. Par conséquent, le responsable de l'intégration clinique perd du même coup une part importante de son pouvoir décisionnel. Plus que jamais, le département d'orthopédie se retrouve face à un important manque de leadership collectif recoupant les divers sous-groupes impliqués dans la fusion.

« Mais, moi ce qui m'est arrivé, c'est que dans le contexte de planification-immobilisation, le départ du Directeur général (Docteur X), combiné à l'arrivée de son remplaçant (Docteur Y), j'ai une perte de pouvoir assez sérieuse dans l'organisation, et donc, les engagements que j'avais de connivence pris avec Dr. X pour finaliser l'orthopédie, ils n'avaient plus de crédibilité (...) parce que Dr Y disait : « Moi, je vais tout regarder ça à nouveau. » Bien là, le déménagement était fait, les promesses avaient été faites mais ça ne s'est pas réalisé comme c'était supposé se réaliser. [...] (Entrevue 72, Responsable de l'intégration clinique du CHU) »

De plus, le leadership à même le département d'orthopédie est fragmenté. Selon plusieurs, le Directeur agit la majeure partie du temps en solitaire, sans trop considérer l'opinion de la majorité des membres du département. Pour les chirurgiens orthopédiques, et principalement ceux du site A, ce style de leadership de leur Directeur ne fait pas l'unanimité.

« *So that while this merger is going on, we also had this cultural divide, that was imposed. Some people accepted it and some people were his protégés, that he brought on and readily accepted. And others – all the people like me didn't see it as an enviable way to run any organisation (...) And so he then passed on a lot of his frustrations to us.. He was a difficult guy at best, anyway, but certainly entered into paternal relationships. In fact, he was from Europe and his vision of how things ran were always (...) to be top down, very autocratic. And that didn't help – that only made it worse! (Entrevue 57, Chirurgien, anciennement du site A)* »

Puis, pour ajouter à la fragmentation du leadership au sein du département, le rôle de l'infirmière gestionnaire se résume de plus en plus à agir à titre d'intermédiaire entre les employés et un groupe principalement composé du Directeur du département d'orthopédie et du Directeur du département de chirurgie du CHU. Cette dernière souligne d'ailleurs ses frustrations devant le peu de place qu'on lui attribue dans le processus décisionnel de la fusion.

« (...) I couldn't believe that I wasn't sitting on this task force. I was very upset! (...) The only thing I ever said was at the very end. I was basically told "This is what you are going to do and that is what you are going to do». Yes very top-down. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

Habituées à un mode de supervision plus directif, les infirmières du site B sont en général très satisfaites du style de gestion de leur nouvelle infirmière gestionnaire, originaire du site A, lequel favorise l'autonomie au sein du groupe d'employé.

« I think she is the best head nurse in terms of... Because for her, you are a nurse, you are responsible and you should be able to do without being told by her (...) She favours autonomy. R I think for me, I feel... personally – yes, I feel good about that instead of being like... followed around for the little things like that. X was very much like that. (Entrevue 44, Infirmière, anciennement du site B) »

6.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Socialement, la micro-fusion intersite représente encore une fois une période d'adaptation. Chaque personne ressent une certaine crainte face à l'éventualité de se construire un nouveau réseau social. Or, d'une façon très particulière, l'arrivée des infirmières et des employés en provenance du B, semble contribuer à consolider les liens de l'équipe existante au site A, peu de temps après l'intégration entre les infirmières des ailes Est et Ouest. On décrit alors l'accueil des nouveaux employés en provenance du site B comme étant la nouvelle activité prioritaire.

« Yes. First I was a bit reluctant because you are losing all your friends... you were close with certain people. (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

« When the site B came, I think, it was not long after, so we were still in turmoil. Actually people started to realise how selfish we were. I mean here we were upset about going across the hallway, and these girls were leaving their institution. So, I think a lot of us realised ... I remember they sat and talked about it and they said: « I can't believe these people left their site (B) and all their friends to come here. » (Entrevue 49, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Est du site A) »

« Well, I think we were always, all the nurses here are very nice and we just said 'We have to be nice to these people, they're coming from site B, they have lost their position over there, they have lost their hospital, their units.' So you know, lets be extra nice to them and welcome them here because it could have been us. (Entrevue 43, Infirmière, anciennement de l'aile Ouest du site A) »

La naissance de liens plus cohésifs dans la nouvelle unité fusionnée passe par les interventions de gestion dites sociales, mais aussi par la priorité partagée de tous les employés de soigner la clientèle orthopédique. Précisément, cette dernière caractéristique semble avoir permis aux personnes de tisser des liens sociaux et professionnels et, graduellement, d'avoir minimisé la méfiance à l'égard des compétences retrouvées chez les nouveaux employés de l'unité.

« I think they came to trust us more, because you know at the beginning, you don't know. 'These nurses are from site B, are they able to do what we are doing?' They are probably doing things differently. But I guess they know that we are able to do the job, and they see the way we have worked for years. So... we just became part of them. (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

« I think that we all got along very well. I think nurses at first are scared of getting involved with new issues, new people. But in the long run, everybody just gets along with everybody. I mean, we're all here to do the same thing, to take care in number one of the patients. So, I think as long as people work well together as a team, that's the core thing in nursing. (Entrevue 43, Infirmière, anciennement de l'aile Ouest du site A) »

La décision de garder les deux syndicats, soit ceux des sites A et B, permet aux personnes de préserver la plupart de leurs acquis, mais en contrepartie, engendre de l'insatisfaction chez les employés, voire un certain clivage entre ces derniers.

« Because they called me... and I said «I'm a winner!» Then when they learned I was from the site B, they never gave me the prize because I am not part of the site A union. So that is the worst thing that I feel in this place! (Entrevue 44, Infirmière, anciennement du site B) »

Malgré le fait qu'ils doivent apprendre un certain nombre de nouvelles connaissances et de techniques de la part de leurs collègues du site A, les employés provenant du site B sont également titulaires d'un savoir qui leur est propre. D'ailleurs, ils transfèrent volontiers à leurs nouveaux collègues les méthodes de travail propres aux chirurgiens du site B. Cet échange de savoir entre les deux sous-groupes d'employés contribue également à développer le climat de cohésion et les liens de confiance dans l'unité.

« And then to get to know the doctors...those are a little difficult – their procedures and stuff. But the nurses that came over were very helpful. Their procedures, and their protocols, they did things differently from our doctors. (Entrevue 42, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

Cependant, peu de temps après la micro-fusion, certaines infirmières entretiennent des relations houleuses avec les nouveaux chirurgiens orthopédiques.

« Honestly, the first year I found it, very hard. I was thinking of actually leaving after a year on this floor. Not because of the merger, but just the ortho doctors are very different to work with. I was used to working with very conscientious, doctors that would talk to you, asked you about the patients, asked you your opinion, knew your name, were very involved with the nurses. You know, I've learned to this day...how it is... but it's, in that sense I just felt like I wasn't part of anything. (Entrevue 46, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

« With the doctors, it is a little different because orthopaedic surgeons are a bit of a rare breed and they are not all that patient-focused, per se. When I say patient-focused, I mean, they are really in the OR and therefore, they don't talk with the patients as much. And they spend most time trying to figure out what they will do with the patient's broken limbs or whatever, rather than maybe bedside manner. So what we.. I have learnt over the years working with orthopaedic surgeons, is that we work with them and their weakness is your strength and if you have something you could offer to them, and they see that, then when there's something you need from them, they will do it. They will be there, even if there's a human side to this. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

Avec le temps, les relations interprofessionnelles gagnent en cohésion, au fur et mesure que les personnes interagissent ensembles. Seules les relations entre les infirmières et les médecins résidents, lesquels ne sont que de passage dans l'unité, demeurent relativement distantes.

« Yes, depends on the residents, staff are not a problem, because the staff doctors are here or not here. You know the protocols, the procedures, what they like and dislike. And you get used to it. But it is not them that answer your calls when you need them. So, that's where it can get a little difficult to work with them. (Entrevue 43, Infirmière, anciennement de l'aile Ouest du site A) »

Les relations entre l'infirmière gestionnaire et ses employés sont excellentes. Par contre, la situation entre les membres du corps médical et leur Directeur est beaucoup moins cohésive. Plus précisément, ils sont pour la plupart diamétralement opposés aux idées et aux stratégies de gestion du Directeur du département. Le départ du Directeur à la fin de l'année 2002 semble avoir changé pour le mieux les rapports que les chirurgiens entretiennent avec la direction de leur département. Cependant, les chirurgiens orthopédiques ont perdu confiance en la haute direction du CHU au cours de la micro-fusion, des suites de promesses qui leur avaient été faites et qui n'ont pas été tenues.

« J'ai vu des différences je pense depuis qu'on a un nouveau chair – et ça a pas rapport avec la fusion. Depuis que le docteur X est ici, je vois une différence. (Q : Oui une différence positive?) Absolument! Ça n'a pas rapport avec la fusion – ça a rapport avec le nouveau chairman. (Entrevue 58, Médecin interne à la clinique externe d'orthopédie, anciennement du site A) »

« But, it's been dragged out so long that if I was an orthopaedic surgeon, I would not have much faith in administrative promises, or promises of the administration! Because, they have been promised lots of things and nothing has ever happened! So that's bad! (Entrevue 71, Directeur du département de chirurgie du CHU) »

6.2.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications

Au moment de réaliser la collecte de données de la présente étude, les employés de la spécialisation orthopédique forme un sous-groupe cohésif, et même relativement homogène.

Les chirurgiens orthopédiques sont extrêmement refroidis par l'avènement de la micro-fusion et entreprennent un long processus servant tantôt à obtenir de solides garanties en échanges de leur engagement, tantôt simplement à manifester leur mécontentement. Aux yeux des chirurgiens, le processus d'intégration est jugé laborieux pour des raisons d'accès au bloc opératoire, en plus d'être tout simplement trop long. Qui plus est, la micro-fusion aura en bout de ligne probablement coûté au Directeur du département d'orthopédie son emploi, malgré qu'il ait été un des maîtres d'œuvre du projet.

6.3 La phase 3 : la fermeture de la clinique externe du site B et le parachèvement de la fusion (de 2002 à 2003)

6.3.1 Le contexte et l'historique

Au moment où sont complétées les rénovations de la nouvelle clinique externe au 6^e étage du site A, le Directeur du département prépare son départ du CHU. Cette nouvelle est accueillie avec optimisme de la part de la plupart des chirurgiens orthopédistes. L'ouverture officielle de la nouvelle clinique externe en soins orthopédique se fait à l'hiver 2003.

6.3.2 Les écarts identitaires en présence

Aucun employé de la clinique externe au site B n'est alors ajouté à l'équipe existante de la clinique externe du site A. Ainsi, à cause de cette absence de mouvement de personnel, le département n'est pas témoin de nouvelles rencontres identitaires.

6.3.3 Le contexte physique

Au cours de l'automne 2002, les rénovations de la clinique externe du site A sont achevées. Ainsi, à compter de janvier 2003, toutes les activités de suivi clinique ayant anciennement lieu au site B, se transportent dans un environnement rénové et quelque peu agrandi, au site A.

6.3.4 Les interventions de gestion et le leadership

Le déménagement de la clinique externe

Le jour du déménagement venu, ce sont les employés eux-mêmes qui s'affèrent à transporter les équipements. Un médecin raconte sa grande surprise.

« Lorsqu'on m'a dit 'tu déménages au 6^e', je me souviendrai toujours de la journée qu'on l'a fait. On avait notre technicien de plâtre, nos infirmières, qui ont déménagé les équipements parce qu'il n'y avait pas de budget pour que des gens qualifiés déménagent les équipements. (Entrevue 58, Médecin interne à la clinique externe d'orthopédie, anciennement du site A) »

6.3.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Les employés de l'unité d'ortho-trauma au 12^e étage s'entendent de mieux en mieux, comme en témoigne le nombre élevé d'activités sociales qui sont organisées, et leur ouverture vis-à-vis les occasions de collaborer sur le plan professionnel. Le sous-groupe composés des employés oeuvrant à la clinique externe vivent une affluence sans précédent, sans toutefois que cette réalité n'affecte leurs relations interpersonnelles jugées tout de même agréables.

Environ six années après le début de la micro-fusion, soit en 2003, les chirurgiens orthopédiques, semblent avoir trouvé un équilibre dans leur nouvelle situation au travail. Il est à noter qu'un nombre de plus en plus élevé de consultations informelles se produit à la clinique externe.

6.3.6 Le bilan des interventions de gestion

Tel que défini précédemment, les interventions de gestion peuvent être classées selon les leviers qui sous-tendent leur utilisation, tels que les interactions, la médiation, le leadership, les communications ou, encore, la gestion symbolique de la vision ou de l'image.

Pour faciliter l'adaptation des employés du département d'orthopédie, les gestionnaires ont recours à des rencontres d'équipes, à de la formation, et à de nombreux événements sociaux.

Ces stratégies contribuent à l'adaptation des gens. Les principaux mécontentements des employés découlent plutôt des négociations syndicales rapides et tendues.

D'une manière notable, peu de stratégies ont pour objectif de préparer les employés avant que les changements organisationnels ne se produisent. Aussi, relativement peu d'interventions de gestion visent à faire participer les employés au processus de fusion.

Chez les chirurgiens orthopédiques, peu d'interventions de gestion ont pour objectif de préparer les personnes aux éventuels changements organisationnels, ni à favoriser leur adaptation pendant et après ces mêmes changements.

Finalement, l'absence de leadership collectif à l'intérieur du CHU, combinée au leadership plus directif du Directeur du département, contribuent à allonger et à polariser les discussions qui se déroulent dans les comités de planification et médiation.

Le tableau 6.3 ci-dessus présente les principales interventions de gestion mises en œuvre pendant la micro-fusion du département d'orthopédie au A, en faisant ressortir leur utilisation des principaux leviers de gestion mentionnée plus haut (interaction, médiation, leadership, communication, vision et image).

Tableau 6.3 L'utilisation des leviers de gestion pendant la micro-fusion du département d'orthopédie du site A

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
1. Les nominations (phase 1)		✓		✓	✓
2. Le dépôt du rapport de recommandation (phase 1)			✓		✓

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
3. Comité de planification (phase 1)	✓	✓	✓	✓	
4. L'annonce de la fusion (phase 1)			✓	✓	
5. La visite de l'aile Ouest (phase 1)			✓	✓	✓
6. L'intégration forcée des employés (phase 1)		✓	✓		
7. Les négociations syndicales (phase 1)		✓		✓	
8. Les visites de l'infirmière gestionnaire au site B (phase 1)	✓		✓	✓	
9. La formation des employés (phase 2)	✓	✓	✓		
9. Les rencontres d'équipes (phase 2)	✓		✓	✓	
10. Les événements sociaux (phase 2)	✓		✓		✓
11. Les services d'un psychologue (phase 2)	✓				
12. Le leadership fort (phase 2)		✓	✓		
13. L'ouverture de la clinique externe (phase 3)		✓	✓		✓

6.3.7 Les résultats finaux et quelques explications

Les aspects sociaux

Certaines tensions interpersonnelles sont perçues pendant la première fusion, entre les ailes Est et Ouest du site A. À titre d'exemple, une infirmière raconte avoir pris la place d'une collègue moins ancienne, pour ensuite ressentir le mécontentement de la part des autres membres du sous-groupe.

« And I can feel animosity from other nurses, you know, that I bumped this younger girl who was very liked in the unit. At the time you don't know who are you bumping. When you're told, you are a number and you are going to bump a number. So, I think people were upset with me in that respect. (Entrevue 46, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

Pour certains employés, la micro-fusion arbore un caractère relativement déstabilisant sur le plan social. Le fait de devoir accueillir de nouveaux collègues ainsi que de nouveaux membres du corps médical requièrent de la part de ces derniers de s'éloigner de leur zone de confort, de leurs habitudes bien ancrées.

« Well, I think you'd got so comfy with your own gang of nurses that then like I said before , you had to start to getting used to a bigger unit, more people involved, more services involved. (Entrevue 43, Infirmière, anciennement de l'aile Ouest du site A) »

Malgré tout, les infirmières arrivées du site B lors de la deuxième fusion mentionnent avoir profité de l'occasion pour connaître de nouvelles collègues de travail, en grande partie par l'intermédiaire des événements sociaux organisés par les membres de l'unité au 12^e étage.

« I have met a lot more people... I mean, we were working with a small group of nurses. Now we are a big group. There is more socialisation in that sense. And people organise a lot of activities on this floor too... that is one positive aspect too. Like outside the work place— la Cabane à sucre. So that I could say that is positive. First I was a bit reluctant because you are losing all your friends... (...)But now that I am here, I am quite happy with the change! (Entrevue 47, Infirmière, anciennement du site B) »

De façon notable, une des infirmières du site A raconte comment la venue des nouveaux collègues du site B semble avoir consolidé les liens déjà existant au sein de l'équipe du HGM.

« The site B people came, and they kind of helped. Having new blood in, new people and that kind of helped bring everybody back to reality. Make us realise, we're going to get through this. (Entrevue 49, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Est du site A) »

Il est à noter que peu d'éléments marquants dans les données renvoient à la situation des chirurgiens orthopédiques sur le plan social.

Les aspects professionnels

Dans le contexte de cette micro-fusion, les employés de l'unité d'ortho-trauma au 12^e étage ont pu profiter d'une augmentation de leurs connaissances liées aux nouvelles clientèles, en plus d'un contexte favorisant l'autonomie professionnelle.

« Yes. I think it is so because there is the trauma and the ortho together. So it will be more knowledge and more learning experiences. And I feel it is better for me. Because here, I can attend conferences more, improvement in terms of my career. (Entrevue 44, Infirmière, anciennement du site B) »

« But what was very difficult for the site B nurses is that now not only were they learning trauma, but they were learning big invasive ENT surgeries... and also the oral surgery patients and the vascular patients. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

Un échange de savoir-faire s'y effectue entre les infirmières du site B et celles appartenant anciennement aux ailes Est et Ouest du site A.

« You know, so we got some really, the nurses that came from site B had really great experience and the ones that did bump from other units were very good too, senior nurses. I think that was a positive thing. (Entrevue 46, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

Grâce à la concentration des ressources et aux masses critiques de patients, le nouveau département fusionné représente également un meilleur environnement pour les résidents en chirurgies orthopédique.

« I think that the fact that... the fact that we are all together... probably makes a stronger academic program for the residents. I am certain of it. And certainly, we have a huge volume of patients so that clinical material for teaching for surgery purpose is very valuable. And now we have a more presentable clinic space. (Entrevue 57, Chirurgien orthopédique, anciennement du site A) »

« Je pense que la tête du département fait en sorte maintenant qu'on a, si vous, voulez une masse critique pour intéresser des gens à venir travailler chez nous. On a une capacité organisationnelle et ça, une masse critique qui est très stimulante pour les résidents. (...) (Entrevue 56, Directeur actuel du département, chirurgien orthopédique anciennement du site A) »

Le manque de ressources matérielles et humaines, ainsi que la diminution du temps de bloc opératoire par rapport à la situation pré-fusion, représentent deux problèmes très importants dans les processus de planification et d'implémentation de la fusion. La question du temps de bloc opératoire prend des proportions d'envergure, d'autant que les chirurgiens du site A faisaient vraisemblablement plus de chirurgies, et donc davantage d'argent, avant l'enclenchement de la fusion que leurs collègues ne pouvaient en faire au site B.

« Our biggest lack is operating time. I think we never really recuperated entirely of the percentage of operating time. (Entrevue 57, Chirurgien orthopédique, anciennement du site A) »

« You know, the problem was of course that we have been merging under the promises that we maintain our net OR time. And of course, at first what happened was that they cut our OR time because we came in conflict here with the people who didn't want to move out. So they didn't want to give the resources, they were sitting on the resources and here we are... we have given up our resources at the site B. And so we had a tremendous fight to get OR time back so we have, you know, we have the OR time which we deserve. (Entrevue 54, Ancien Directeur du département, chirurgien anciennement du site B) »

« Le département a... a vécu aussi certaines frustrations... qui persistent encore quant à la perte de ressources un peu en termes de lits et en termes d'accès à la salle d'opération. Donc la sommation des deux hôpitaux n'a pas fait que l'hôpital ici soit aussi gros qu'avant. (Entrevue 56, Directeur actuel du département, chirurgien orthopédique anciennement du site A) »

Les soins au patient et l'organisation du travail

Le niveau d'achalandage dans l'unité d'ortho-trauma à la suite de la fusion, combiné au manque occasionnel de personnel, rend relativement compliqué le fait de prendre des pauses

pendant les quarts de travail, voire même pour prendre des vacances durant la saison estivale.

« And we wouldn't get break periods and stuff (...) The summer, oh boy, that is big thing too since we merged. It is hard to take vacation... and we can never close beds. Think of it, patients can't go to the site B or anywhere. So we don't get any low period whereas before the merger. (Entrevue 42, Infirmière, anciennement de l'aile Est du site A) »

De l'avis de tous, la concentration des diverses ressources, et par le fait même des expertises en présence, accroissent l'efficacité collective du département tout en favorisant le travail d'équipe.

« I feel it is stronger... the service, just the service in general because they are now in one place. (Entrevue 44, Infirmière, anciennement du site B) »

« And this way everybody, all the doctors and services can work hand in hand for the patient population. There's a good point in that. I guess all the money will go onto one basket now, more or less. (Entrevue 43, Infirmière, anciennement de l'aile Ouest du site A) »

« (...) on a eu l'avantage incommensurable... de... rapatrier toutes les activités sur un site. Et ça, c'est le je pense qu'il faut voir ça comme le plus gros plus de cette fusion-là. Alors la fusion a eu lieu et a permis à toute l'orthopédie d'être concentrée à un endroit...Et d'avoir tous les acteurs si vous voulez sur le même site, tous les patrons, tous les résidents, qu'on donne des cours, qu'on fasse des réunions, c'est facile pour tout le monde... On a coupé de moitié si vous voulez le volume des gardes etc. Donc, ça c'est fantastique. (Entrevue 56, Directeur actuel du département, chirurgien orthopédique anciennement du site A) »

« On a notre physiothérapeute, on a notre infirmière chef, on a un médecin en médecine interne, on a des résidents. 'One stop shopping'. Le matin, on parle au patient, on lui fait ses prises de sang, on lui fait son électro-cardiogramme, on l'évalue au niveau du risque cardio-vasculaire, pulmonaire etc. Et on lui donne de l'information. Dans un seul espace physique, on regroupe cinq, six disciplines pour donner le meilleur service possible aux patients. Ça, c'est de la bonne fusion! (Entrevue 58, Médecin interne à la clinique externe d'orthopédie, anciennement du site A) »

Pendant de longues années après l'intégration des activités cliniques de l'unité d'orthotrauma au 12^e étage du site A, les chirurgiens orthopédiques continuent à évoluer sur deux sites puisqu'il existe alors une clinique externe dans chaque site. Plusieurs difficultés liées à

l'organisation du travail sont ainsi mises au jour (ex. : différentes manières de constituer et d'organiser le dossier d'un patient).

« See patients here, operate there! See patients on both sites; you don't know where the hell your charts are. It's hard! I do it...did it, and it's hard and unnecessary! So they have a right to be very unhappy. (Entrevue 71, Chef du département de chirurgie du CHU) »

« Ce qui était difficile, c'est que nous, on fait de l'enseignement pré-op aux patients donc, on fait tous leurs tests pré-op et on fait leur enseignement ici à la clinique. Ils se faisaient opérer et on les voyait plus à la suite. Donc quand ils nous appelaient pour les complications – on pouvait pas vraiment les voir parce qu'ils étaient pas suivis avec nous – ils étaient suivis à la clinique d'orthopédie du site. Donc, il n'y avait pas de suivi post complications. (Entrevue 50, Infirmière à la clinique externe, anciennement du site A) »

« And it created frustration! The people of the site B as well! They were frustrated because they come up over here to operate – emergency... elective cases too! But also emergency cases. But then, they would want to follow the patients and the clinic is at the site B and the patients didn't know – some of them had come here and they had never been there. It was unworkable. Well... it was workable but poorly. (Entrevue 57, Chirurgien orthopédique, anciennement du site A) »

À ce jour, même depuis le transfert complet des activités de chirurgie au site A, et depuis l'ouverture de la clinique externe unique dans ce même site, certains ralentissements surgissent dans l'organisation du travail, entre autres à cause du fait que certaines spécialisations fréquemment appelées à collaborer avec la chirurgie orthopédique, telle la chirurgie vasculaire, demeure au site B.

« Quand le département d'orthopédie a besoin d'un service en vasculaire, ton chirurgien vasculaire est au site B, c'est très frustrant! T'aimerais ça qu'il soit dans le même hôpital. T'aimerais ça avoir un lien par ordinateur sur le résultat de la prise de sang ou de la radiographie qui a été prise ailleurs. Donc c'est certain qu'à ce niveau-là, on a beau être fusionnés, nous en tant que département, on fonctionne pas de façon indépendante complètement. (...) L'autre problème dont d'autres collègues vont te parler, c'est qu'ils (chirurgiens) vont faire des gardes au site B, ou ils ont une consultation orthopédique au site B. Là faut que tu quittes notre département, notre hôpital pour aller faire des choses là-bas, ça, ça fonctionne pas! On a des plaintes.(Entrevue 58, Médecin interne à la clinique externe d'orthopédie, anciennement du site A) »

Puis, la fusion aurait également entraîné la perte de renseignements sur des patients, ainsi qu'une diminution, à quelques reprises très significatives, dans la qualité des soins.

« Patient data would get lost between the two hospitals, you know charts would go back and forth. (Entrevue 55, Ancien Directeur du département par intérim, chirurgien orthopédique anciennement du site B) »

« Again, the doctors can only see so many patients at a time. There's more waiting for consults, appointments. Of course, you are increasing the radiology time, so you are increasing the wait time during a clinic visit. Because you have to wait for the patient to have an X-ray, and there are more people getting X-rays. (Entrevue 53, Secrétaire médicale à la clinique externe, anciennement du site A) »

« Il y a des plaintes formelles qui ont été faites parce qu'il a eu des événements tristes qui ont eu lieu au site B. . Il y a des cas de patients qui n'ont pas eu le service qu'ils auraient dû recevoir – absolument! Ça, tu vérifieras – j'ai pas besoin de te dire plus que ça. Il a des cas de patients qui ont été vus trop tard – ça a pris trop de temps avant de les voir – qui avaient des infections et qui ont dégénéré parce qu'on est tous ici (au site A0, et on est occupés ici. (Entrevue 58, Médecin interne à la clinique externe d'orthopédie, anciennement du site A) »

Enfin, la fusion entraîne un changement organisationnel d'importance pour le corps médical, soit l'abolition de la pratique dite privée.

« (...) probably the biggest difference in practice, was that we integrated private offices into the hospital service. And this was very much Dr. X's brain child. And it was actually long overdue. And the old concept of a private office where you saw your doctor and he did you...still exists – one is not putting it down – but in a teaching institution, it would be out of place. If you came to see me at my office at the site B, I would record all my data on my chart, write your doctor with regard to investigations, but no one else at the site B would have a clue about what I had done. Because it was all in private. So here, now, everything is done on the hospital chart. You may see me, in a so-called private way, the only difference being that it's booked by my secretary here, not by the main office, I don't have residents for it. So in fact, I see somebody just as I would on at a private office except I see them in the clinic area. (Entrevue 55, Ancien Directeur du département par intérim, chirurgien orthopédique anciennement du site B) »

La satisfaction et le scénario post-fusion

Certaines infirmières sont en général fort satisfaites de la fusion, comme en témoigne la citation suivante.

« You make new friends, you have a broaden aspect of nursing to do, which is interesting. We've all grown from it. (Entrevue 43, Infirmière, anciennement de l'aile Ouest du site) »

Cependant, on déplore déjà le manque d'espace dans la clinique externe récemment rénovée.

« Le désavantage de la fusion, je pense que c'est le manque d'espace. Vu que c'est un CHU, on aurait pu avoir une clinique plus grande et c'aurait été encore plus facilement acceptable. C'est sûr qu'on est restreint par l'espace physique là. Mais ça a pas rapport avec la fusion. Ça a rapport avec l'espace physique de l'hôpital. (Entrevue 50, Infirmière à la clinique externe, anciennement du site A) »

Puis, le manque de ressources continue à nourrir des frustrations chez les uns, alors que pour les autres, l'expérience revêt un voile plutôt positif malgré ce même manque à gagner sur le plan des ressources.

« You see all the other units get bigger, they are getting renovations and we don't get them. And we are the only department that actually merged, two big departments of two different buildings. So that is one of the reasons, I think, that our chief of orthopaedic surgery is leaving. (Entrevue 41, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'aile Est du site A) »

« (...) pour l'ensemble, je vous dirais que la fusion a été très positive. C'est sûr qu'il y a peut-être des gens y ont perdu un petit peu mais je pense que l'expérience a été positive globalement même si malheureusement, elle s'est fait sans l'ajout de toutes les ressources qui avaient été promises. Et si elle s'est fait aussi avec du retard dans la mise en place des structures, entre autres de la clinique externe. (...) peut-être qu'au niveau des ressources matérielles ça a été le problème. Mais je pense qu'au point de vue des ressources médicales, au point de vue des résidents, je pense que ça s'est assez bien passé. (Entrevue 56, Directeur actuel du département, chirurgien orthopédique anciennement du site A) »

Après quelques départs directement liés aux fusions du département d'orthopédie du CHU, les distinctions entre les sous-groupes en présence se sont tranquillement effacées pour laisser place, du moins au sein du sous-groupe des employés, à certains éléments propres à une nouvelle identité. Ces mêmes éléments propres à une identité relativement homogène représentent à présent un levier d'attraction pour de nouvelles ressources.

« Everything is done, I don't even think you would know that there was a merger. Like now, if you look at it. I had a presentation video on this (merger) for school and I (...) interviewed some of the residents, and their exact answer was: « What merger? » They didn't know that a merge had happened. (...) New girls coming on won't even know there was a merger of the East and the West. They thought this is how it always was. (Entrevue 49, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Est du site A) »

« But now... things have stabilised... and we have basically... reached a certain level where at east orthopaedics is working as a unified department. (...) I think the positive aspect is that we have really brought people together to a unit. I think all in all, people today feel as a department. They don't really talk of the site A or the site B – they feel as a UHC. And it gave us the possibility to recruit very good young people. I think... we have the highest recruitment rate of all the surgery departments in the University hospital network. I have, on my term, recruited about 17 people. (Entrevue 54, Ancien Directeur du département, chirurgien anciennement du site B) »

Au final, la fusion du département d'orthopédie a généré le plus fort taux de satisfaction vis-à-vis de la fusion chez les employés, et ce, comparativement aux employés des autres cas de fusion. (moyennes provenant du questionnaire : **4,83/7** pour les employés du département d'orthopédie, contre **4,01/7** pour les employés de l'USI du site A, **4,72/7** pour les employés de l'USI du site B et **4,58/7** chez les employés du département de radio-oncologie) (voir le tableau 6.4).

Aussi, selon les questions quantitatives posées à l'entrevue, les employés du site A seraient légèrement moins satisfaits de la fusion que leurs collègues provenant du site B, et ce, plusieurs années après l'amorce de la fusion (**7,81/10** contre **8,00/10**) (voir le tableau 6.4).

Contrairement aux employés, mais de manière cohérente avec les analyses faite à partir de ce cas de fusion, les membres du corps médical (chirurgiens des sites A et B) ont le niveau de satisfaction vis-à-vis de la fusion le plus faible (moyennes provenant du questionnaire : **5,13/7** chez les chirurgiens du département d'orthopédie, contre **5,50/7** chez les intensivistes de l'USI du site A, **6,50/7** chez les intensivistes du site B et **5,58/7** du côté des radio-oncologues du site A (voir le tableau 6.4).

Puis, selon les questions quantitatives posées à l'entrevue, les chirurgiens du site A seraient toujours légèrement moins satisfaits de la fusion que leurs collègues du site B, et ce, plusieurs années après l'amorce de la fusion (7,17/10 contre 7,50/10) (voir le tableau 6.4).

Le tableau 6.4 suivant reprend globalement les principaux éléments sur lesquels l'analyse de la micro-fusion du département d'orthopédie du site A repose, afin d'amorcer par la suite l'interprétation des résultats d'une manière agrégée et, donc, de dégager un point de vue global de la micro-fusion. Précisément, tableau est constitué des perceptions entourant (1) les aspects sociaux, (2) les aspects professionnels, (3) les soins et l'organisation du travail, (4) le scénario post-fusion et (5) la satisfaction des personnes touchées par la fusion.

Tableau 6.4 - La synthèse des perceptions post-fusion au département d'orthopédie du site A (sous-groupes et groupe fusionné)

Perceptions entourant les aspects sociaux par sous-groupe	Perceptions entourant les aspects professionnels par sous-groupe	Perceptions entourant les soins et l'organisation du travail par sous-groupe	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction générale dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>a) Employés du département (site A et B)</p> <p>= + + / -</p> <p><i>"Hm.... I have met a lot more people (...) I mean there is more socialisation in that sense. (...) People organise a lot of activities on this floor too... that is one positive aspect too. (...) First I was a bit reluctant because you are loosing all your friends.. But now that I am here, you know, I am quite happy with the change! (Entrevue 47, Infirmière du site B) »</i></p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion</p> <p>$T_1 = 5,14/7$ (N= 20; ET = 0,94)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité</p> <p>$T_1 = 6,00/7$ (N= 20 ; ET= 0,93)</p>	<p>a) Employés du département</p> <p>= + / -</p> <p><i>"(...) new ideas, new ways of doing things. (...) new patients came like E.N.T. patients started to come in. We knew nothing about E.N.T. And the nurses from that floor in-serviced us on that, and then we taught them ortho. (Entrevue 49, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Est du site A) »</i></p>	<p>a) Employés du département</p> <p>= + / -</p> <p><i>"Because when I started in here in the 90s they had 44 beds and then we went down to 25 beds and now we have 50 beds. And, the big key issue too was that the patient care was getting heavier as well. It's that we were getting a lot of patients that since had fractures bones, had a lot of medical issues as well, and psychiatric issues. So, that was one of the concerns.(Entrevue 43, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Ouest du site A) »</i></p>	<p>a) Employés du département</p> <p>= INTÉGRATION FORTE et l'identification à l'unité est élevée à 5,39/7 (N=18;ET =1,02)</p>  <p><i>« I don't even think you would know that there was a merger. (the residents) didn't know that a merger had happened. (Entrevue 43, Infirmière formatrice, anciennement de l'aile Ouest du site A) »</i></p>	<p>a) Employés du département</p> <p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1)</p> <p>$T_1 = 4,83/7$ (N=20;ET=0,91)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>$T_1 = 5,04/7$ (N=20; ET=0,95)</p>	<p>a) Employés du site A = 7,81/10 (N= 8;SD=0,37)</p> <p>b) Employés du site B = 8,00/10 (N=2; ET=0,00)</p>	<p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1)</p> <p>$T_1 = 4,88/7$ (N=24; ET=0,98)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>$T_1 = 4,92/7$ (N=24;ET=1,01)</p>

Perceptions entourant les aspects sociaux par sous-groupe	Perceptions entourant les aspects professionnels par sous-groupe	Perceptions entourant les soins et l'organisation du travail par sous-groupe	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction générale dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>b) Corps médical (sites A et B)</p> <p>= +/-</p> <p><i>“Basically not a problem. No I mean – if there are issues in relationships... they deal with personality not with structure, culture. I don't think it is due to the institutional culture. (Entrevue 57, Chirurgien du site A) »</i></p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion</p> <p>T₁ = 5,31/7 (N= 4 ;ET= 0,52)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité</p> <p>T₁ = 5,94/7 (N= 4;ET= 0,55)</p>	<p>b) Corps médical</p> <p>= +/- -</p> <p><i>“Our biggest lack is operating time. I think we never really recuperated entirely (...) We were net losers. (Entrevue 57, Chirurgien du site A)”</i></p>	<p>b) Corps médical</p> <p>= +/- -</p> <p><i>« Il y a des plaintes formelles qui ont été faites parce qu'il y a eu des événements tristes. (...) il y a des cas de patients qui n'ont pas eu le service qu'ils auraient dû recevoir – absolument! - qui avaient des infections et qui ont dégénéré parce que on est tous ici.. et on est occupés ici. (Entrevue 58, Médecin interne à la clinique externe du site A) »</i></p>	<p>c) Corps médical</p> <p>= INTÉGRATION RELATIVEMENT FAIBLE même si l'identification à l'unité est élevée à 5,90 /7 (N=4;ET =0,22)</p> <div data-bbox="1123 726 1298 805" style="text-align: center;"> </div> <p><i>“But now things have stabilised and we have basically reached a certain level where at least orthopaedics is working as a unified department. (Entrevue 54, Ancien Directeur, chirurgien du site B)”</i></p>	<p>c) Corps médical</p> <p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1)</p> <p>T₁ = 5,13/7 (N=4 ET =1,44)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 4,28/7 (N=4; ET =1,21)</p>	<p>a) Chirurgiens du site A = 7,17/10 (N=3;ET=0,29)</p> <p>b) Chirurgiens du site B = 7,5/10 (N=2;ET=2,12)</p>	

6.4 La conclusion de la fusion du département d'orthopédie du site A

Certaines variables font en sorte de favoriser le processus d'identification des employés et des chirurgiens orthopédiques au nouveau département fusionné. Par contre, d'autres variables viennent freiner ce même processus d'identification, entre autres en générant des perceptions de menace identitaire.

Il est à noter que, contrairement au sous-groupe composé des employés du département, les enjeux principaux qui affectent les chirurgiens ne sont pas tellement d'un ordre identitaire, mais plutôt professionnel (e.g. enjeux de rémunération).

6.4.1 Les leviers au processus d'identification au département d'orthopédie

L'aspect relativement volontaire du changement

Lors de la deuxième phase de la micro-fusion du département d'orthopédie, les employés se voient offrir un choix entre la possibilité de se joindre au département basé au site A afin de continuer à prendre soin d'une clientèle orthopédique ou, encore, de rester au site B, mais dans un domaine autre que la spécialisation orthopédique. Cet aspect relativement volontaire de cette étape de la micro-fusion favorise chez les employés du site B, une ouverture relative par rapport à la micro-fusion. À nouveau, la possibilité de choisir son équipe de travail semble contribuer significativement au processus d'identification à la nouvelle unité. Il est à noter que l'absence de choix offert aux employés des ailes Est et Ouest, au cours de la 1^{ère} phase, semble avoir généré des perceptions de menace identitaire tangibles.

Les interventions sociales et le jumelage

Les interventions managériales s'appuyant sur des événements sociaux et la mise sur pied de lieux de rassemblement dans la nouvelle unité, telle la salle à café, semblent avoir produit des effets tangibles sur le tissu social de l'unité et, par conséquent, auraient contribué à rapprocher les personnes touchées par la micro-fusion sur le plan identitaire. Puisque qu'il

existe certaines perceptions de menaces identitaires chez les sous-groupes en présence, principalement au chapitre des caractéristiques professionnelles, les interventions dites « sociales » pourraient, à nouveau, avoir l'avantage de favoriser l'émergence des liens sociaux dans un climat neutre ou positif et, ainsi, de favoriser l'identification des personnes à la nouvelle unité. Par le jumelage, les employés feraient l'apprentissage de nouvelles clientèles de patients, et de nouvelles techniques de soins, dans un contexte d'apprentissage plus personnalisé, voire dans une ambiance plus détendue.

Les comportements d'accueil par le gestionnaire

L'appui et l'accueil manifesté par l'infirmière gestionnaire envers ses employés aurait grandement contribué à leur adaptation à la fusion, et à leur identification à la nouvelle unité.

6.4.2 Les freins au processus d'identification au département d'orthopédie

Les négociations syndicales

De l'avis de tous, les négociations syndicales furent difficiles. Plusieurs employés du site B ont décidé de quitter le département d'orthopédie, au cours et/ou après ces dernières. Entre autres de part leur déroulement rapide, ces tractations syndicales ont vraisemblablement ralenti le processus d'identification à la nouvelle unité, principalement chez les employés du site B.

La progression rapide du changement

La mise en œuvre rapide (3 mois) de la fusion inter site aurait significativement contribué aux difficultés d'adaptation tant des employés que des chirurgiens, entre autres en limitant le nombre d'interventions de gestion ayant pour but de les préparer à la micro-fusion, ainsi qu'à les accompagner dans ce changement organisationnel d'importance.

L'implantation rapide de la polyvalence professionnelle

La stratégie d'implanter à un rythme assez soutenu la polyvalence professionnelle au sein de tous les employés du département d'orthopédie, dans un contexte de différences identitaires d'importance, contribue à produire plusieurs perceptions de menace identitaire chez les membres des sous-groupes touchés par la micro-fusion. Malgré la présence de certains leviers au processus d'identification au département fusionné, la mise en œuvre de la polyvalence professionnelle et les perceptions de menace identitaire qui en découlent, auraient pu à ralentir ce même processus d'identification.

L'accès au bloc opératoire

Puisqu'il affecte directement la rémunération des chirurgiens orthopédiques, l'accès diminué au bloc opératoire représente un enjeu capital tout au long de cette micro-fusion et, par conséquent, semble ralentir significativement le processus d'identification de ces derniers au département fusionné.

Le leadership

L'absence apparente de leadership collectif au département, et style de leadership plutôt contesté du Directeur du département, pendant la majeure partie de la micro-fusion, semble contribuer à diminuer la mobilisation des membres du corps médical, voire de certains employés. Donc, le leadership en vigueur pourrait aussi avoir contribué à ralentir l'identification des personnes au département fusionné.

L'aménagement physique

L'apparence du nouveau département orthopédique (i.e. saleté au 12^e étage), surtout avant l'ouverture de la nouvelle clinique externe en janvier 2003, et le va-et-vient entre les deux sites pendant quelques années, sont des facteurs ayant pu contribuer à ralentir le processus d'identification des personnes au département fusionné, et ce, par la désillusion et la démobilisation progressives. Malgré que l'unité ortho-trauma au 12^e étage du site A comporte plusieurs ressemblances avec celle de l'USI du même site - grande taille et aspect longitudinal, elle ne produit pas pour autant le même sentiment d'isolement chez les employés, du moins dans les données colligées sur le terrain. L'absence de chambres fermées (« Pods »), ainsi qu'un type de clientèle relativement moins malade en orthopédie

qu'aux soins intensifs, permettrait aux employés de circuler avec suffisamment de liberté dans l'unité pour bénéficier d'occasions d'échanger sur le plan social et professionnel.

Tout au long de la fusion du département d'orthopédie du site A, plusieurs sources de menace identitaire sont présentes, tant chez les employés que chez les chirurgiens orthopédiques des deux sites. Les tableaux 6.5, 6.6, 6.7 et 6.8 ci-dessous, présentent les sources de menace identitaire par sous-groupe de personne rencontrées en entrevue. Ces tableaux présentent aussi au lecteur quelques facteurs qui contribuent à diminuer les perceptions de menace identitaire (e.g. gestionnaire provenant du même site qu'un sous-groupe de personnes).

Tableau 6.5 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire élevée chez le sous-groupe des chirurgiens du site A

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓ ✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faire moins de chirurgies d'urgence après la fusion • Les chirurgiens possèdent un moins grand nombre de sources d'identification en dehors du département • Statut très élevé à protéger • Identité d'origine forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe du corps médical
3. Changement de gestionnaire	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance du site A de l'infirmière gestionnaire • Provenance du site B du Directeur du département
4. Autre changement ou source de menace	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement très rapide de la fusion • Accès réduit au bloc opératoire / Perte de revenu substantielle

Tableau 6.6 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire moyennement élevée chez le sous-groupe des chirurgiens du site B

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement lié au contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Les chirurgiens possèdent un plus grand nombre de sources d'identification en dehors du département que leurs collègues du site A / ils font plus de recherche qu'eux • Risque de faire moins de chirurgies électives après la fusion • Identité d'origine moyennement forte • Statut élevé à protéger
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe du corps médical
3. Changement de gestionnaire		<ul style="list-style-type: none"> • Provenance du site A de l'infirmière gestionnaire • Provenance du site B du Directeur du département
4. Autre changement ou source de menace	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement très rapide de la fusion • Accès légèrement réduit au bloc opératoire

Tableau 6.7 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire moyennement élevée chez le sous-groupe des employés du site B

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement dans le contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage de techniques de soins (ORL) • Risque de traiter moins de chirurgies électives • Implantation rapide de la polyvalence professionnelle • Identité d'origine forte

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Contact moins fréquent avec anciens collègues de travail • Départ de certains collègues de l'unité au site B
3. Changement de gestionnaire	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance du site A de l'infirmière gestionnaire • Provenance du site B du Directeur du département
4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement très rapide de la fusion

Tableau 6.8 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire faiblement élevée chez le sous-groupe des employés du site A

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement dans le contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓ ✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Site qui accueille un petit nombre d'employés du site B / statut quo au chapitre de l'organisation des soins • Implantation rapide de la polyvalence professionnelle • Identité d'origine forte
1. Changement dans la composition du sous-groupe de travail 2.		<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe des employés du site A
3. Changement de gestionnaire	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance du site A de l'infirmière gestionnaire • Provenance du site B du Directeur du département
4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement très rapide de la fusion

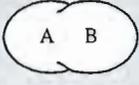
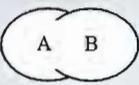
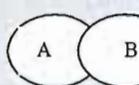
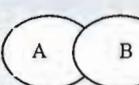
En somme, le niveau d'identification au département d'orthopédie est élevé chez les employés du site A et chez leurs collègues provenant du site B (moyenne provenant de l'entrevue : 5,22/6 pour les employés du site A et 5,00/6 pour ceux du site B) (voir tableau 6.9). Tout comme pour le cas de la fusion de l'USI du site B, ce fort niveau d'identification

peut entre autres s'expliquer par l'effet du temps; les années écoulées depuis le début de la fusion ont pu contribuer significativement à l'identification des deux sous-groupes d'employés. En bout de ligne les deux sous-groupes d'employés cohabitent dans la nouvelle unité et de nombreux indices laissent entrevoir un niveau élevé d'intégration sur le plan professionnel et social (voir tableaux 6.4 et 6.9). Pour leur part, les chirurgiens du site A s'identifient fortement à la nouvelle unité (moyenne provenant de l'entrevue : 5,00/6) alors que leurs collègues arrivés du site B s'identifient moyennement au nouveau département d'orthopédie (moyenne provenant de l'entrevue : 3,50/6). Il est intéressant de noter que les chirurgiens ne s'identifient que moyennement au département malgré les quelques sept années écoulées depuis les changements de 1996. Il est possible d'envisager que la perte de leur ancien Directeur soit un facteur lié à cette identification moins forte.

Contrairement au cas de fusion de l'USI du site A, mais par contre à l'image de celui de l'USI du site B, l'analyse des perceptions de menace identitaire chez les membres du département d'orthopédie laisse croire à un changement qui affecte davantage l'identité des membres du corps médical que celle des employés de l'unité.

Tableau 6.9 Les variables dépendantes par sous-groupe de personnes étudiées pendant la micro-fusion du département d'orthopédie du site A

	Employés du site A	Employés du site B	Chirurgiens du site A	Chirurgiens du site B
Perceptions de menaces identitaires du sous-groupe avant la fusion	Faiblement élevées (tableau)	Moyennement élevées (tableau)	Élevées (tableau)	Moyennement élevées (tableau)
Identification du sous-groupe à la nouvelle unité	Élevée (5,22/6) (N= 9;SD=0,83)	Élevée (5,00/6) (N= 2;SD=0,00)	Élevée (5,00/6) (N= 3;SD=0,00)	Moyennement élevée (3,50 /6) (N= 2;SD=2,12)
Satisfaction post-fusion du sous-groupe	Élevée (7,81/10) (N= 8;SD=0,37)	Élevée (8,00/10) (N= 2;SD=0,00)	Élevée (7,17/10) (N= 3;SD=0,29)	Élevée (7,50/10) (N= 2;SD=2,12)
Scénario de la fin pour le sous-groupe (et	Roulement faible	Roulement moyennement élevé	Roulement faible	Roulement faible

	Employés du site A	Employés du site B	Chirurgiens du site A	Chirurgiens du site B
roulement à l'intérieur du sous-groupe)	Intégration forte (cohabitation) 	Intégration forte (cohabitation) 	Intégration faible (cohabitation) 	Intégration faible (cohabitation) 

* Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

** Les données reliées à la satisfaction sont tirées de l'entrevue : 0 – 3,32 = Faiblement élevée ; 3,33 – 6,65 = Moyennement élevée ; 6,66 – 10 = Fortement élevée.

Les valeurs des variables dépendantes du tableau 5.8 seront reprises ultérieurement dans les chapitres d'analyse transversale.

Le retour sur le cadre conceptuel et sur les questions de recherche.

La section suivante effectue un retour sur les propositions de recherche à la lumière des résultats produits par l'analyse de la fusion du département d'orthopédie du site A, toujours afin de répondre aux deux questions de recherche portant sur l'effet du profil identitaire sur le processus de fusion et les résultats finaux (question 1) ainsi que sur l'effet des interventions de gestion sur ces mêmes dimensions (question 2).

L'analyse du troisième cas de fusion (le premier inter-site) confirme que la rencontre de sous-groupes aux contenus identitaires différents, tend à générer des perceptions de menace identitaire chez les membres de ces sous-groupes, ce qui en retour génère des tensions tangibles entre les sous-groupes, rend plus difficile l'intégration identitaire et vient diminuer la satisfaction des personnes (**proposition 1**). À l'image de la situation observée dans les deux USI, cette proposition s'avère particulièrement représentative de la réalité des employés provenant des deux ailes du site A (ailes est et ouest) au moment de leur intégration avant l'amorce de la fusion inter-site. Il en est ainsi car leur nombre relativement égal, jumelé à l'obligation de rapprocher leurs pratiques professionnelles en peu de temps, tend à accentuer leurs perceptions de menace identitaire. Qui plus est, un bon nombre d'employés basés au site B, à qui sont offerts quelques alternatives à la fusion, décident de leur plein gré de ne pas adhérer au projet de fusion, en partie à cause de la présence de

différences identitaires significative. Or, l'arrivée volontaire d'un petit nombre d'employés du site B avec une expertise en chirurgie électorale orthopédique, jugée utile aux yeux des employés du site A, semble établir une dynamique favorable à l'ouverture de tout un chacun ainsi qu'à l'amorce du processus d'identification à la nouvelle unité après la fusion. En bref, l'analyse du cas de fusion du département d'orthopédie permet de découvrir que les dynamiques découlant de divergences identitaires seraient également influencées par le nombre de personnes dans les sous-groupes en présence, ainsi que par la perception de complémentarité entre ces mêmes sous-groupes (par opposition à une compétition pour les ressources).

L'analyse du troisième cas de fusion confirme la seconde proposition de recherche selon laquelle plus les sources d'identification sont appelées à être modifiées au cours de la micro-fusion, plus les personnes concernées seront sujettes à percevoir une menace identitaire contribuant à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des gens (**proposition 2**). Cette proposition s'est avérée vraie tant pour les employés que pour les chirurgiens orthopédiques, lesquels derniers sont entre autres forcés d'abandonner leurs pratiques de consultation privée dans la clinique externe du CHU.

Puis, l'analyse du troisième cas de fusion confirme la **proposition de recherche 3a** qui stipule que plus l'identité d'un sous-groupe avant la micro-fusion est forte, plus ses membres sont sujets à percevoir une menace identitaire, laquelle perception contribuera à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des personnes. Dans le cas de fusion du département d'orthopédie, les sous-groupes à l'identification d'origine la plus forte qui se retrouvent dans une position de devoir modifier significativement leurs pratiques professionnelles, soit les employés du site B et les chirurgiens du site A, sont aux prises avec les plus fortes perceptions de menace identitaire initiale, et donc, sont les plus réfractaires vis-à-vis le changement. Qui plus est, contrairement à la fusion de l'USI du site B, l'absence de stratégies managériales visant à diminuer la probabilité de devoir modifier son identité d'origine à la suite de la fusion, contribue aussi à hausser les perceptions de menace identitaire chez ces mêmes deux sous-groupes.

Puis, la **proposition 3c**, selon laquelle plus la force d'identification des membres des sous-groupes avant la micro-fusion est forte et symétrique, plus le scénario d'intégration risque de prendre la forme d'une cohabitation identitaire, est précisée par l'analyse des dynamiques inter-groupes chez les employés. En effet, malgré la présence de forces d'identification élevées et très similaires entre les employés des sites A et B, le nombre de personnes à l'intérieur du sous-groupe arrivé du site B est fortement inférieur en nombre, ce qui ne leur permet pas de pérenniser leur identité d'origine une fois arrivés dans la nouvelle unité. Donc, selon les dynamiques observées chez les employés, le nombre de personnes dans les sous-groupes en présence s'additionne aux rapports liés à la force d'identification, pour influencer le scénario final d'intégration identitaire. Puis, la **proposition 3b** est confirmée par l'analyse de l'intégration des deux sous-groupes de chirurgiens. En effet, la force d'identification pré-fusion grandement asymétrique entre les membres des deux sous-groupes, entraîne un scénario qui s'apparente dans une certaine mesure à une absorption identitaire, au sens où les chirurgiens du site B perçoivent moins de menace identitaire et font un nombre plus élevé de concession sur le plan professionnel.

Ce cas de fusion confirme également la **proposition 4** stipulant que les interventions de gestion pendant la micro-fusion d'unités opérationnelles influencent à la fois le processus d'intégration et les résultats finaux de ce dernier (i.e. le degré d'identification, la satisfaction, le scénario d'intégration identitaire). Par exemple, le jumelage entre les employés arrivés du site B et ceux basés au site A représentent une opportunité mutuelle de créer des liens sociaux et de se développer sur le plan professionnel. Puis, la décision de déménager les activités orthopédiques du site B vers le site A en seulement trois mois, constitue un autre exemple de l'impact des interventions de gestion sur le processus d'intégration et les résultats finaux, en l'occurrence une insatisfaction palpable chez les employés, les chirurgiens ainsi que chez les gestionnaires relativement à ce rythme jugé trop rapide pour maximiser la réussite des changements organisationnels.

Le présent cas de fusion confirme également la **proposition 5** qui avance que la forme d'intégration identitaire qui résulte du processus de fusion est une conséquence non seulement des interventions de gestion mises en œuvre, mais aussi des dynamiques enclenchées par les profils identitaires en présence avant la fusion. Les données de ce cas de

fusion appuient cette proposition puisque, avant l'émergence d'interventions de gestion, les fortes perceptions initiales de menace identitaire chez les employés du site B ont précipité le départ de plusieurs d'entre eux avant même le déménagement vers le site A. Puis, les interventions de gestion comme le jumelage d'employés ont contribué au rapprochement observé entre ces deux sous-groupes d'employés pendant la fusion, entre autres en accentuant une dynamique de collaboration sociale et professionnelle. Ces interventions de gestion semblent avoir contribué à une cohabitation identitaire très harmonieuse, probablement porteuse des bases nécessaires à l'émergence d'une nouvelle identité conjointe. Par contre, l'absence d'interventions de gestion favorisant l'adaptation et les rapprochements entre les chirurgiens orthopédiques des deux sites semble avoir contribué à polariser ces deux sous-groupes, du moins pendant plusieurs années (scénario de cohabitation). En somme, les dynamiques identitaires observées à l'amorce de la fusion seraient accentuées ou diminuées par le nombre et la nature des interventions de gestion mises sur pied pendant la fusion.

Finalement, ce cas de fusion confirme à nouveau l'importance de considérer certaines variables dites contextuelles telles que le choix offert aux personnes d'adhérer au projet de fusion et le rythme de l'implantation des changements organisationnels, ainsi que de prendre en compte les interrelations existant entre les constituants du profil identitaire et ces mêmes variables contextuelles (e.g. le nombre des membres dans un sous-groupe qui module l'effet inhérent aux rapports de forces identitaires sur le scénario final d'intégration identitaire). Presque sept ans après le début de la fusion, les inconvénients vécus par les chirurgiens orthopédiques tout au long de la fusion sont encore décelés dans les données qualitatives et quantitatives, entre autres chez les chirurgiens du site B qui affichent une identification moyennement élevée au département d'orthopédie fusionnée. Malgré ces relents du passé, les difficultés d'adaptation initiales se sont pour la plupart dissipées, entre autres grâce à l'effet réparateur du temps. On pourrait dire que la situation est beaucoup plus cohésive et fonctionnelle à présent. Le prochain chapitre traite du cas de fusion du département de radio-oncologie du site A.

Chapitre VII

LA MICRO-FUSION DU DÉPARTEMENT DE RADIO-ONCOLOGIE AU SITE A

La présente analyse porte sur la micro-fusion des sites A et B du département de radio-oncologie, laquelle se découpe en deux phases distinctes. La première phase est marquée par la fusion administrative des deux sites, à la suite de laquelle le groupe des employés emboîte le pas des médecins et se met à travailler sur les deux sites de manière interchangeable. Cette première phase se déroule sur une période de trois ans, soit entre 1998 et 2001. Lors de la deuxième phase, de 2001 à 2002, d'importantes rénovations ont lieu au 5^e étage du site A, afin d'accueillir la nouvelle équipe agrandie résultant de la fermeture définitive du site B.

En plus de ces deux phases, les autres rubriques d'analyse sont : le (1) contexte et historique, (2) les écarts identitaires, (3) le contexte physique, (4) les interventions de gestion et le leadership, (5) l'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles, ainsi que (6) les résultats intermédiaires et finaux de l'intégration.

7.1 La phase 1 : la fusion administrative des unités des sites A et B (de 1998 à 2001)

7.1.1 Le contexte et l'historique

Les raisons qui sous-tendent la fusion de 1998 remontent aux années 1980. À cette époque, les technologies en radiothérapie se transforment considérablement. De nouveaux appareils à la taille imposante et au prix élevé voient le jour. Couplées à des limites budgétaires dans les hôpitaux du CHU, ces nouvelles technologies forcent la main des dirigeants du département de radio-oncologie, lesquels se voient dans l'obligation de rationaliser tant leurs

activités que leurs investissements. La stratégie devient alors de revoir le rationnel derrière l'achat d'appareils pour les sites A et B.

Au cours de ces mêmes années, le département de radio-oncologie du CHU comporte des activités sur trois sites, soit les sites A, B et C. En 1990, le site C se dote de son propre chef pour coordonner ses activités. À partir de cette date, le chef actuel du département, également titulaire de la Chaire de la division de radio-oncologie du CHU, s'occupe uniquement de la gestion des activités cliniques des sites A et B, tout en continuant à entretenir une étroite collaboration avec le site C.

« So, what we were talking about over these nineties is consolidating activities of radiation-oncology on one site or see how the site B radiation-oncology department could remain open, there is the brachytherapy center change of location, something like this. So you didn't have to buy linear [accelerators] for three millions dollars each and other techmologies for one and a half million dollars each when you already have enough equipment on this site. And it was going to be much more efficient (Entrevue 35, Directeur médical, anciennement du site A). »

Au moment d'aborder la fusion, le site B traite surtout les cas de cancer du sein en plus d'être l'emplacement de spécialités telles que la brachythérapie², l'oncologie de jour et de nombreux cas de chirurgies oncologiques. Au site A, en contrepartie, l'oncologie fait partie du département de médecine ; on y traite d'autres clientèles de patients à l'aide de techniques et de technologies différentes, sans qu'il y ait d'activités chirurgicales. Capitalisant sur ces différences au niveau des pratiques médicales des deux centres, le site B réussit en 1995-1996 à faire reconnaître ses services d'oncologie en tant que programme traversant l'environnement médical et chirurgical. Dans un contexte de rationalisation des servies de radio-oncologie au CHU, la complémentarité clinique déjà existante entre les deux sites s'accroît au point de générer des conflits entre médecins. Les médecins du site A veulent fusionner, alors que ceux du site B souhaitent ardemment demeurer autonome. En guise de stratégie de survie, tous et chacun font valoir leur expertise afin d'attirer le plus de financement possible.

² Technique de soin qui consiste à insérer localement un cathéter comportant une tige radioactive.

« Par contre, je veux dire, associé à l'utilisation des équipements, il y avait des programmes de pointe qui étaient développés dans les deux environnements. Ce sont ces programmes qui ont beaucoup supporté les médecins. Ça, ça a fait qu'il y avait, il y a eu vraiment une, un conflit entre les médecins du site B et les médecins du site A qui était alimenté depuis bien bien des années avant la fusion. (Entrevue 72, Directeur responsable de l'intégration clinique au CHU). »

Au moment d'entamer les pourparlers de la fusion, des discussions encore plus vives qu'auparavant éclatent alors entre les médecins du site B et du site A, quant à la répartition du financement nécessaire à la survie et à la croissance des diverses spécialités, et ce, jusqu'à ce que certains directeurs du CHU tranchent la question et décident de favoriser des investissements faits uniquement au site A. Le choix de ce site étant conditionné en grande partie, tel que mentionné plus haut, par les coûts largement inférieurs de rénovation qu'il requière. Par conséquent, cette stratégie d'investissement vient alors précipiter le processus de fusion et la consolidation des activités au site A.

« Finalement, quant à moi, ce qui est arrivé, c'est que au bout de la ligne, c'est le site A, l'équipe du site A qui a gagné sur toute la ligne. Parce que le plateau technique s'est agrandi au site A. (...) Je veux dire, à partir de ce moment, s'en est suivi que Radio-onco a déménagé, aussi simple que ça ! (Entrevue 72, Directeur responsable de l'intégration clinique au CHU). »

7.1.2 Les écarts identitaires en présence

Lors de la première phase, il existe deux unités ayant des profils identitaires différents, principalement en ce qui a trait à son contenu. Il est à noter que les deux sous-groupes d'employés partagent une même source d'identification, soit l'expertise professionnelle, mais que les membres du site B tirent également une très importante part de leur identité de l'approche et de l'organisation des soins, propres à leur groupe de travail d'origine.

Dans les semaines qui suivent la fusion administrative du département de radio-oncologie, mais avant la fermeture officielle du site B, les deux groupes d'employés collaborent relativement bien ensemble, tant sur le plan professionnel que social.

Cependant, malgré que les employés des deux sites sont pour la plupart passés par les mêmes programmes d'enseignement québécois, acquérant par conséquent une expertise similaire et développant en cours de route des liens d'amitié, des différences identitaires se font sentir pendant le processus d'intégration.

« They were exactly like us; because we came from the same school, same physics department, same oncologists, they were the same like us. There's no difference. I don't find any difference in the quality of the manpower there with respect to ours. (Entrevue 27, Technologue, anciennement du site A) »

D'abord, les anciens employés du site B possèdent une expertise plus marquée auprès de certains cas de cancer (ex. : sein et prostate) et de techniques de soins spécialisées (i.e brachythérapie). Pour leur part, les employés du site A traitent une plus grande variété de cancers. Ces différences tangibles en ce qui a trait à la clientèle sous-tendent aussi pour certaines personnes, des différences de statut entre les deux sites.

« Site B to me was like, well the other site; much smaller. (...) They were treating mainly breast patients, breast and prostate, all the complex cases were all done here, you know? So it was more of a bit...I would have considered it a bit of a secondary type of centre, because, like I said, the complex...all the complex treatments were all done here. (Entrevue 24, Assistante technologue en chef, anciennement du site A) »

Puis, le rythme de travail est nettement plus soutenu au site A. Les innovations technologiques, fruits du département de physique médicale seulement basé au site A, s'enchaînent et contribuent à ce rythme jugé effréné, mais aussi à la réputation prestigieuse de ce même site. Pour leur part, les gens du site B sont considérés comme plus détendus et chaleureux.

« Whereas the site B, it was more relaxed, you know? In the sense that yes they were expected to produce, but it was a different type of...a different type of expectations. (Entrevue 24, Assistante technologue en chef, anciennement du site A) »

« Je pense qu'ils sont plus – de ceux qu'il reste, il n'en est pas resté beaucoup de gens -, je pense que c'est des gens qui essaient d'être plus chaleureux, moins...plus relaxe. Peut-être parce qu'il y avait moi de patients à traiter là-bas? Le développement de nouvelles techniques était moins important au site B qu'au site A, alors ça amenait une autre atmosphère. (Entrevue 23, Chef de service anciennement au site A) »

Puis, l'organisation des soins diffère sur les deux sites. Précisément, les employés du site B effectuent, au jour le jour, des tâches qui mettent à contribution une certaine polyvalence professionnelle.

« At the site B, it was a much smaller department. So because of that, a lot more responsibility all the way around. We work on the simulator, do brachytherapy, then turn around with another machine, or do something else, you know, booking, calling patients, organizing... different activities in the departments (Entrevue 33, Technologue, anciennement au site B) »

Malgré ce dernier fait, certaines personnes du site B s'y sentent stagner. La plus grande spécialisation des soins médicaux pourrait entre autres expliquer cette perception.

« Well weaknesses were; we were pretty stagnant, we did the same thing day in and day out. (Entrevue 25, Technologue anciennement du site B) »

Même si les employés des deux sites reconnaissent et valorisent l'importance d'aider les patients, ceux provenant du site B racontent combien il est important et distinctif pour eux de diriger leurs énergies sur le bien-être du patient.

« We gave a lot of importance to patient care, we were very, very good with patients. We delivered, and this comes from patients who were treated at the site B. And are being turned up over here at the site A, and most of them saying that "My God" they just miss the site B because of the patient care. (Entrevue 25, Technologue anciennement du site B) »

« I do it mostly because of patients. For patients. My first thing, is patients. That is one thing I miss over here because it was smaller at the site B. (Entrevue 32, Secrétaire médicale anciennement du site B) »

Les différences identitaires énumérées précédemment contribuent à rehausser la fierté éprouvée par les employés provenant des deux sites du département de radio-oncologie, mais représente aussi un frein potentiel à leur intégration sur le plan social.

« Historiquement, le site A et le site B ont toujours été des rivaux. Hum...le A étant reconnu comme étant un petit peu snob. (...) Quand je vois des gens ou je vais à des congrès, je dis 'je travaille au site A, Université X.' Il y a une

certaine fierté! Veut, veut pas, tu sais que la technologie est avancée. (Entrevue 34, Technologue anciennement du site A) »

« C'était juste la fierté d'être au site B. Tu rentres au site B et ça ne sent pas pareil. C'est comme rentrer chez vous. On avait une chef qui était exceptionnelle... (Entrevue 30, Technologue anciennement du site B) »

« Il faut reprouver après X nombre de temps de travail au site B, qu'on est au même niveau que les autres (au site A), malgré qu'ils le savent, mais c'est envers les collègues. Parce qu'on est quand même des intrus qui arrivent.(Entrevue 30, Technologue anciennement du site B) »

Du côté des radio-oncologues, s'ajoutent à d'anciens conflits de profonds différends dans la conception de l'identité du nouveau département de radio-oncologie. Entre autres éléments identitaires, le site A repousse systématiquement les limites de la technologie, et ce, en misant sur la recherche appliquée faite par le département de physique médicale. D'autre part, les projets de recherche seraient moins nombreux au site B.

« C'était la guerre ouverte. Il n'y avait pas vraiment de base pour établir un service unique. Tout était à faire au point tel où même le directeur de la radio-oncologie du site A et celui du site B, quand je parle directeur clinique, ils ne se parlaient même pas. Il n'y avait aucune communication et puis, si un pouvait nuire à l'autre, bien ça se passait comme ça (Entrevue 39, Cadre supérieur du CHU). »

« On the other hand, some of the people working at site B were more instinct driven, which sometimes is very important. In fact, a lot of stuff in medicine were developed by instinct rather done scientific background. So it is good but they were not interested in spending extra time entering patients in protocols and... developing new ideas and put them in practice... on the more restricted protocol setting. (Entrevue 37, Assistant directeur médical, anciennement du site A) »

Tirées des entrevues, les caractéristiques identitaires suivantes représentent des indices permettant de mieux apprécier les différences et les ressemblances entre les sous-groupes en présence.

Tableau 7.1 Le profil identitaire d'origine des sous-groupes d'employés

Éléments du profil identitaires d'origine	Site A du département	Site B du département
1. Contenu de l'identité <i>Clientèle</i>	<ul style="list-style-type: none"> Générale, cas complexes 	<ul style="list-style-type: none"> Spécifique (principalement cancer du sein et de la prostate)
<i>Organisations des soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> Faible collaboration entre professionnels et technologues Appareils à la fin pointe de la technologie (innovations) 	<ul style="list-style-type: none"> Forte collaboration entre professionnels et technologues (et autres employés) Petit nombre de techniques très spécialisés (i.e. brachythérapie) Polyvalence des technologues relativement aux tâches
<i>Rythme de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> Extrêmement intense et exigeant (beaucoup d'innovations) 	<ul style="list-style-type: none"> Relativement détendu à modéré
<i>Climat de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> Plus tendu et individualiste 	<ul style="list-style-type: none"> Convivial, familial, amusant
<i>Autres (cohésion, communication, leadership, approche particulière, éléments distinctifs)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Performance au travail, auprès d'une clientèle complexe Recherche clinique très poussée Interactions rares entre radio-oncologues et technologues Leadership fort d'un petit sous-groupe de professionnels (radio-oncologues et médecins médicaux) 	<ul style="list-style-type: none"> Climat de travail agréable, plus détendu; auprès d'une clientèle élective Approche pragmatique portée surtout sur les soins et le souci du patient Interactions fréquentes et agréables entre radio-oncologues et technologues;
2. Force de l'identité d'origine* (chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue)	<ul style="list-style-type: none"> 4,29/6,00 (N =7;ET=2,06) 	<ul style="list-style-type: none"> 3,80/6,00 (N=5; ET=2,16)
		
3. Source principale de l'identité	<ul style="list-style-type: none"> Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur du site A 	<ul style="list-style-type: none"> Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur du site B

* Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2.0-3.9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

Les différences identitaires observées entre les deux sous-groupes d'employés au chapitre du contenu de l'identité s'appliquent également aux sous-groupes de radio-oncologues. Par contre, le niveau d'identification des radio-oncologues du site A à leur unité d'origine est légèrement plus élevé que chez les employés. Plus précisément, l'identification des radio-oncologues du site A à leur unité d'origine est élevée, alors qu'aucune donnée ne permet de se prononcer sur le niveau d'identification des radio-oncologues du site B à leur unité d'origine (voir le tableau 7.2). De plus, les sources d'identification des radio-oncologues sont plus nombreuses que chez les employés, en recoupant un certain nombre de rôles professionnels et de relations interpersonnelles à l'intérieur de leur site respectif (ex. : clinique, enseignement et recherche).

Tableau 7.2 Le profil identitaire d'origine des membres du corps médical

Éléments du profil identitaires d'origine	Radio-oncologues du site A	Radio-oncologues du site B
2. Force de l'identité d'origine (chevauchement de l'identité professionnelle et de l'identité groupale - tirée de l'entrevue) 	4,67 / 6 (N=3;ET=1,53)	Aucune donnée
3. Source principale de l'identité	Rôles professionnels et relations interpersonnelles plus variés à l'intérieur du site A	Rôles professionnels et relations interpersonnelles plus variés à l'intérieur du site B

* Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2.0-3.9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

7.1.3 Le contexte physique

Pendant cette première phase de la fusion, le travail se fait sur deux sites. L'un, le site A, est plus moderne et est équipé d'appareils à la fin pointe de la technologie. Pour sa part, le site B comporte un parc technologique jugé par plusieurs quelque peu désuet.

Puis, la plus petite taille de chaque de chaque unité favorise le développement de liens sociaux serrés, et ce, principalement au site B. Les membres de chaque site font état de relations interpersonnelles et professionnelles qui reposent sur des rapports quotidiens jugés conviviaux (voir section 7.1.5).

7.1.4 Les interventions de gestion et le leadership

Avant le début de l'intégration des employés des deux sites se déroule une planification des différentes étapes de la fusion à venir, incluant la rénovation des infrastructures au site A pour accueillir l'équipe agrandie et l'éventuel déménagement de toute l'équipe du site B vers leur nouveau site. Ces discussions ont lieu entre le corps médical et les dirigeants du CHU. Ainsi, de 1998 à 2002, de longs pourparlers s'enchaînent les uns après les autres avec pour conséquence de faire durer la période de temps au cours de laquelle radio-oncologues et employés anticipent puis ressentent les contraintes découlant des réductions temporaires sur le plan des ressources humaines et technologiques.

« So four years. And the actual construction took about a year, the construction of the radiation-oncology department. That was, that was good, there was very, they did very well to do it in that time period, but you see, three years of planning and one year of execution. It's a lot of time, I mean, it's a long time to keep people interested ...I mean, some of those people left because they had unmet clinical needs. (Entrevue 35, Directeur médical, anciennement du site A). »

L'annonce de la fusion

Quand la fusion s'amorce officiellement, en 1998, les radio-oncologues et les médecins médicaux (physique médicale) sont déjà dirigés par la même personne depuis quelques années. À ce stade-ci, il n'y a donc pas énormément de nouveauté qui s'opère dans la réalité organisationnelle des radio-oncologues qui font déjà la navette entre les deux sites. Les premières discussions entourant l'intégration des activités cliniques portent donc sur la situation des technologues en radio-oncologie qui travaillent séparément sur les deux sites et ont chacun leur chef de service. Précisément, l'annonce de la fusion se fait aux technologues en 1998. Et la fusion s'amorce sur une note cahoteuse puisque l'annonce se fait d'abord uniquement aux membres du site A, semant conséquemment la panique chez leurs confrères technologues toujours basés au site B.

« Ils nous ont rencontrés – tout le monde du site A –, ils nous ont rencontré. Ils ont dit qu'ils avaient une nouvelle à nous dire. Ils ont payé la pizza. Puis, ils

ont dit : « Bon, le site B va fermer et puis tout le monde s'en vient ici! » Alors là, ça a été un peu comme un choc. Après l'heure du dîner, moi je connaissais le représentant syndical au site B, alors je l'ai appelé et eux autres ne le savaient pas. (Entrevue 34, Technologue anciennement du site A et représentant syndical). »

La nomination d'un chef de service

C'est également en 1998 que le choix d'un seul chef de service (technologue) se fait. On retient momentanément les services de la chef de service oeuvrant auparavant au site B. Quelques mois plus tard, elle est remplacée par une autre chef de service, cette fois en provenance du site A. Cette stratégie de la direction du département semble jeter un froid sur l'équipe puisque les raisons de ce changement ne sont pas transmises au reste de l'équipe.

« On se sentait à l'aise en l'ayant comme chef parce qu'elle nous suivait dans le fond. C'est qu'elle a quitté ... On lui a demandé de quitter. Là, on recommençait à zéro. (Entrevue 30, Technologue, anciennement du site B) »

« Donc, c'est la chef qui était au site B qui chapeautait les 2 centres. Mais avant que la fusion se fasse, elle aussi a été congédiée. Donc, il y avait beaucoup de gens qui sentaient au moins qu'il y avait leur ancienne chef qui était pour prendre soin d'eux – au moins il y avait ce lien de confiance. Là, elle a été congédiée! (Entrevue 34, Technologue et représentant syndical, anciennement du site A et). »

Les échanges inter sites et la formation

Peu de temps après, le personnel des technologues commence à faire la navette, c'est-à-dire à travailler aux sites A et B. Dans un premier temps, ce sont des échanges forcés visant à pallier à un manque à gagner d'expertise ou de ressources humaines. Les technologues du site B, à commencer par ceux de la spécialité de brachythérapie, commencent à venir au site A pour y effectuer une formation d'environ une semaine. Pour pallier à l'absence de ces technologues en formation, des technologues du site A sont alors envoyés au site B. Il est aussi rapporté que la formation ne répond pas toujours aux attentes des technologues, puisque la possibilité d'apprendre le fonctionnement de nouvelles machines ne se présente pas toujours, faute de technologie.

« Il y avait une spécialité qui est la brachythérapie, qui est le traitement interne, qui était au site B et qui a été emmené ici. Nous au site A, il n'y avait personne qui avait cette spécialité-là. Donc ils ont été les premiers à avoir contact avec les technologues du site A. Donc eux autres sont venus ici. Puis il manquait des gens là-bas. Donc il y a des gens du site A qui ont commencé à aller au site B. (Entrevue 34, Technologue représentant syndical, anciennement du site A) »

« Because once we were working at the site B, and the talk was going on about the merger, we each technician had to come to site A to spend about a week to work on one of the machines, and just to familiarize ourselves, and just orient ourselves with working at the site A. At that time the site A didn't have the real machines, so we were basically just helping the technicians on the other machines, doing what we did at the site B. So it wasn't so that we were being trained on new machines, it was just getting used to the environment at the site A. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

Il est à noter qu'un cadre supérieur du CHU a permis lors de cette période de clarifier certaines lignes hiérarchiques de décision, au profit des technologues du site B, lesquels commencent à être épuisés.

« We were really burned out, we were getting orders from the Site B 'treat this patient.' But this patient is on protocol without any regard to how we were functioning at the Site B. So we called a meeting with a hospital Director, and he came the next day. A meeting was held and we told him what was going on, and the next day, the next day, all these commands stopped, it stopped. Now, I don't know who he spoke to, but he said 'enough is enough, these people are burned out, leave them alone' (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

Le transfert de la brachythérapie

Quelques semaine après le début de ces échanges inter sites, les activités de aa spécialisation de la brachythérapie sont transférées de manière permanente au site A.

Les négociations syndicales

Alors que les activités battent leur plein et que la collaboration entre le site A et le site B s'intensifie, et à l'approche d'un transfert définitif des activités et des ressources vers le site A, un nouveau sujet prend une énorme place à la table des discussions : l'ancienneté des employés. Précisément, des rencontres ont lieu avec les représentants syndicaux des deux

sites, un technologue désigné provenant de chaque site, les deux chefs de services (technologues), les chefs de département (radio-oncologues) en plus de membres du département des ressources humaines et de la direction du CHU, et ce, afin de redéfinir l'ordre de l'ancienneté dans la nouvelle équipe de travail.

« Ce qui a été décidé, c'est qu'on prenait un technologue d'ici, et un technologue d'à côté; on faisait comme une équipe. Un technologue d'ici, un technologue de là-bas, un technologue d'ici, un technologue de là-bas. Donc il y avait toujours deux personnes avec la même ancienneté et puis... Au bout de la ligne ça n'a pas été un problème parce que la moitié des technologues du site B ont démissionné. Donc, c'étaient tous les anciens. (Entrevue 26, Technologue et coordonnatrice, anciennement du site A) »

« Il y a eu une grosse histoire pour savoir si c'était une intégration ou une fusion pour l'ancienneté. Soit qu'on arrivait et on y allait par ancienneté sinon, on commençait en bas de la liste et on continuait après le monde ici, au site A en radiothérapie. Finalement, ça c'est dit avec le syndicat qu'il y aurait une fusion. C'est par séniorité. Il y a eu beaucoup de mécontentements. On ne pouvait pas maintenir notre ancienneté et avoir un choix de partir ailleurs (dans l'hôpital). Ça fait que ma décision a été de rester, mais il y en a eu plusieurs qui ont décidé de tout lâcher au complet pour recommencer à nouveau, pour travailler ailleurs. (Entrevue 30, Technologue, anciennement du site B) »

La nouvelle échelle d'ancienneté est considérablement plus longue et, du coup, l'insatisfaction des technologues augmente. Entre autres, ceux du site B perçoivent la question de l'ancienneté comme un autre obstacle d'importance venant s'ajouter à l'inconvénient majeur d'être forcé à déménager.

Les rencontres d'information

Des interventions sont mises sur pied au sein du groupe de technologues en radio-oncologie, lors de la fusion des sites A et B, pour faire circuler l'information essentielle à la fusion. Ce partage de renseignements s'effectue dans la plupart des cas grâce aux diverses rencontres d'information ayant lieu soit au site B, avant la fermeture de ce dernier, ou au site A. Les employés mentionnent surtout les bienfaits d'obtenir réponse à leurs questions et d'être rassurés. Dans un rôle d'informateur, le même cadre supérieur du CHU semble avoir joué un rôle de premier plan.

«*So we had meetings with the two technical chiefs. And telling us what was going to happen and all this. (Entrevue 31, Infirmière, anciennement du site A)* »

«*Absolutely. I mean – profitable – you got your questions answered. (Entrevue 32, Secrétaire médicale anciennement du site B)* »

«*Yeah, yeah. And there were a couple of meetings held between the technicians at the site B and the Director and...and the associate. To assure us that none of us would lose our positions, and all of us would be absorbed. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B)* »

«*Le cadre supérieur (était là), pour qu'elles se passent le plus en harmonie possible, des deux côtés. Il était très humain. Oui. Oui. Sympathique à nos sentiments si tu veux. Mais, il avait lui aussi un travail à faire. C'était sûr qu'on s'en venait ici. (Entrevue 30, Technologue anciennement du site B)* »

Les comités de standardisation

Les différentes façons de faire et les désaccords rencontrés lors de la micro-fusion sont principalement abordés par des comités, au sein desquels des représentants des divers sous-groupes du département sont présents, tels que les technologues, les radio-oncologues, les infirmières, les physiciens médicaux, etc. Les représentants siégeant sur lesdits comités mentionnent avoir la chance d'émettre leurs opinions, lesquelles sont en retour prises en considération. Par contre, ce principe de nomination de représentants prive plusieurs des membres du département d'une participation à ces comités de standardisation, ce qui leur occasionne des frustrations.

«*(...) il y a un comité qui a été formé avec des médecins, des physiciens, des infirmières, certains technologues aussi. J'étais sur le comité. C'est à ce moment là que je faisais des traitements spécialisés en brachythérapie. Et puis, j'étais sur le comité pour savoir comment qu'on allait adapter l'endroit où on allait faire les traitements (Entrevue 26, Technologue et coordonnatrice, anciennement du site A)* »

«*I was the technician... from the site B who was asked to come and sit on this committee as a representative and give in... what we thought we need and wanted.. They were politically correct. (Entrevue 33, Technologue, anciennement du site B)* »

Une technologue avance une hypothèse intéressante pour expliquer cette dynamique propre au département de radio-oncologie, en ce qui a trait aux communications entre technologues et radio-oncologues dans les comités et dans l'unité opérationnelle.

« Moi, mon opinion c'est que c'est les niveaux d'éducation qui causent ça! Il y a des gens...on parle de gens qui ont des doctorats en médecine ou en physique et on s'adresse à des gens avec des techniques de CÉGEP ou qui sont plutôt cléricales; ces gens-là sont considérés comme subordonnés! Et puis c'est ça qui est le gros problème (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

Pour leur part, les radio-oncologues prennent part à un plus large éventail de rencontres visant à planifier et à organiser les activités du département de radio-oncologie. Plusieurs désaccords surgissent et un petit nombre de décisions est pris, ce qui contribue à une réussite discutable de ces mêmes rencontres.

« We were supposed to speak more on the basis of our expertise. Most of the questions towards me was 'what you think radiation should do', 'what you think is the kind of equipment you should have', etc. etc. Sometimes, I would say something and somebody else would say something. And some disagreement could be raised based on a specific idea. But overall, it was not great... we went through phases and what not, trying to define the ideal of oncology department... It was very platonic... you know useless... (Entrevue 37, Assistant directeur médical, anciennement du site A) »

Le style de leadership

Pour la plupart des radio-oncologues, technologues et autres employés des deux anciens sites, le leadership retrouvé au département affiche des airs de participation, mais le « vrai » pouvoir décisionnel demeure entre les mains d'un petit sous-groupe composé de radio-oncologues et de physiciens médicaux.

« Moi j'ai pris ... Je me suis impliqué dans un comité, c'était celui de l'aménagement du département au niveau, avec les architectes, il y avait des... ils nous demandaient notre idée un peu sur, un peu comment ... Le design... Comment rendre ... Comment est-ce qu'on verrait les unités fonctionnelles. En fait, il n'y avait pas juste moi, il y avait évidemment beaucoup de personnes. Mais je me souviens d'avoir été à quelques réunions. (Entrevue 29, Technologue, anciennement du site A) »

« The department Director and the Director of medical physics....And, like I said, they (the technologists) knew that all these committees and all that meant

nothing, because eventually the decisions would come from them. So it was a waste of our time to attend these committees. Nothing was taken into consideration. In my view, I think these committees were put in place just to appease us. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

Quelques individus de la direction du CHU, dont un cadre supérieur du CHU, s'activent alors avec énergie pour faciliter l'intégration des opérations au département de radio-oncologie. Par contre, le leadership de ces dirigeants du CHU ne semble pas s'arrimer significativement à celui des dirigeants du département. Il est donc difficile de parler de la présence d'un leadership collectif émanant de différents paliers hiérarchiques du CHU.

Au moment de compléter la première phase de la micro-fusion, les interventions de gestion mises sur pied au département de radio-oncologie pour faciliter l'adaptation de part et d'autre peuvent se résumer à trois grandes catégories d'actions, les longues séances de planification des changements à venir, les échanges inter-site de personnel, puis les négociations syndicales. D'ailleurs, certaines personnes racontent que la longueur de la planification de la fusion aurait fait perdre à ces mêmes interventions leur utilité, voire leur pertinence. D'autres encore mentionnent avoir reçu des périodes de formation trop courtes et même dérangeantes pour les activités régulières.

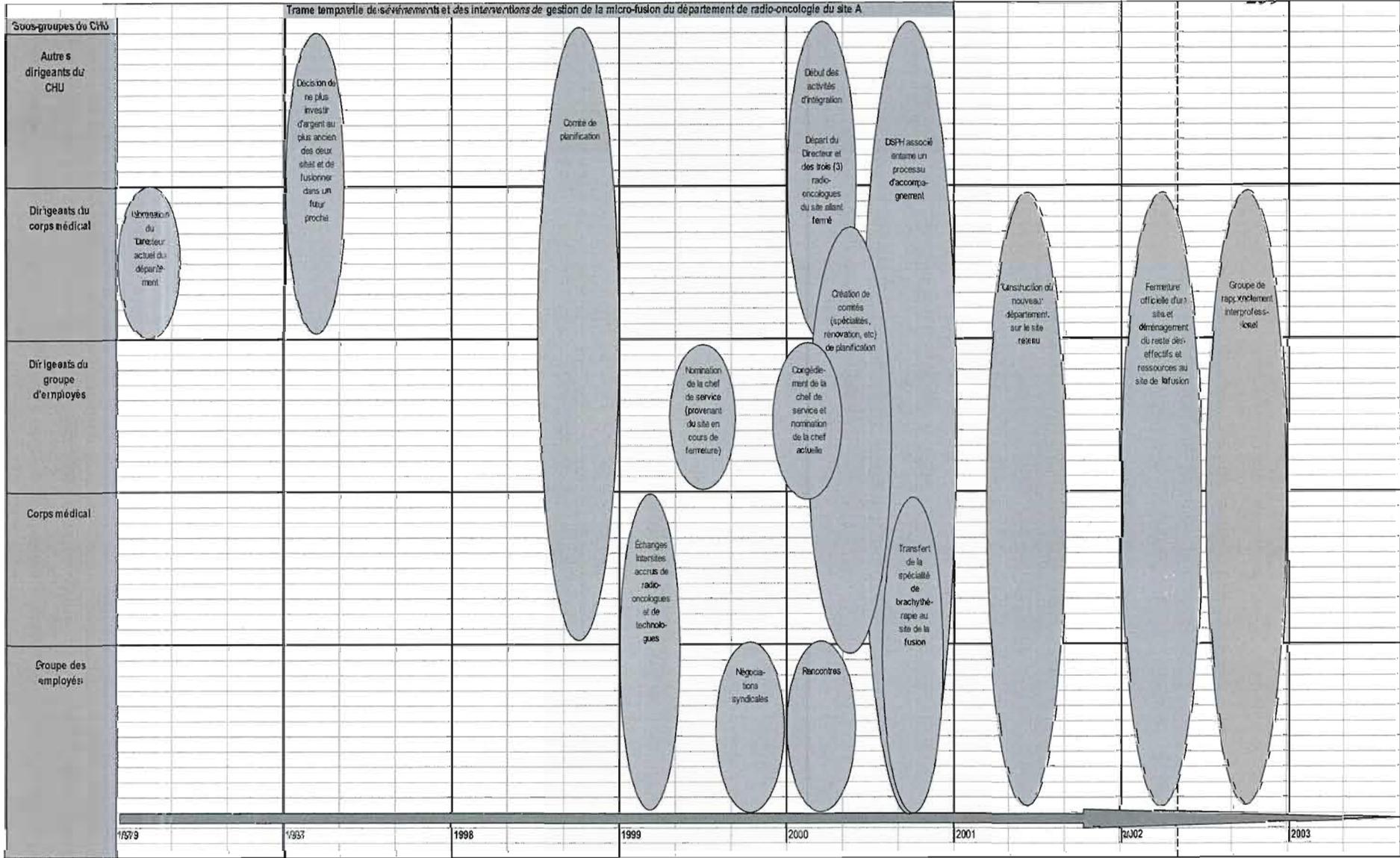


Figure 7.1

La trame temporelle des événements et des interventions de gestion au département de radio-oncologie du site A

7.1.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Alors que la situation sur le plan des relations interpersonnelles ne change pratiquement pas pour les membres du corps médical, les technologues, eux, réalisent qu'ils risquent de perdre avec l'avènement de la micro-fusion l'aspect convivial et chaleureux de leurs rapports sociaux et professionnels, présent dans leur unité d'origine. Cette crainte s'installe malgré le fait que les deux sous-groupes d'employés, basés sur les sites A et B, entretiennent des liens sociaux et professionnels depuis une époque précédant la micro-fusion du département.

« Mais le département était plus petit au site A. Alors, même si le leadership était moins chaleureux, il reste quand même qu'il se créait quand même des chimies entre les gens (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

« Definitely, much different, again – because site B was so small. It was sort of family environment of never more than 12 people at one time so you had a chance to be quite close to each other – from secretary to nurse, to tech to doctor. (Entrevue 33, Technologue anciennement du site B) »

« The site B was a much smaller department, so it was much cosier, much more informal. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

« Là encore, je pense que du fait qu'on (les technologues des deux sites) se connaissait déjà d'avance, qu'on se parlait déjà d'avance avant même qu'ils parlent de la fusion. Ça a beaucoup aidé. (Entrevue 26, Technologue et coordonnatrice, anciennement du site A) »

Puis, la précarité du poste de chef de service pendant la fusion administrative de la première phase, ébranle considérablement la confiance que les technologues et les employés ont envers la direction du nouveau département agrandi.

« (...) il y avait beaucoup de gens qui sentaient au moins qu'il y avait leur ancienne chef qui était pour prendre soin d'eux – au moins il y avait ce lien de confiance là, là elle a été congédiée! Alors c'est là que.. ça a été la fin. (Q : C'est ce qui a favorisé, vous pensez, le départ d'autant de gens). Je pense que oui. (Entrevue 34, Technologue, anciennement du site A) »

7.1.6 Les résultats intermédiaires et quelques explications

Tranquillement, les premiers effets de la fusion administrative se font sentir. Le transfert officiel de la brachythérapie au site A et la demande en traitement toujours croissante font

en sorte que les technologues basés au site A ont une charge de travail supérieure, sans que les rénovations ne soient complétées et sans que les nouveaux appareils soient disponibles. En contrepartie, les employés du site B, eux, voient la fidélité de leurs appareils périlcliter. Un sentiment de frustration commence alors à poindre chez les technologues des sites A et B. Il s'en suit une période d'épuisement professionnel au cours de la première phase de la fusion.

« Parce qu'on se trouvait, la construction n'était pas terminée dans ce temps. Ça commençait tout juste, les travaux d'agrandissement du département. Donc, on se trouvait à avoir un appareillage réduit de ce qu'on avait avant, puis absorber une plus grande clientèle. Évidemment, c'était difficile. (Entrevue 29, Technologue, anciennement du site A) »

« Ah oui, ça a été l'enfer! Oui, ça ça a été l'enfer, vivre ça. Ah oui, moi je ne voulais même plus travailler ici. Ça n'avait plus de bon sens. C'était devenu complètement le chaos. La fusion était amorcée, là. Oui, oui, la fusion était amorcée. Oui, oui. Il y avait un chef de service puis les appareils n'étaient pas achetés. Alors, les appareils les plus modernes, c'est eux qui étaient accaparés. On en avait qu'un seul alors ça finissait à 22h00 le soir tout croche. (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

« (...) *we were running with the old machines and they broke down constantly, and our patient list was always the same, it never decreased. With less resource, it never decreased.* (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

Rapidement, les technologues du site B se sentent impuissants face à leur nouvelle réalité organisationnelle, et face à la possibilité de diminuer les menaces qui pèsent sur leur identité groupale, tant d'un point de vue social que professionnel. Par conséquent, ils se mettent à quitter en grand nombre le département, voire le CHU. Une des raisons qui expliquent ces nombreux départs est l'étirement du calendrier des activités de la micro-fusion, lequel semble accentuer la polarisation des camps « A » et « B » tout en maintenant la charge élevée de travail à effectuer dans des conditions loin d'être optimales, c'est-à-dire sur deux sites distincts. Des conflits entre technologues du site B et radio-oncologues du site A auraient également précipité le départ de quelques technologues qui avaient initialement accepté de faire le saut vers le site A, après la fermeture du site B.

En somme, cette première phase de la fusion se solde par l'arrivée d'un faible nombre de technologues en provenance du site B (3 sur 7), et par le départ des deux infirmières et des trois radio-oncologues de ce même site.

« Et ce qui est arrivé entre-temps, il y avait de la chicane de médecins. Ce qui fait qu'il n'y avait plus de médecins au site B. Hum, puis, bon il y avait des médecins qui allaient là. Aussi, beaucoup de monde du site B ont décidé de ne pas venir ici. Il y a eu des départs volontaires. Oui, je dirais que le trois quarts du département est parti. (Entrevue 34, Technologue anciennement du site A) »

« Oui, j'en ai vu (des conflits), et ça c'est réglé que les personnes ont lâché. Ils sont partis ailleurs dans d'autres centres. Il y en a eu plusieurs de ça parce qu'au site B dans le temps, quand on a perdu la brachythérapie, les technologues venaient ici pour traiter les patients et puis il y avait eu beaucoup de conflits sur la façon, la méthode de travail. La façon que les médecins fonctionnaient. (Entrevue 30, Technologue, anciennement du site B) »

Enfin, même les technologues ayant choisi de faire partie du projet d'intégration racontent que la fusion revêt à ce moment là des airs d'absorption identitaire. Certains soulignent également leur impuissance face aux orientations données par certains dirigeants du site A. Certains employés racontent devoir redoubler d'ardeur afin de reconstruire leur crédibilité professionnelle auprès de leurs nouveaux collègues de travail et supérieurs au site A.

« I found... that site B has been very neglected. We just tagged along. It wasn't really the two coming together. It was the site B going over to the site A – A lot of them left fearing this merger. And... that was more of a take over rather than a merger! (Entrevue 33, Technologue, anciennement du site B) »

« We weren't consulted for any of that, you're talking to the bottom of the pyramid here. Not in this department! There's a hierarchy and you have to follow a hierarchy. (Entrevue 27, Technologue, anciennement du site A) »

7.2 La phase 2 : la rénovation du site A et la fermeture du site B (de 2001 à 2002)

7.2.1 Le contexte et l'historique

Une fois le transfert des appareils et du personnel vers le A complété, c'est une équipe fragilisée par le départ massif de ressources importantes, tant chez les radio-oncologues que

chez les technologues, qui fait face à d'autres obstacles imprévus. Premièrement, l'arrivée des gens anciennement basées au site B, et d'employés nouvellement embauchés, met au jour une dynamique d'équipe propre au site A dans laquelle les technologues sont plutôt en retrait du processus décisionnel piloté par les médecins.

« On acceptait beaucoup l'autorité, puis le fait que les gens l'acceptent peut-être moins, ou le questionne plus, ça amène les chefs de départements à ne pas prendre tout pour acquis. (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

Ce problème perçu par les technologues sur le plan du type de leadership (*top-down*) est accentué par une vision différente chez les radio-oncologues de celle retrouvée chez les technologues en radio-oncologie. D'un côté les radio-oncologues et les physiciens conçoivent et implémentent de nouveaux appareils de traitement à la fine pointe de la technologie tandis que, de l'autre, les technologues sont aux prises avec un achalandage sans précédent dû autant à la fusion qu'aux listes d'attente qui s'allongent de jour en jour à l'échelle de la province (i.e. à cette période, on va même jusqu'à informer les patients de la possibilité de se faire soigner à Plattsburg pour certains types de cancer - prostate ou sein). Or, ces nouvelles technologies, qui arrivent en même temps que la fusion, obligent les technologues à se plier à une période d'apprentissage et, donc, nécessitent plus de temps pour traiter le patient, entre autres à cause de nouvelles données à entrer dans les systèmes informatiques. Il en résulte une pression sans précédent sur les technologues à effectuer leurs tâches dans un laps de temps plus court qu'auparavant.

«Because in the end, it is us who have to implement this vision. And there was too much demand on...on us, and once again we ran short of resources, because of these demands. But...the...the vision is made higher up. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

« C'est aux technologues de travailler avec les technologies tous les jours. C'est ça qui fait que c'est plus difficile : ça prend plus de temps à installer un patient, il y a de nouveaux calculs et il faut tout le temps que tu te casses la tête à essayer de comprendre. Alors, c'est pour ça. Qu'est-ce que la physique fait? Les nouvelles techniques, eux ils les mettent sur papier mais ça n'enlève pas que c'est toujours nous qui l'essayons concrètement (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

7.2.2 Les écarts identitaires en présence

Par conséquent, les technologues des deux sites, mais surtout ceux du site B, se sentent bousculés par le fait de devoir apprendre le fonctionnement de ces nouveaux programmes et machines, tout en subissant une pression continue à traiter un plus grand nombre de patients quotidiennement. Les technologues et autres employés du site B font également leur deuil de leur ancien contexte où la polyvalence professionnelle était plus grande.

Certaines personnes du site B font même des efforts pour pérenniser leurs façons de travailler.

« Je dérangeais un peu. Ils venaient pour faire quelque chose et je leur disais : « Non, ce n'est pas comme ça, on devrait le faire de cette façon. » Je questionnais beaucoup et ça dérangeait la petite routine. On traite deux champs et ils en vérifiaient juste un. On traitait un crâne, ils vérifiaient juste un côté, ils n'allaient pas voir de l'autre côté. Moi, je leur disais : « Non, il faut aller voir l'autre bord. » C'est des choses comme ça. J'ai gardé mes habitudes du site B, je les ai amenées ici. Je ne suis pas prête à lâcher mes principes pour faire comme les autres. Je te parle de principes de traitement, de parler avec le patient, de prendre mon temps. (Entrevue 30, Technologue, anciennement du site B) »

À la lumière des données recueillies, le choc de la rencontre entre les sous-groupes d'employés des sites A et B pourrait expliquer la remise en question de l'identité du site A et, plus précisément, du style de gestion qu'on y retrouve.

« Quand les gens qui travaillent avec un leadership comme le Directeur – ça fonctionne par là, et c'est plus rigoureux, c'est une approche qui est moins sur les émotions des gens en général. C'est plus sur l'efficacité, le travail; améliorer le travail. C'est moins chaleureux, peut-être pour certains. (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

Malgré les obstacles au processus d'identification à la nouvelle unité de travail, certains des technologues anciennement basés au site B ressentent à présent une grande fierté rattachée à la réputation enviable du nouveau département agrandi et rénové.

« There is a great sense of pride (Silence), maybe because of the research that this department has done. And it continues to draw many research students to our department. We have a good reputation, we are pretty avant-garde in our techniques. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

7.2.3 Le contexte physique

À la suite de la fusion, les employés et les membres du corps médical évoluent dans une grande unité, dans laquelle technologues et médecins sont séparés. Il est plus difficile qu'avant d'entretenir des rapports interpersonnels avec ses anciens et ses nouveaux collègues. Ce nouvel environnement semble constituer un frein au processus de réidentification au sein de la nouvelle unité au site A (voir la figure 7.3 ci-dessous).

« I mean, when we were in a smaller department, people knew each other very well. We would have spend a lot more time together and they would have been, the relationships would had been a lot less formal between the various groups or between members of various group. I think that what has happened in this large department now, it's quite spread out and the technologists as a group are in one part of the department and the physicians and nurses are in the other (Entrevue 35, Directeur du département, anciennement du site A) »

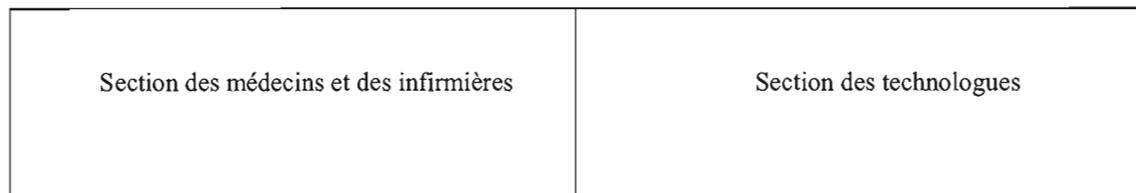


Figure 7.2

L'aménagement physique du département de radio-oncologie du site A pendant la deuxième phase

7.2.4 Les interventions de gestion et le leadership

Une particularité notable de la deuxième phase de la fusion du département de radio-oncologie est la présence d'une seule intervention de gestion majeure, laquelle implique plusieurs intervenants ayant pour but de favoriser l'adaptation des personnes touchées par la fusion.

Le groupe de travail sur la communication interprofessionnelle

Le groupe de travail sur la communication interprofessionnelle vise à donner la parole à chaque individu concerné par la fusion. Plusieurs sujets épineux y sont abordés, dont la question des rapports jugés relativement unidirectionnels entre les radio-oncologues et les technologues. En partie à cause de cette réalité, la plupart des rencontres se déroulent en présence d'un médiateur. Quoique ces rencontres constituent un mécanisme structuré visant à favoriser les échanges interpersonnels, certaines des personnes rencontrées font part de la lenteur avec laquelle la dynamique d'équipe progresse.

« Et puis, là on a un groupe, ce que l'on appelle en anglais un « task force » où il y a différents membres des équipes multi-disciplinaires et puis ils travaillent là-dessus depuis un an : essayer de se parler. C'est la communication! ... Il y a eu des plaintes. Des fois il y a des médecins qui sont très mal perçus de par leur attitude à l'égard des autres employés; à l'égard des technologues, des secrétaires. Les gens...il y a plusieurs employés qui se sentent méprisés. ... (...) Oui, je pense que oui. Ça nous a aidé à...si je prends moi, par exemple, moi ça m'a donné un petit peu plus confiance que je peux exprimer une idée, prendre ma place finalement. (Entrevue 25, Chef de service, anciennement du site A) »

« Les réunions qu'on avait il y a un an ou dix mois ou huit mois, il y a eu une progression. Disons qu'on se dit plus les vraies choses qu'on se le disait. (Entrevue 39, DSPH associé du CHU) »

Le bilan des mécanismes de gestion au département de radio-oncologie du site A

Tel que défini précédemment, les interventions de gestion peuvent être classées selon les leviers qui sous-tendent leur utilisation, tels que les interactions, la médiation, le leadership, les communications ou, encore, la gestion symbolique de la vision ou de l'image.

Pour faciliter l'adaptation des employés, les gestionnaires ont recours à des échanges inter-sites et à la formation des technologues. Dans une certaine mesure, cette stratégie permet aux employés de se familiariser à leur nouvel environnement de travail, sans toutefois s'avérer systématiquement pertinent pour toutes les personnes du département.

Les différents comités n'ont généralement pas satisfaits aux attentes des technologues, ces derniers se plaignant à la fois du manque d'accessibilité à ces arènes de discussion, et de leur manque de pouvoir décisionnel en général.

De façon notable, le leadership fort et directifs que manifestent quelques dirigeants du département se traduit par des actions posées en faveur de la micro-fusion de leur département, lesquelles ne tiennent cependant que très peu compte des enjeux identitaires retrouvés entre les membres des deux sites.

Le tableau 7.3 ci-dessus présente les principales interventions de gestion mises en œuvre pendant la micro-fusion du département de radio-oncologie du site A, en faisant ressortir leur utilisation des principaux leviers de gestion mentionnée plus haut (interaction, médiation, leadership, communication, vision et image).

Tableau 7.3 L'utilisation des leviers de gestion pendant la micro-fusion du département de radio-oncologie du site A

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
1. L'annonce de la fusion (phase 1)			✓	✓	
2. La nomination d'un chef de service (phase 1)		✓	✓	✓	
3. Les échanges inter sites et la formation (phase 1)	✓	✓	✓		
4. Le transfert de la brachythérapie (phase 1)		✓	✓		
5. Les négociations syndicales (phase 1)		✓	✓	✓	
6. Les rencontres d'information (phase 1)	✓		✓	✓	

Intervention de gestion	Principaux leviers de gestion				
	Interaction	Médiation	Leadership	Communications	Autres (ex. : vision et image)
7. Les comités de standardisation (phase 1)	✓	✓	✓	✓	
8. Le style de leadership (phase 1)		✓	✓	✓	
9. Le groupe de travail sur la communication inter professionnelle (phase 2)	✓	✓	✓	✓	

Tous ces mécanismes de gestion ont donc principalement contribué à produire et à véhiculer une information concernant la fusion. Même si certains différends syndicaux ont pu être réglés, et d'autres sûrement évités, on ne peut passer sous silence le fait que l'exode des technologues et des radio-oncologues en provenance du site B ne semble avoir été que modérément contenu par les interventions de gestion.

7.2.5 L'évolution de la confiance et des relations interpersonnelles

Puis, socialement, les technologues et les employés des sites A et B s'ennuient des interactions qu'ils avaient entre eux ainsi qu'avec le reste de leur équipe respective. Au site A, dans un environnement physique beaucoup plus vaste et linéaire, il ne subsiste que très peu de communication et de collaboration entre technologues et radio-oncologues, à part sur les appareils de brachythérapie.

« What we found...what I found hard was it was a very big place, and I wasn't used to that, I was used to that very small family. (...) you don't have that now because we're such a big group, I find that we're in the back, we don't get to see the rest of the staff also, like the girls who work in the front office. They're far away from us. (Entrevue 28, Secrétaire médicale, anciennement du site B) »

« We had a good environment. Like I said, doctors were very accessible, and if there was something that we didn't understand, we could talk to the doctors and then they would explain to us why certain procedures were done. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

Les regroupements par cohorte du même âge ou par affinités sont des formes de rapprochements observés entre les technologues des sites A et B. À mesure que le temps passe, ces contacts contribuent à faire faiblir la distinction « A versus B ».

« Je dirais que les relations sont bonnes, elles sont correctes. Il y a des gens qui ne s'entendaient déjà pas ensemble... Et d'autres qui se connaissaient parce qu'ils avaient déjà étudié ensemble. Il n'y a plus d'identité : « toi, tu étais au site B », ou « au site A, ça se passe comme ça! » (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

La lourde charge de travail et le rythme rapide retrouvés au site A, combinés à la nature généralement individuelle des tâches effectuées par les technologues, contribuent à isoler ces derniers pendant de longs moments. La résultante est une cohésion qui tarde à s'implanter dans leur nouvelle grande équipe.

Puis, l'arrivée de nouveaux employés après la fusion n'améliore pas les relations interpersonnelles dans l'unité. Plutôt que de porter un regard neutre sur la situation dans l'unité fusionnée, ceux-ci se montrent ouvertement critiques vis-à-vis les conditions de travail vécues par leurs collègues déjà en poste au site A.

« C'est que le fait d'avoir d'autres gens qui sont venus s'ajouter au groupe, que des personnes sont arrivées d'ailleurs que les deux centres, ça a réveillé des problèmes qui n'étaient pas réglés ou qui n'avaient pas été soulevés. Il y avait un silence qui se maintenait. Oui, c'est ça. Je dirais que ça a soulevé des problèmes qui étaient peut-être latents. (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

Puis, les rapports sociaux et professionnels demeurent pratiquement inchangés au sein du corps médical du département de radio-oncologie à la suite de la micro-fusion. Étant donné que la totalité des radio-oncologues travaillant anciennement au site B quitte le CHU en cours de route, seule l'arrivée de quelques nouveaux radio-oncologues venant de l'externe contribue à modifier légèrement les dynamiques interpersonnelles dans le département.

Ni la période de temps s'étant écoulée depuis le transfert des activités de radio-oncologie vers le site A, ni les interventions de gestion mises sur pied au cours de ce processus ne semblent avoir été suffisantes pour créer des liens significativement tangibles entre les divers professionnels du département. Dans les faits, il existe un profond schisme entre,

d'une part les technologues qui se sentent moins impliqués dans les processus décisionnels et, d'autre part, les radio-oncologues du département. Ces deux sous-groupes sont non seulement séparés physiquement dans la nouvelle configuration de l'unité rénovée au site A, mais ils le sont aussi en ce qui concerne le sens du travail et à la définition de ce que sont des soins adéquats pour le patient.

« En même temps, il y a une certaine insatisfaction parce qu'ils ne se sentent pas intégrés complètement dans l'équipe, les technologues. Ils se sentent comme des gens en périphérie qui poussent le bouton. Ils voudraient être intégrés à l'équipe et tout ce qu'il faudrait qui se passe, c'est un peu de communication, de compassion. (Entrevue 39, Directeur du CHU) »

Qui plus est, l'avènement de la brachythérapie au site A amène une collaboration accrue entre certains technologues bien précis et l'équipe des radio-oncologues. Aussi, les infirmières occupent une plus grande place dans le département depuis la fusion. D'une manière contrastée, les autres technologues du département, eux, peinent à obtenir un contact, si minime soit-il, avec ce groupe de radio-oncologues et de physiciens médicaux.

« The physicians are not as close to the technologists as they used to be. Bringing nurses into radiation-oncology is somewhat new, so we had to learn to work with them. I think it's great, I mean I always wanted that, I'm very happy that it's happening because I think that's the right thing to do for good patient care, but the doctors and nurses now working more closely together and with the clinical staff, it means the technologists are pushed on the side. And I think they may feel that. I think this is not necessarily, it's not necessarily good thing to happen either, anyway. (Entrevue 35, Directeur médical, anciennement du site A) »

« Oui, ça c'est sûr que quand tu décides de faire de la brachythérapie, tu n'as pas le choix, tu travailles étroitement avec les médecins, chose qu'étant donné qu'on n'avait pas de brachythérapie avant ici, on n'avait pas du tout ça. Je veux dire qu'on avait la relation habituelle que tout le monde a sur les machines, pour les traitements. (Entrevue 29, Technologue, anciennement du site A) »

7.2.6 Les résultats finaux et quelques explications

Les aspects sociaux

Un bon nombre d'individus jugent que la fusion rend difficile le fait de connaître ses nouveaux collègues de travail. On blâme principalement la taille de l'unité et l'absence d'événements sociaux servant à développer et consolider des liens interpersonnels pour ce manque de familiarité dans la nouvelle équipe élargie.

« It is just – the department is just too big. By the time you walk and say «Hi!» you have to come back. I mean, it is like meeting them (by accident) in the hall way. You have to go somewhere and that is when you see them! It is about it! (Entrevue 32, Secrétaire médicale, anciennement du site B) »

« (...) the negative part is that it is very big... And I miss the small (unit) where... everybody knew each other. We went out together, we had house parties.. That doesn't happen anymore. Unless there are cliques – which I am not part of. (Entrevue 31, Infirmière, anciennement du site A) »

La nature du travail réalisé au site A contribue également à rendre l'adaptation des technologues en radio-oncologie et des autres employés plus délicate sur le plan social. En effet, le travail dans la nouvelle unité fusionnée est davantage individuel, voir segmenté. C'est dans ce contexte de travail effectué en solitaire, le tout réalisé dans un environnement considérablement agrandi, que sont ressentis les changements sociaux à même l'équipe des employés.

« They are separate bodies altogether, the techs do their own stuff, the nurses do their own stuff, the doctors do their own, and the physics do their own. There is very little camaraderie. (Entrevue 25, Technologue anciennement du site B) »

De surcroît, à la suite de la fusion, on raconte que l'information circule avec moins de fluidité, et ce, surtout entre les employés et les membres du corps médical.

« I find that there is not enough – maybe because I was used to a smaller department – we are not informed about anything. Like much employees are not informed by the management. You know if a new physician is going to start : I think everyone should know. (Entrevue 27, Technologue, anciennement du site A) »

Puis, les relations tendues depuis de longues années entre les directeurs médicaux des deux sites ajoutent à une atmosphère de travail jugée malsaine par plusieurs des personnes rencontrées.

« The attitudes of people changed in the last three years, so that is actually one of our problems. That after the merger, the atmosphere in the ranks of the technologists really got pretty much messed up. For reasons, really again... a lot of this comes, in my opinion, comes from how the hospital has managed the merger. (Entrevue 40, Directeur de la physique médicale, anciennement du site A) »

Les aspects professionnels

La fusion représente, pour certains technologues, une opportunité appréciée d'augmenter leurs connaissances et leurs compétences, en faisant l'apprentissage de nouvelles techniques de soins et de technologies du domaine de la radio-oncologie.

« Ça ouvre une porte pour plus d'informations à cause des nouvelles ... bon, le CT-scan, les différentes techniques qui ont changé en brachythérapie. C'est ça de plus. Elles se sont raffinées. (Entrevue 30, Technologue, anciennement du site B) »

« Ça a remis la lumière dans la carrière. (...) Oui, ah oui. Parce que c'est des nouvelles choses qu'on à apprendre. Oui, oui, énormément. (Entrevue 30, technologue anciennement du site B) »

D'autres encore, déplorent la spécialisation du travail qui se fait au détriment de la diversification professionnelle, de la possibilité d'effectuer des mouvements de carrière transversaux, voire d'obtenir une promotion. Cette même spécialisation du travail a pour conséquence tangible le départ de plusieurs ressources d'expérience insatisfaites de leur situation professionnelle.

« Yes it has changed. Because at the site B, we were transcribing reports but we were also replacing the receptionist. So we were doing receptionist job when she was away on holidays. We were doing statistics. Like we do here, but it is different. We were doing the whole thing. (Entrevue 32, Secrétaire médicale, anciennement du site B) »

« (...) les postes de spécialités sont tous pris. Quand on est arrivés ici, on savait qu'il fallait travailler sur les appareils, ça fait que pour beaucoup, ça a été un gros facteur penchant. De retourner comme technologue au début, jour un. (Entrevue 30, Technologue, anciennement du site B) »

Par contre, cet avantage en ce qui a trait au développement professionnel de certains technologues en radio-oncologie est contrebalancé par des insatisfactions prononcées, presque généralisées à la majorité de ce groupe de professionnels. Précisément, plusieurs personnes dénoncent une charge de travail devenue extrêmement lourde depuis l'avènement de la fusion.

«The extended hours. People didn't like that, working until 18h00 on evenings (Entrevue 31, Infirmière, anciennement du site A) »

« Now there is now too many doctors too many residents too many patients – it is very busy. (Entrevue 32, Secrétaire médicale, anciennement du site B)

« I feel like we've got all the site B patients; we've got all their work, but we didn't get their resources, you know? That's how I feel. We've got all their work. (Entrevue 27, Technologue, anciennement du site A) »

« We see many more patients now because we have inherited the patients which used to be treated at the site B. So in that sense, yes we are busier but of course, we have hired more people too. But over all, for this department, we see the level of activity has certainly fused. (Entrevue 37, Assistant directeur médical, anciennement du site A) »

D'une façon globale, certains employés dénoncent le manque d'entraide en général, et d'encadrement pour les technologues arrivés après la fusion.

« Because we find that when we have to do one of these difficult techniques and everything...when something goes wrong, we have to figure it out on our own, you know? (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

« Le côté enseignement a baissé aussi. Et là je parle surtout pour le côté des technologues parce qu'on a des gens en stages, et puis avec le nombre de patients qui a augmenté, ce qui a fait que la qualité de l'enseignement clinique en a pris un coup. (...) Moins de temps, moins d'intérêt, puis là il faut se reprendre en main. Parce que ça ça a des effets directs sur le style d'employés avec lequel on va se retrouver. (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

Les soins au patient et l'organisation du travail

La situation depuis la fusion est donc plus efficace en ce qui a trait aux soins prodigués aux patients. La concentration géographique des ressources permet aussi de travailler plus

rapidement et d'offrir des soins de qualité supérieure. Il est à noter que la chimiothérapie et les services de radio-oncologie sont dorénavant offerts au même site, soit le A.

« Bien, c'est sûr que pour les technologues, que les médecins restent dans le même hôpital, c'est beaucoup plus facile. Quand on a un problème avec un patient, le médecin est sur le site. Des réparateurs de machines aussi faisaient les deux sites... Quand on avait un appareil qui fonctionnait mal, s'il était à l'autre endroit, il fallait attendre qu'il revienne. Le fait d'avoir toutes les ressources au même endroit là, c'est un plus et pour le patient et pour le personnel. (Entrevue 26, Technologue et coordonnatrice, anciennement du site A) »

« (...) when I moved from the site B to the site A, I found that there were more resources available, which we didn't have at the site B. Yeah, and they were accessible very quickly. So that I find was very positive. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

« The big thing with patient care is that patients who receive chemotherapy at the site B... it didn't make sense for patients to receive chemotherapy at the site B and, radiation-oncology at site A. How can you ask the patient who is sick, to have to deal with their disease, and to go back and forth? (Entrevue 32, Secrétaire médicale anciennement du site B) »

« Parce que nous comme médecins, on couvrait les deux sites – on couvrait le site A et le B – des matinées, des après-midi ou bien des journées. Et ça prenait tout le temps une perte... d'énergie... I ... de transport en plus. R Oui. Et aussi le manque de suivi continu avec le patient. C'est préférable que le patient soit à la même place où le médecin traitant est – pour la continuité des soins. (Entrevue 36, Radio-oncologue, anciennement du site A) »

Par contre, la taille supérieure de la nouvelle l'unité, ajoutée à l'achalandage accrue, font en sorte que les processus organisationnels doivent être revus afin d'assurer le bon fonctionnement de l'unité de radio-oncologie. Ces mêmes changements organisationnels se répercutent entre autres chez les employés, qui doivent modifier leur façon de travailler, et chez les patients, qui dénoncent la dépersonnalisation de leurs soins.

« Ah, c'est parce que c'est devenu très gros. Le nombre de personnes est devenu... puis là, d'établir un processus qui ferait que ça coule. Que le patient pourrait avoir accès aux services de manière efficace - ça c'est... on est encore en train de travailler là-dessus depuis un an et demi, depuis la fusion. (Entrevue 23, Chef de service, anciennement du site A) »

« (...) this is coming from patients who were treated at the site B, and are being turned up over here at the site A, and most of them saying that "My God", they

just miss site B because of the patient care. (Entrevue25, Technologue, anciennement du site B) »

Le départ de technologues insatisfaits par la fusion créé un manque de main d'œuvre, un problème s'ajoutant à une pénurie de technologues déjà ressentie à l'échelle de la province avant la fusion. Les nombreuses difficultés vécues par le département de radio-oncologie culminent finalement en une perte significative sur le plan de la capacité à soigner une population de patients dans son ensemble. On y perd aussi certains des patients qui étaient soignés au site B avant la fusion.

« A lot of technicians had left and the technicians that were graduating, they were leaving the province, they were going to other hospitals. So there was a major crisis in terms of the waiting list. (Entrevue 31, Infirmière, anciennement du site A) »

« Non parce qu'on a une pénurie de technologues. Il n'y a pas personne avec les diplômes. (...) Donc, il n'y a pas eu embauche de personnes. Il y a peut-être une personne ici qui gradue à chaque année et qui décide de rester. Mais rien qui a fait en sorte de remplacer ces gens-là qui sont partis pendant ces années-là. (Entrevue 34, Technologue, anciennement du site A) »

« Non. Il y a des pénuries encore parce qu'à travers la province, en radio-oncologie il y a un manque de personnel. On avait à ce moment 36 postes de technologues et on avait à peu près 19 personnes en place. Avec la consolidation, on a réduit nos effectifs à 26 et on a encore à peu près 19 technologues. Ça fait qu'on a à peu près sept postes de vacants actuellement. (Entrevue 39, Cadre supérieur du CHU) »

« (...) we lost some patients along the way and we were not as present in the hospital, at the site B. And so the number of patients that were referred to us from doctors of the site B actually has decreased. (Entrevue 35, Directeur médical, anciennement du site A) »

La satisfaction et le scénario post-fusion

Malgré les nombreuses difficultés rencontrées tout au long de la micro-fusion, les personnes rencontrées sont généralement satisfaites de la fusion, entre autres à cause de leur nouvel environnement rénové et des équipements à la fine de pointe de la technologie dont s'est doté le département.

« (...) the main impact. For me it was positive. (Entrevue 24, Assistante technologue en chef, anciennement du site A)

« (...) the transition for me personally was pretty good, it was very easy. (Q: You give me the idea that you are relatively satisfied with the merger, on the whole?) Personally, I was, yeah. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

« So we have a very sophisticated department and... We are very very well equipped by now in terms of quality. (Entrevue 37, Assistant directeur médical, anciennement du site A) »

« Je pense qu'il y a eu beaucoup de points positifs. On a renouvelé notre parc d'équipements, on a agrandi, on a des lieux physiques extraordinaires pour travailler, l'environnement physique, superbe pour les employés, à part les employés de bureau pour lesquels c'est un peu petit. Pour les patients, c'est beaucoup plus agréable, c'est propre. (Entrevue 39, DSPH associé du CHU) »

Cependant, plusieurs employés se sont sentis floués au cours de la fusion. S'ajoutent à ces perceptions d'injustice, un sentiment d'impuissance vis-à-vis les décisions prises par les gestionnaires du département.

« The only reason why the government wants to merge is to save money. (...) And the only way you save money is if you start firing some people. So, I'm totally against the merger, totally. (...) People that shouldn't have gotten fired, got fired (...) People got fired, people I really liked got fired. People in management position before the merger got fired, because of this. (Silence) I mean it sucks! (Entrevue 27, Technologue, anciennement du site A) »

« Bien déçu du favoritisme envers certaines personnes, je pense que beaucoup de monde l'ont ressenti, beaucoup de monde sont aigris de ça. (Entrevue 26, Technologue et coordonnatrice, anciennement du site A) »

« Disons que moi, ça a un peu ... Ça m'a donné une vision de l'administration que je n'avais peut-être pas auparavant. C'est-à-dire cette incapacité de vouloir faire certaines concessions. (Entrevue 29, Technologue, anciennement du site A) »

Certains interlocuteurs parlent aussi la lenteur avec laquelle la fusion a été planifiée et implémentée, ainsi que l'atmosphère qui règne dans le département depuis le début des pourparlers et des négociations entourant la fusion, comme des sources d'insatisfaction.

« Je pense que c'est une des raisons pourquoi plusieurs personnes du site B sont parties. (...) je pense qu'il y en a que ça a été trop long, le stress a été trop long, puis ils ont tout simplement décidé que c'était assez, puis ils partent. (Entrevue 26, Technologue et coordonnatrice, anciennement du site A) »

« But, to move the people from site B to here was hell! The technologists, and union issues, management again put up with a lot of non-sense in my opinion. You know, people were obstinate, hurt, it was just hell. And their wasn't much leadership, again, in making sure that people understood what this was all about. So, the personnel from site B had a hard time merging with this place. (Entrevue 40, Directeur de la physique médicale, anciennement du site A) »

En bout de ligne, le département a dû faire face à des départs massifs chez les technologues – au moment de réaliser les entrevues il n'en reste que trois sur sept - et à un exode d'absolument tous les radio-oncologues et des infirmières du site B.

« So in fact, when... people had to come here from site B... a lot of them didn't stay... and they ended up going elsewhere to other hospitals. So if you look at the original people... there were at the site B, you see there is maybe three people, which is not a lot... (...) You know – things didn't work out. They didn't want to move... They have different philosophies... It doesn't fit into work.. (Entrevue 31, Infirmière, anciennement du site A) »

« On ne pouvait maintenir notre séniorité et avoir un choix de partir ailleurs. Ça fait que ma décision a été de rester, mais il y en a eu plusieurs qui ont décidé de tout lâcher au complet pour recommencer à nouveau, pour travailler ailleurs. Ça aurait été... (...) Oui. Ça aurait été bien d'être capable d'avoir un choix où aller. On n'a pas eu le choix, c'était ici ou nul part. (Entrevue 30, Technologue, anciennement du site B) »

Certaines personnes mentionnent qu'avec le temps, on ne fait plus la distinction entre les anciens membres du site A et ceux du site B. Puis, les membres du corps médical n'ont pas eu à faire de concessions en changeant leurs manières de travailler, et ce, étant donné l'exode de leurs collègues du site B.

« (...) il n'y a plus d'identité : « toi, tu étais au site A » et « toi tu étais au site B. » Il y a des souvenirs, mais non, ça ne se fait pas. Oui ça s'est dilué, ça s'est terminé. Et puis les gens ont tourné la page. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de cicatrices, mais ce n'est pas pour ça que les gens ne s'entendent pas aujourd'hui! (Entrevue 23, Chef de service anciennement au site A) »

« We've come together pretty well. Yeah, there is no distinction now between techs from site A and B, we're all one now. (Entrevue 25, Technologue, anciennement du site B) »

« To come to work - I am still pretty happy because the merger is... is somewhat fictitious thing as you may know. So it is a merger that is not a merger. So...I still do what I want in this department in that sense. (Entrevue 37, Assistant directeur médical, anciennement du site A) »

Au final, la fusion du département de radio-oncologie a généré le troisième plus fort taux de satisfaction vis-à-vis de la fusion chez les employés, et ce, comparativement aux employés des autres cas de fusion (moyennes provenant du questionnaire : **4,58/7** chez les employés du département de radio-oncologie, contre **4,01/7** pour les employés de l'USI du site A, **4,72/7** pour les employés de l'USI du site B et **4,83/7** pour les employés du département d'orthopédie) (voir le tableau 7.4).

Aussi, selon les questions quantitatives posées à l'entrevue, les employés du site A seraient nettement moins satisfaits de la fusion que leurs collègues provenant du site B (**6,79/10** contre **8,10/10**) (voir le tableau 7.4).

Lors de la deuxième passation du questionnaire, les employés du département de radio-oncologie du site A avait un niveau de satisfaction par rapport à la fusion un peu plus élevé que les employés de l'USI du site A (moyennes provenant du questionnaire : **3,67/7** pour les employés de l'USI du site A contre **4,10/7** chez les employés du département de radio-oncologie) (voir le tableau 7.4).

De plus, globalement selon le questionnaire, la satisfaction des employés vis-à-vis la fusion a diminué entre la première passation du questionnaire et la seconde (12 mois plus tard) (moyennes provenant du questionnaire : **4,58/7** au temps 1 et **4,10/7** au temps 2) (voir le tableau 7.4).

Les membres du corps médical (radio-oncologues du site A seulement) ont le deuxième plus élevé niveau de satisfaction vis-à-vis de la fusion par rapport aux autres membres du corps médical (moyennes provenant du questionnaire : **5,58/7** chez les radio-oncologues du site A,

contre 5,50/7 chez les intensivistes de l'USI du site A, 6,50/7 chez les intensivistes du site B et 5,13/7 chez les chirurgiens du département d'orthopédie (voir le tableau 7.4).

De plus, globalement selon le questionnaire, la satisfaction des radio-oncologues vis-à-vis la fusion a légèrement diminué entre la première passation du questionnaire et la seconde (12 mois plus tard) (moyennes provenant du questionnaire : 5,58/7 au temps 1 et 5,50/7 au temps 2) (voir le tableau 7.4).

Le tableau 7.4 suivant reprend globalement les principaux éléments sur lesquels l'analyse de la micro-fusion de l'USI généraux du site A repose, afin d'amorcer par la suite l'interprétation des résultats d'une manière agrégée et, donc, de dégager un point de vue global de la micro-fusion. Précisément, tableau est constitué des perceptions entourant (1) les aspects sociaux, (2) les aspects professionnels, (3) les soins et l'organisation du travail, (4) le scénario post-fusion et (5) la satisfaction des personnes touchées par la fusion.

Tableau 7.4 La synthèse des perceptions post-fusion (sous-groupes et groupe fusionné)

Perceptions entourant les aspects sociaux par sous-groupe	Perceptions entourant les aspects professionnels par sous-groupe	Perceptions entourant les soins et l'organisation du travail par sous-groupe	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction (S1 et S2) par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction (S1 et S2) générale dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>a) Employés du département (sites A et B)</p> <p>= + / -</p> <p><i>“Like I said, people are very nice. I have no complaints. It is just... like – you really don't get to know them. So it is like coming to a job where the only people you really know are your co-workers And that's it! (Entrevue 32, Secrétaire médicale du site B) »</i></p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion :</p> <p>T₁ = 5,01/7(N= 33;ET=1,44)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité</p> <p>T₁ = 4,78/7 (N= 33;ET=1,29)</p>	<p>a) Employés du département</p> <p>= + / - -</p> <p><i>“Now there is now too many doctors too many residents too many patients – it is very busy. (Entrevue 32, Secrétaire médicale du site B) »</i></p> <p><i>« (...) les postes de spécialités sont tous pris. Quand on est arrivés ici, on savait qu'il fallait travailler sur les appareils, ça fait que pour beaucoup, ça a été un gros facteur penchant. De retourner comme technologue au début, au jour un... (Entrevue 30, Technologue du site B) »</i></p>	<p>a) Employés du département</p> <p>= + + / -</p> <p><i>« Bien, c'est sûr que pour les technologues, que les médecins restent dans le même hôpital, c'est beaucoup plus facile. Quand on a un problème avec un patient, le médecin est sur le site. (...) Le fait d'avoir toutes les ressources au même endroit là, c'est un plus et pour le patient et pour le personnel. (Entrevue 26, Technologue du site A) »</i></p>	<p>a) Employés du département</p> <p>= ABSORPTION IDENTITAIRE et l'identification à l'unité est relativement élevée à 4,93/ 7 (N=34;ET=1,06)</p> <p style="text-align: center;">○ A</p> <p><i>“(...) there's only three people that came from the site B. All of them left, because they did not want to work here (Entrevue 27, Technologue du site A)”</i></p> <p>Identification au T₂ = 4,41/7 (N=19;ET=0,84)</p>	<p>a) Employés du département</p> <p>Satisfaction – par rapport fusion (S1)</p> <p>T₁ = 4,58 (N=33;ET=1,17)</p> <p>T₂=4,10 (N=18;ET=1,10)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 4,51/7 (N=31;ET=1,41)</p> <p>T₂=4,18 (N=16;ET=1,32)</p>	<p>a) Employés du site A = 6,79/10 (N=7; ET=1,11)</p> <p>b) Employés du site B = 8,10/10 (N=5; ET=1,02)</p>	<p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1)</p> <p>T₁ = 4,67/7 (N=36; ET=1,17)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 4,65/7 (N=34;ET=1,42)</p>

Perceptions entourant les aspects sociaux par sous-groupe	Perceptions entourant les aspects professionnels par sous-groupe	Perceptions entourant les soins et l'organisation du travail par sous-groupe	Identification et scénario post-fusion par sous-groupe	Satisfaction (S1 et S2) par sous-groupe dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)	Satisfaction par sous-groupe (entrevue)	Satisfaction (S1 et S2) générale dans l'unité fusionnée (1 = très peu satisfait, 7 = très satisfait) (questionnaire)
<p>b) Radio-oncologues du département (sites A et B)</p> <p>= + / -</p> <p><i>"We're working quickly and I think better. (Entrevue 35, Directeur, site A)"</i></p> <p><i>"The physicians are not as close to the technologists as they used to be. (Entrevue 35, Directeur, site A) »</i></p> <p>Confiance interpersonnelle depuis la fusion :</p> <p>T₁ = 5,88/7 (N= 4; ET=1,16)</p> <p>Confiance envers les gestionnaires de l'unité</p> <p>T₁ = 6,75/7 (N= 2; ET = 0,35)</p>	<p>b) Radio-oncologues du département</p> <p>= + + / -</p> <p><i>"To come to work – I am still pretty happy because the merger is somewhat fictitious thing as you may know. So it is a merger that is not a merger. Sol still do what I want in this department in that sense. (Entrevue37, Radio-oncologue du site A)"</i></p>	<p>b) Radio-oncologues du département</p> <p>= + / -</p> <p><i>« C'est la possibilité de concentrer... l'effort l'énergie et l'expertise... sur place qui va être plus performante... que d'avoir plusieurs sites qui sont fragmentés. Des masses critiques du personnel et des patients (Entrevue 36, Radio-oncologue du site A) »</i></p>	<p>b) Radio-oncologues du département = ABSORPTION IDENTITAIRE</p> <p>et l'identification au T1 à l'unité est très élevée = 6,40/7 (N=4; ET =0,54)</p> <p style="text-align: center;">A</p> <p><i>"So in fact, three of the staff that were at the site B left in the late 1990's. (Entrevue 35, Directeur, site A)"</i></p> <p>Identification au T₂ = 6,47/7 (N=4; ET=0,43)</p>	<p>b) Radio-oncologues du département</p> <p>Satisfaction par rapport à la fusion (S1)</p> <p>T₁ = 5,58/7 (N=3; ET=0,80)</p> <p>T₂ = 5,50 (N=4; ET=1,02)</p> <p>Satisfaction par rapport à sa carrière dans l'unité (S2)</p> <p>T₁ = 6,04/7 (N=3; ET=0,50)</p> <p>T₂ = 5,56 (N=3; ET=1,35)</p>	<p>a) Radio-oncologues du site A = 6,83/10 (N=3; ET=2,57)</p>	

7.3 La conclusion de la fusion du département de radio-oncologie du site A

Le cas de fusion du département de radio-oncologie se solde par une absorption identitaire du groupe d'employés provenant du site B par celui du site A, et par la disparition des radio-oncologues du site B. Nonobstant, certaines variables font en sorte de favoriser le processus d'identification des employés et des médecins à la nouvelle unité. Par contre, d'autres variables viennent freiner ce même processus d'identification chez les personnes, entre autres en générant des perceptions de menace identitaire. Voici les principaux apprentissages qui se dégagent de la micro-fusion du département de radio-oncologie au site A

7.3.1 Les leviers au processus d'identification au département de radio-oncologie

Les interventions d'un cadre supérieur du CHU

Les interventions d'un cadre supérieur du CHU sont jugées aidantes et réconfortantes, et ce, principalement par les employés du site B, lesquels évoluent pendant une partie de la micro-fusion sans chef de service physiquement présent sur leur site. Plus tard, ce même cadre aurait contribué à rapprocher les employés et les médecins, et ce, en leur offrant un canal de communication. Ces interventions pourraient avoir favorisé l'adaptation des employés à la micro-fusion et, ainsi, avoir favorisé leur identification au département fusionné.

7.3.2 Les freins au processus d'identification au département de radio-oncologie

L'aspect forcé de la micro-fusion et les négociations syndicales

Les employés et les médecins provenant du site B du département de radio-oncologie, sont obligés de quitter leur unité d'origine et de rejoindre les rangs du département rénové au site A. Cette absence de choix est à la source d'importantes insatisfactions, ayant en retour mené à l'important taux de roulement observé pendant la micro-fusion. Ce constat renforce à nouveau l'importance de l'aspect volontaire d'une micro-fusion, tant sur la satisfaction des personnes que sur leur processus d'identification à la nouvelle unité.

La longueur de la planification de la fusion

Le long processus de planification de la micro-fusion semble avoir contribué à polariser les personnes des deux sites, faisant perdurer au passage d'importantes frustrations en ce qui à trait à l'accès aux ressources matérielles et physiques, et à l'organisation du travail. Donc, la qualité de ce processus de préparation à la micro-fusion pourrait avoir ralenti significativement le processus d'identification à la nouvelle unité opérationnelle.

Les différences dans la façon de soigner les patients (identité)

Les rapprochements forcés et la longue planification du processus d'intégration, s'ajoutent à des écarts identitaires qui sont mis au jour dès les premiers instants de la micro-fusion du département de radio-oncologie. Pour les employés arrivés du site B, il est très important de pérenniser leurs propres « principes » en matière de soins aux patients. Cette différence marquée entre les sites A et B, dans la manière de concevoir le rôle de professionnel de la santé, pourrait avoir contribué aux départs des radio-oncologues du site B, en plus de ralentir l'adaptation des employés de ce même site à la réalité du site A. Forcément, ces écarts identitaires pourraient avoir ralenti le processus d'identification au département fusionné des personnes du site B.

L'isolement social

L'isolement social vécu par les employés dans la grande unité fusionnée ne semble pas être contrebalancé par des rapprochements sociaux planifiés à la hauteur du besoin humain de collégialité retrouvé dans le département. À nouveau, l'identification des personnes à la nouvelle unité fusionnée en est ralentie.

La formation des employés du site B

Les échanges inter-sites ainsi que la formation sont jugés moins pertinents afin de faciliter l'apprentissage chez les ressources arrivées du site B. Mêmes les apprentissages liés aux nouvelles technologies n'ont pas toujours lieu, car ces dernières ne sont pas implantées au site A au moment d'initier ces interventions de gestion.

Le style de leadership au site A

L'absence apparente de leadership collectif à l'intérieur du département de radio-oncologie, et style de leadership plutôt contesté de la part d'un de ses dirigeants, semblent contribuer à diminuer la mobilisation des employés ayant accepté le transfert vers le site A. Ainsi, le leadership en vigueur pourrait aussi avoir contribué à ralentir l'identification des personnes au département fusionné.

L'arrivée de sang neuf au site A

L'arrivée de nouveaux technologues pour pallier aux nombreux départs, amène une remise en question au sein du groupe d'employés, principalement en ce qui a trait aux conditions de travail et au style de gestion préconisé au site A. À nouveau, l'identification des personnes au département fusionné est reportée dans le temps par cette remise en question identitaire.

L'historique conflictuel entre les médecins des deux sites

L'historique conflictuel entre les radio-oncologues des deux sites diminue l'efficacité des interventions de gestion visant à intégrer les opérations des deux sites. Cet historique est un facteur d'importance qui sous-tend le départ des radio-oncologues du site B.

7.3.3 Les effets paradoxaux de leviers et de freins au processus d'identification au département de radio-oncologie

L'aménagement physique du département fusionné

Le nouveau département, agrandi et rénové, représente une source de fierté pour la grande majorité des employés des deux sites et des radio-oncologues du site A. Par conséquent, cette source de fierté favorise l'identification des personnes à la nouvelle unité fusionnée. Or, malgré son apparence très flatteuse, le nouvel aménagement physique, vaste et compartimenté, tend à séparer les sous-groupes de professionnels, à les priver d'un nombre

important d'interactions sociales et professionnelles et, par conséquent, à ralentir leur identification à cette nouvelle entité.

Le roulement de personnel

La perte de ressources expérimentées constitue une lourde conséquence de la micro-fusion du département de radio-oncologie, du moins initialement. Il en a résulté une perte d'expertise, ainsi qu'un ralentissement dans la performance organisationnelle de toute l'unité opérationnelle. Par contre, le départ de ces personnes s'identifiant significativement moins au département contribue, tout comme dans les autres cas de micro-fusion, à rehausser le niveau global d'identification à cette nouvelle unité fusionnée.

Tout au long de la fusion du département de radio-oncologie, certaines sources de menace identitaire sont présentes, tant chez les employés que chez les intensivistes médicaux et chirurgicaux. Les tableaux 7.5, 7.6 et 7.7 ci-dessous, présentent les sources de menace identitaire par sous-groupe de personne. Il est à noter que ces tableaux présentent aussi au lecteur quelques facteurs qui contribuent à diminuer les perceptions de menace identitaire (e.g. avoir de l'intérêt pour l'apprentissage de nouvelles techniques de soins).

Tableau 7.5 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire élevée chez le sous-groupe des employés du site B

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement dans le contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage de techniques de soins (brachythérapie) • Rythme rapide et charge de travail plus élevée
	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Quitter un milieu de travail au climat convivial • Identité d'origine moyennement forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Départ de presque tous les collègues du site B

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
3. Changement de gestionnaire	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Provenance du site A du chef de service (technologue) • Provenance du site A du Directeur du département
4. Autre changement ou source de menace	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement lent de la fusion qui fait durer des conditions de travail jugées difficiles et qui polarise les personnes des deux sites • Isolement physique à l'intérieur d'une section de la grande unité rénovée

Tableau 7.6 Les sources expliquant les perceptions de menace identitaire faiblement élevée chez le sous-groupe des employés du site A

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement dans le contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Site qui accueille un petit nombre d'employés du site B / statut quo au chapitre de l'organisation des soins • Identité d'origine forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe des employés du site A
3. Changement de gestionnaire		<ul style="list-style-type: none"> • Provenance du site A du chef de service (technologue) • Provenance du site A du Directeur du département
4. Autre changement ou source de menace	✓ ✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement lent de la fusion qui fait durer des conditions de travail jugées difficiles et qui polarise les personnes des deux sites • Isolement physique à l'intérieur d'une section de la grande unité rénovée

Tableau 7.7 Les sources expliquant perception de menace identitaire faiblement élevée chez le sous-groupe des radio-oncologues du site A

Source de menace identitaire	Manifestation de la menace identitaire	
1. Changement dans le contenu de l'identité (clientèle et responsabilité professionnelle, organisation des soins, rythme de travail, climat de travail)	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Site qui n'accueille aucun radio-oncologue du site B / statut quo au chapitre de l'organisation des soins • Identité d'origine forte
2. Changement dans la composition du sous-groupe de travail		<ul style="list-style-type: none"> • Composition stable de l'équipe des radio-oncologues du site A
3. Changement de gestionnaire		<ul style="list-style-type: none"> • Provenance du site A du chef de service (technologue) • Provenance du site A du Directeur du département
4. Autre changement ou source de menace	✓	<ul style="list-style-type: none"> • Déroulement lent de la fusion qui fait durer des conditions de travail jugées difficiles et qui polarise les personnes des deux sites

En somme, le niveau d'identification au nouveau département de radio-oncologie est élevé chez les employés des sites A et B, ainsi que chez les radio-oncologues du site A (moyennes respectives provenant de l'entrevue : 4,57/6, 4,60/6 et 5,67/6) (voir tableau 7.8). Cette réalité peut s'expliquer par le statut quo vécus chez les personnes du site A et le souhait de fusionner au site A chez les personnes provenant du site B. En bout de ligne les employés du site B ont été absorbés dans la nouvelle unité, ce qui contribue à une intégration professionnelle et sociale élevée (voir tableaux 7.4 et 7.8).

Tableau 7.8 Les variables dépendantes par sous-groupe de personnes étudiées pendant la micro-fusion du département de radio-oncologie du site A

	Employés du site A	Employés du site B	Radio-oncologues du site A
Perceptions de menaces identitaires du sous-groupe avant la fusion	Faiblement élevées (tableau)	Élevées (tableau)	Faiblement élevées (tableau)
Identification du sous-groupe à la nouvelle unité	Élevée (4,57/6) (N= 7;SD=1,81)	Élevée (4,60/6) (N= 5;SD=0,89)	Élevée (5,67/6) (N= 3;SD=0,58)
Satisfaction post-fusion du sous-groupe	Élevée** (6,79/10) (N= 7;SD=1,11)	Élevée (8,10/10) (N= 5;SD=1,02)	Élevée (6,83/10) (N= 3;SD=2,57)
Scénario de la fin pour le sous-groupe (et roulement à l'intérieur du sous-groupe)	Roulement faible Intégration forte (absorption) 	Roulement élevé Intégration forte (absorption) 	Roulement faible Intégration forte (absorption) 

* Les données reliées à l'identification sont tirées de l'entrevue : 0-1,9 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 = Fortement élevée.

** Les données reliées à la satisfaction sont tirées de l'entrevue : 0 – 3,32 = Faiblement élevée ; 3,33 – 6,65 = Moyennement élevée ; 6,66 – 10 = Fortement élevée.

Les valeurs des variables dépendantes du tableau 7.8 seront reprises ultérieurement dans les chapitres d'analyse transversale.

Le retour sur le cadre conceptuel et sur les questions de recherche.

La section suivante effectue un retour sur les propositions de recherche à la lumière des résultats produits par l'analyse de la fusion du département de radio-oncologie du site A, toujours afin de répondre aux deux questions de recherche portant sur l'effet du profil identitaire sur le processus de fusion et sur les résultats finaux (question 1) ainsi que sur l'effet des interventions de gestion sur ces mêmes dimensions (question 2).

L'analyse du quatrième cas de fusion (le second cas inter-site) confirme que la rencontre de sous-groupes avec des contenus identitaires différents, tend à générer des perceptions de menace identitaire chez les membres de ces sous-groupes, ce qui en retour génère des tensions tangibles entre les sous-groupes, rend plus difficile l'intégration identitaire et vient diminuer la satisfaction des personnes (**proposition 1**). À l'image de la situation observée dans les deux USI et au département d'orthopédie, cette proposition se confirme au département de radio-oncologie, et s'avère particulièrement représentative de la réalité des employés et des radio-oncologues provenant du site B, lesquels ont choisi de quitter le CHU en très grand nombre plutôt que d'adhérer à la fusion. Ces départs d'abord précipités par la présence de très fortes perceptions de menace identitaire pré-fusion, ont été accentués par la plus faible représentativité des employés et des médecins basés au site B, ainsi que par l'obligation de rapprochement entre leurs pratiques professionnelles et celles en place au site A. De manière particulièrement intéressante, l'arrivée volontaire d'un petit nombre d'employés du site B avec une expertise professionnelle complémentaire (e.g. brachythérapie) ne semble pas suffisante pour établir une dynamique favorable à l'ouverture de tout un chacun ainsi qu'à l'amorce du processus d'identification à la nouvelle unité peu de temps après la fusion. Tel qu'expliqué un peu plus loin, ce phénomène unique à ce cas de fusion peut être attribuable au nombre et à la nature des interventions de gestion mises en œuvre avant et pendant la fusion. Entre autres, le fait que les interventions de gestion ne contribuent pas à instaurer un climat de collaboration professionnelle peut expliquer les dynamiques en place au sein du nouveau groupe d'employés.

L'analyse du quatrième cas de fusion confirme la seconde proposition de recherche selon laquelle plus les sources d'identification sont appelées à être modifiées au cours de la micro-fusion, plus les personnes concernées seront sujettes à percevoir une menace identitaire contribuant à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des gens (**proposition 2**). Cette proposition s'est avérée vraie tant pour les employés que pour les radio-oncologues du site B, entre autres forcés d'abandonner leur approche centrée sur le patient ainsi que certaines techniques de soins, pour adopter un rythme de travail moins favorable à la prise en compte des aspects psycho-sociaux dans leur relation avec le patient.

Puis, l'analyse de ce cas de fusion précise la **proposition de recherche 3a** qui stipule que plus l'identité d'un sous-groupe avant la micro-fusion est forte, plus ses membres sont sujets à percevoir une menace identitaire, laquelle perception contribue à rendre plus difficile l'intégration identitaire et à diminuer la satisfaction des personnes. Même si cette proposition s'applique très bien à la réalité des radio-oncologues du site B, elle colle moins à la réalité des employés du même site. Précisément, même si ces derniers affichent une identification jugée modérément élevée avant l'amorce de la fusion, ces derniers perçoivent une menace identitaire très élevée. Le petit nombre de membres composant ce sous-groupe, ainsi que l'absence de stratégies managériales visant à diminuer la probabilité de devoir modifier son identité d'origine à la suite de la fusion, sont deux dimensions contribuant significativement à hausser les perceptions de menace identitaire chez ces technologues du site B.

Puis, la **proposition 3b** est confirmée par l'analyse de l'intégration des sous-groupes d'employés. En effet, la force d'identification pré-fusion est significativement asymétrique entre les membres des deux sous-groupes d'employés et cette situation entraîne un scénario qui s'apparente à une absorption identitaire caractérisé par un nombre plus élevé de concessions, plus ou moins volontaires, faites sur le plan professionnel par les employés du site B. Il importe de mentionner que cette absorption ne prend pas forme sans que ces mêmes employés arrivés du site B affichent de fortes perceptions de menace identitaire. Une fois de plus, le nombre de personnes dans les sous-groupes en présence s'additionne aux rapports liés à la force d'identification, pour influencer le scénario final d'intégration identitaire.

Ce dernier cas de fusion confirme également la **proposition 4** stipulant que les interventions de gestion pendant la micro-fusion d'unités opérationnelles influencent à la fois le processus d'intégration et les résultats finaux de ce dernier (i.e. le degré d'identification, la satisfaction, le scénario d'intégration identitaire). Par exemple, le groupe de travail mis sur pied par un cadre supérieur pendant la fusion semble avoir significativement contribué à évacuer des insatisfactions importantes vécues par les employés des deux sous-groupes au chapitre de la communication inter-professionnelle. Il est possible de penser que sans cette

intervention d'importance, le faible nombre d'intervention au potentiel intégrateur aurait pu précipiter le départ d'un plus grand nombre de personnes, dont au sein du sous-groupe composé des employés du site A. De plus, la décision de rénover le département de radio-oncologie semble avoir joué un certain rôle sur la fierté ressentie par les personnes, ce qui constitue un levier d'identification à la nouvelle unité. Cet environnement neuf peut avoir représenté un facteur ayant aussi diminué l'insatisfaction attribuée à la désuétude des unités pré-fusion.

Le présent cas de fusion confirme également la **proposition 5** qui avance que la forme d'intégration identitaire qui résulte du processus de fusion est une conséquence non seulement des interventions de gestion mises en œuvre, mais aussi des dynamiques enclenchées par les profils identitaires en présence avant la fusion. En effet, avant l'émergence d'interventions de gestion, les fortes perceptions initiales de menace identitaire ressenties par les employés du site B ont généré des attitudes et des comportements moins favorables à la réussite de la fusion, sans oublier que ces perceptions ont précipité le départ de plusieurs d'entre eux avant même le déménagement vers le site A. Puis, le très faible nombre d'interventions de gestion semble avoir contribué à la cohabitation identitaire retrouvée dans la nouvelle unité. À nouveau, les dynamiques identitaires observées lors de l'amorce de la fusion seraient accentuées ou diminuées par le nombre et la nature des interventions de gestion mises sur pied pendant la fusion.

Finalement, ce cas de fusion réitère l'importance de considérer certaines variables dites contextuelles, comme par exemple le rythme de l'implantation des changements organisationnels et la taille et la forme de l'environnement physique. Il importe aussi de prendre en compte les interrelations existant entre les constituants du profil identitaire et ces mêmes variables contextuelles (e.g. le nombre des membres dans un sous-groupe qui module l'effet inhérent aux rapports de forces identitaires sur le scénario final d'intégration identitaire). Par exemple, le rythme plus lent de la mise en œuvre de la présente fusion semble avoir polarisé les sous-groupes en fonction de leurs différences identitaires initiales. Puis, en tant qu'autre variable contextuelle d'importance, le nouveau département comporte une image attirante aux yeux des employés et des radio-oncologues. Or, le nouvel aménagement physique vaste et compartimenté, tend parallèlement à séparer les sous-

groupes de professionnels, et donc, à les priver d'un nombre important d'interactions sociales et professionnelles nécessaires au processus d'identification à la nouvelle unité.

Malgré un peu de formation diffusée aux employés et l'intervention d'un cadre supérieur pour favoriser les rapprochements, un scénario de départs massifs, suivi de l'absorption de quelques personnes initialement basées au site B par l'équipe du site A, est la résultante du processus de fusion au département de radio-oncologie du site A.

Chapitre VIII

LES FACTEURS QUI SOUS-TENDENT LA MENACE IDENTITAIRE AVANT LA FUSION DE LA NOUVELLE UNITÉ OPÉRATIONNELLE

« The group spirit, the idea of the group with the sentiment of devotion to the group developed in the minds of all its members, not only serves as a bond that holds the group together or even creates it, but it renders possible truly collective volition. (McDougall, 1921) »

« I think the source of pride in a unit with one specialty is that they're the ultimate experts. We...well even myself, I was an expert, I read everything about every patient! I knew all their different kinds of patient diagnosis, I knew everything about every procedures. And there was a lot of pride on being on top of things and being an expert in a particular field. (Entrevue 1, Infirmière gestionnaire, anciennement de l'USI/M) »

La structure du présent chapitre consiste à présenter au lecteur les éléments de contexte ayant une influence sur le déroulement de la fusion préalablement aux processus d'intégration. En somme, le chapitre sert principalement à répondre à la première question de recherche, soit « comment les profils identitaires des sous-groupes d'origine présents en contexte de micro-fusion influencent-ils le déroulement ainsi que les résultats de la fusion, dont le degré d'intégration identitaire atteint après cette dernière». Le chapitre se conclue avec un exercice de théorisation qui repose sur les variables influençant les perceptions de menace identitaire avant le début des changements organisationnels découlant de la fusion. Puis, le chapitre suivant expose les éléments processuels, tels ceux qui voient le jour par la mise en œuvre d'interventions de gestion, qui influencent le déroulement et les résultats de la fusion.

8.1 L'approche inductive sous-jacente aux analyses transversales

Jusqu'ici, les quatre cas de micro-fusion organisationnelle ont été présentés séparément en tenant compte de la chronologie des événements. Ainsi, les données qualitatives, additionnées à des données chiffrées, ont permis d'isoler de manière inductive mais aussi déductive, les principaux leviers et freins aux processus d'identification avant et pendant la fusion. Dans le présent chapitre, les leviers et les freins aux perceptions de menace identitaire avant la fusion, sont regroupés sous la forme de courants de causalité. Regroupés à l'intérieur de ce que le chercheur appelle ici la « **Rencontre identitaire initiale** », ces courants de causalité tiennent compte des facteurs, dont ceux inhérents à l'identité, qui influencent les perceptions de menace identitaire peu de temps avant une micro-fusion opérationnelle. L'analyse présentée dans le présent chapitre tient évidemment compte des observations présentées dans les quatre chapitres antérieurs, en rendant une synthèse des principaux facteurs qui s'en dégagent. Même si les récits de cas ont précédemment été présentés en plusieurs phases distinctes, dans le présent chapitre l'accent est essentiellement placé sur la composante la plus importante du processus de fusion, en subdivisant les analyses en les phases pré-fusion et post-fusion.

En se penchant uniquement sur les variables pré-fusion mises au jour dans les études de cas, le présent chapitre traite à tour de rôle (1) des **variables indépendantes** qui agissent comme point de départ aux explications causales, dont font partie le profil identitaire, le statut du sous-groupe et le nombre de personnes qui le compose, (2) des **variables indépendantes** qui se manifestent peu de temps avant la fusion telles que la probabilité de changer sa façon de travailler, l'aspect volontaire du changement organisationnel, la rapidité de ce dernier et la préparation pour y faire face, (3) ainsi que la **variable dépendante**, soit les perceptions de menace identitaire avant le début de la fusion. Lorsque possible, les effets d'interaction entre les variables précédemment énumérées, et les influences mutuelles, sont mis au jour.

Par une démarche inductive d'analyse de données fortement influencée des travaux de Miles et Huberman (2003), un diagramme causal peut être créé, composé de multiples courants

d'explications causales, afin de dégager une information empirique ajoutant à notre compréhension des phénomènes identitaires en contexte de fusion. Dans le détail, ce procédé inductif consiste d'abord à identifier les courants de causalité expliquant la variable dépendante, et ce, pour chaque sous-groupe de professionnels à l'intérieur d'un même cas de micro-fusion. Puis, les explications causales doivent s'appliquer à la réalité des professionnels de la santé dans chacun des quatre cas étudiés. Par la confrontation de la logique théorique émergente aux données de plusieurs sous-groupes de professionnels et de plusieurs cas de fusion (réplication théorique par l'analyse intra- et inter-cas), et par la modification des courants de causalité lors de l'apparition d'incohérences logiques ou empiriques, chaque courant de causalité doit être assez robuste pour expliquer la variable dépendante à l'aide du même nombre de variables, agencées selon des règles précises. De cette démarche inductive sont ensuite extraits des énoncés théoriques, lesquels sont discutés à la lumière de données théoriques et empiriques retrouvées dans la littérature portant sur les phénomènes identitaires.

Pour faciliter la lecture du présent document, le diagramme causal final, regroupant tous les courants de causalité qui expliquent les variables dépendantes pré- et post-fusion, est présenté d'entrée de jeu, et ce, même s'il est le fruit d'une démarche inductive, plutôt que déductive (voir la figure 8.1). Puis, un seul diagramme causal sera présenté schématiquement pour chaque cas de fusion analysé, reflétant la réalité d'un des sous-groupes touchés par la micro-fusion (e.g. voir la figure 8.2); les spécificités liées aux différents sous-groupes de professionnels à l'intérieur d'un cas de micro-fusion sont ensuite abordées dans le texte.

8.2 Le diagramme causal

En appliquant les trois canons classiques de l'inférence inductive (antériorité, covariation et influence directionnelle), le diagramme causal ci-dessous permet de formuler des hypothèses quant à la nature et à la direction des influences au sein des variables les plus parlantes observées lors de la fusion de deux sous-groupes de professionnels ou plus (Miles et Huberman, 2003). D'abord élaboré à l'intérieur d'un même cas de fusion, à l'aide des

sous-groupes de professionnels comptant un nombre suffisant de personnes – au moins deux personnes rencontrées en entrevue –, puis validé à l'aide des trois autres cas de fusion, ce diagramme offre treize (13) courants d'explication causale qui agissent sur les perceptions de menace identitaire et sur le processus d'identification en cours après l'intégration de deux unités opérationnelles ou plus. Il importe de rappeler que le présent chapitre traite uniquement de la phase pré-fusion, laquelle compte les cinq courants de causalité de la « **Rencontre identitaire initiale** ».

Les variables du diagramme causal sont les mêmes d'un sous-groupe de professionnels à l'autre. Cependant, la valeur et l'influence des variables indépendantes et de la variable dépendante varient d'un sous-groupe de professionnels à l'autre, allant de faible, à moyenne ou à élevée, et ce, d'après l'analyse des entrevues et des données chiffrées du projet de recherche. Le diagramme causal complet est présenté à la page suivante (figure 8.1). Sa logique globale sera d'abord expliquée par le chercheur, tout comme son application aux quatre cas dans les sections suivantes.

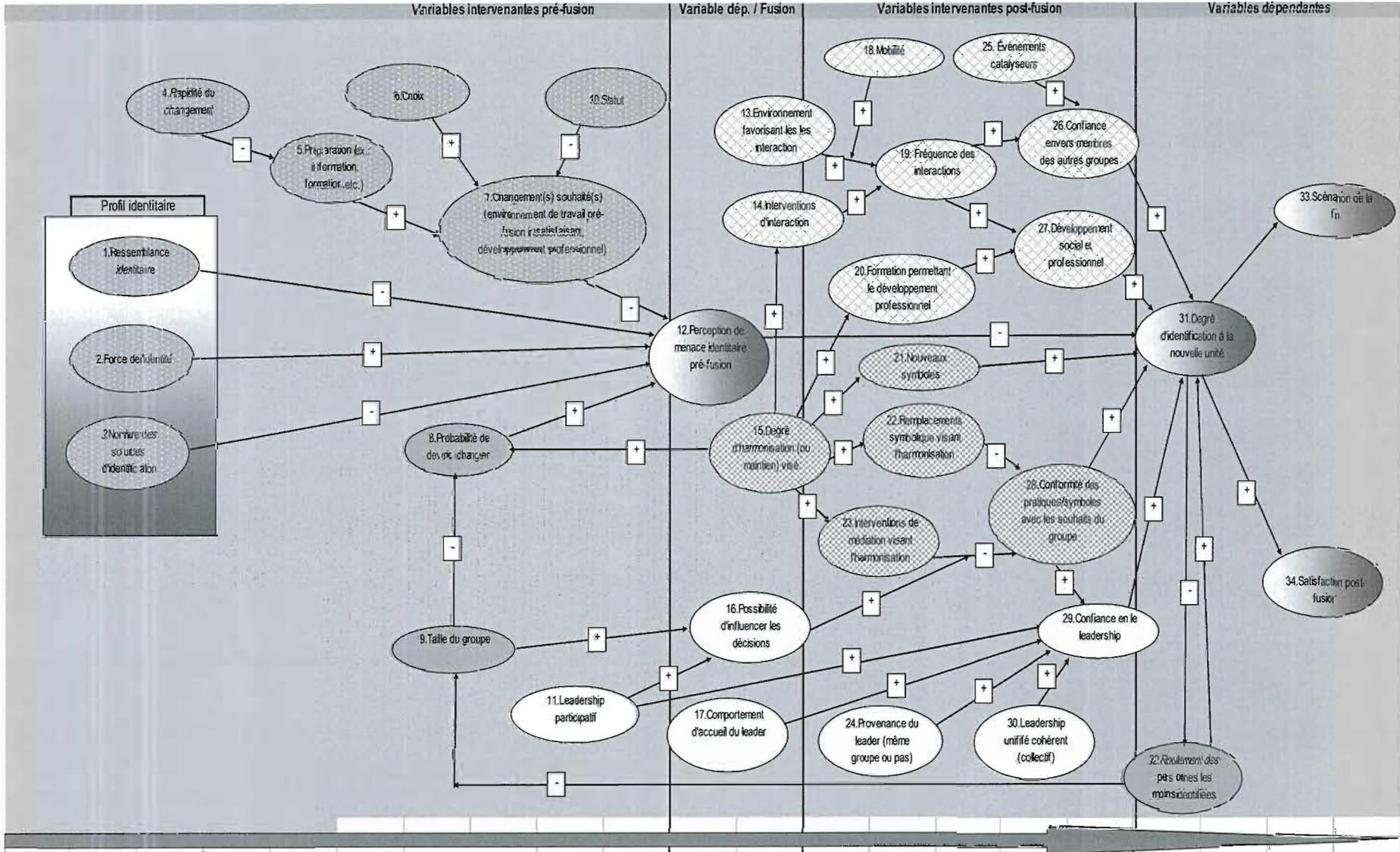


Figure 8.1

Le diagramme causal expliquant les processus inhérents à la micro-fusion d'une unité opérationnelle

8.3 Les cinq courants de causalité pré-fusion et les variables associées

À travers l'analyse des cas, le chercheur principal a identifié cinq courants de causalité qui permettent de mieux comprendre les perceptions de menace identitaire vécues par les employés et les professionnels à la suite de l'annonce de la fusion (mais avant l'amorce des changements organisationnels comme telle). Les trois premiers courants (représentés par les lignes 1-12; 2-12; et 3-12 dans la figure 8.1) reposent sur des variables associées aux profils identitaires d'origine en présence, telles qu'identifiées dans le cadre conceptuel d'origine. Effectivement, le chercheur observe que des ressemblances plus ou moins élevées sur le plan du contenu identitaire des groupes, des identités plus ou moins fortes, ainsi que la variété dans les sources identitaires de ces mêmes groupes sont des éléments qui semblent influencer les perceptions de menace identitaire.

Dans ce qui suit, les variables représentant le profil identitaire sont formulées de manière à ce que le lecteur puisse apprécier leur contribution à l'intérieur d'un courant d'explication causale s'appliquant à chacun des cas. Chaque variable est présentée qualitativement et quantitativement. Ainsi, le contenu de l'identité d'un sous-groupe de professionnels, est représenté par la variable « **1. Ressemblance identitaire** » des sous-groupes de professionnels en présence lors de la fusion. À titre d'exemple, la mention « F » sous la variable « **1. Ressemblance identitaire** » dans le diagramme causal, signifie que la similarité des caractéristiques identitaires des sous-groupes de professionnels est jugée faible (M = moyen et E = élevé) (voir par exemple la figure 8.2 ci-dessous). Puis, la force de l'identité d'un sous-groupe est prise en compte telle quelle (« **2. Force de l'identification** »). La source de l'identification est remplacée par le « **3. Nombre des sources d'identifications** » du sous-groupe de personnes.

Pour résumer la logique qui sous-tend l'ensemble des courants de causalité associés au profil identitaire, le chercheur a observé que le fait d'annoncer une intégration opérationnelle à des sous-groupes de professionnels qui se définissent à partir de contenus identitaires fort différents peut générer des perceptions de menace identitaire pré-fusion chez ces derniers (courant 1-12 « **Ressemblance identitaire** »). Puis, le fait de posséder une identité forte représente, selon les données recueillies dans les études de cas, une raison de

percevoir une menace identitaire potentielle peu de temps avant l'amorce de la fusion (courant 2 – 12, « **Force de l'identification** »). Aussi, le fait d'avoir moins de sources d'identité (ex. : identification seulement à l'unité d'origine plutôt qu'à un ensemble plus large comme l'hôpital) pourrait, toujours selon les données présentées aux chapitres précédents, générer des perceptions de menace identitaire pré-fusion (courant 3-12, « **Nombre de sources d'identification** »). Dans les sections qui suivent, le chercheur montrera en détails comment ces courants de causalité se manifestent dans chaque cas précis.

Les données des quatre cas de fusions mettent également au jour deux courants de causalité qui permettent d'expliquer les perceptions de menace identitaire pré-fusion, et de nuancer les analyses réalisées à partir des dynamiques découlant du profil identitaire (i.e. contenu, force et sources identitaires). Tel que déterminé par le chercheur, ces courants de causalité s'intitulent : « **Vouloir le changement** » (courant 4-5-6/10-7) et « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (courant 9/15-8-12). Le courant « **Vouloir le changement** » met en scène un ensemble de variables contribuant à expliquer l'intérêt du groupe pour le changement. Spécifiquement, le chercheur a observé à travers les quatre cas que, toutes choses étant égales par ailleurs, plus la fusion comporte des choix offerts aux professionnels de la santé, tels que l'ouverture d'autres postes intéressants ailleurs dans l'hôpital (6), et plus un sous-groupe de professionnels possède un statut jugé faible avant la fusion comparativement au groupe avec lequel il fusionne (10), alors plus la fusion revêt un aspect désirable au yeux de ce même sous-groupe de personnes (ex. : un avancement professionnel) (7), et donc plus les perceptions de menace identitaire risquent d'être faibles (12). Puis, une implantation lente de la fusion (4), additionnée à une préparation des personnes concernées (5), contribuent à nouveau à augmenter l'attrait de la fusion et à diminuer les perceptions de menace identitaire. Puis, le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » repose sur l'observation que la menace identitaire est perçue comme plus importante lorsque la fusion exigera un changement dans la façon de travailler (8) laquelle probabilité de devoir modifier ses pratiques est influencée notamment par la taille relative des sous-groupes en présence (9. **Nombre de personnes dans le groupe**). Nous présentons maintenant une analyse des quatre cas étudiés, en montrant les données qui appuient le modèle de causalité global pour chacun des sous-groupes considérés.

8.4 Le cas de l'USI du site A : un résumé des courants de causalité

La fusion de l'USI du site A met en scène deux sous-groupes d'employés faisant face à une obligation de polyvalence professionnelle dans un délai de temps moyennement rapide. Le statut respectif de ces sous-groupes diffère (voir le tableau 8.1) et aucune alternative à la fusion significativement intéressante ne leur est offerte, au site A ou ailleurs dans le CHU. Pour leur part, les membres du corps médical (i.e. les intensivistes) n'ont pas à devenir polyvalents professionnellement aussi rapidement que les employés. Contrairement aux employés, les intensivistes des deux spécialisations ont d'autres activités dans l'hôpital ou dans le CHU.

Le nombre d'employés dans les deux spécialisations est presque égal. Cette dernière variable, combinée à l'objectif de développer assez rapidement la polyvalence professionnelle chez les employés, influence la probabilité de ces derniers de devoir modifier leur façon de travailler au cours de la fusion. Les intensivistes chirurgicaux et médicaux sont également présents en nombres égaux dans l'USI fusionnée. Ainsi, les variables indépendantes présentées dans le tableau 8.1 ci-dessous servent de point de départ à la « **Rencontre identitaire initiale** ». Dans la description qui suit, le chercheur introduit également d'autres variables provenant des données qualitatives de la recherche, afin de camper les explications quant aux différences retrouvées entre les sous-groupes de personnes en matière de perception de menace identitaire pré-fusion (variable dépendante), en débutant par le sous-groupe manifestant les perceptions de menace les plus élevées, soit les employés de la spécialisation chirurgicale (voir la figure 8.2).

Tableau 8.1 Les variables de départ (pré-fusion) pour le cas de l'USI du site A

Les variables	Les sous-groupes de personnes		
	Les employés de l'USI/C	Les employés de l'USI/M	Les intensivistes (USI/C et USI/M)
1. Les ressemblances identitaires (variable de départ)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible	Faible

Les variables	Les sous-groupes de personnes		
	Les employés de l'USI/C	Les employés de l'USI/M	Les intensivistes (USI/C et USI/M)
2. La force de l'identification (variable de départ)	Élevée (5,00/6)*	Élevée (4,25/6)	Moyennement élevée (3,25/6)
3. Le nombre de sources d'identification (variable de départ)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles uniquement à l'intérieur de l'USI/C)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles uniquement à l'intérieur de l'USI/M)	Élevé (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'USI – M et C)
10. Le statut du sous-groupe (variable de départ)	Très élevé (identité forte; réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins, plus grand financement que la spécialisation médicale)	Élevé (identité forte, exclusivité de techniques de soins)	Élevé (identité forte, exclusivité de techniques de soins)
12. Les perceptions de menace identitaire (variable dépendante)	Élevée (voir le tableau 4.5)	Moyennement élevée (voir le tableau 4.6)	Moyennement élevée (voir le tableau 4.7)

*Les données sont tirées de l'entrevue : 0-1,9/6 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9/6 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 /6 = Fortement élevée.

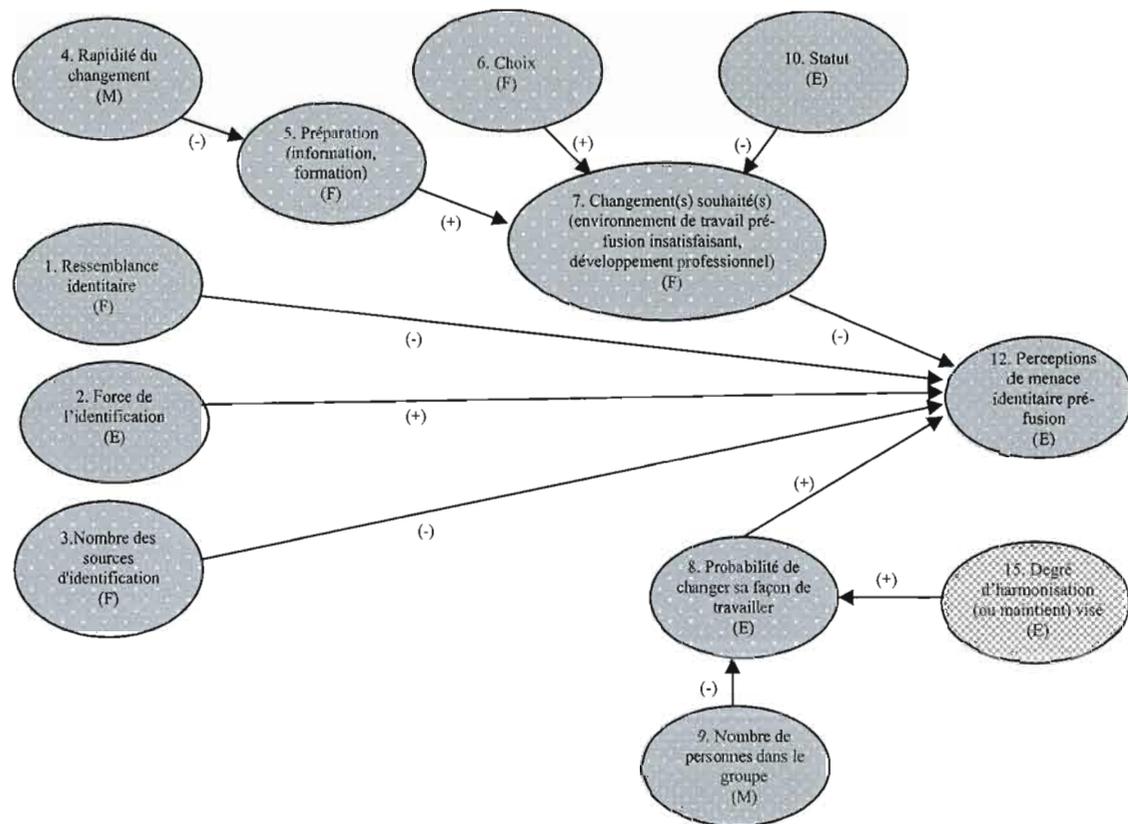


Figure 8.2

Les courants de causalité des variables pré-fusion dans l'USI du site A (valeurs tirées de la perspective des employés de la spécialisation chirurgicale)

8.4.1 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée élevée)

Le courant « **Ressemblance identitaire** » (1-12) : Peu de temps avant d'amorcer l'intégration de leurs activités, le contenu identitaire des employés de la spécialisation chirurgicale est fort différent de celui du sous-groupe médical (1), ce qui tend à générer des perceptions de menace identitaire au sein du premier sous-groupe (12). Ainsi, les employés chirurgicaux ont tendance à appréhender des difficultés à pouvoir exprimer leur ancienne identité dans l'USI fusionnée.

Le courant « **Force de l'identification** » (2-12) : Puis, la force de l'identification à leur unité d'origine est jugée particulièrement élevée (2), ce qui contribue à nouveau à renforcer ces perceptions de menace identitaire (12).

Le courant « **Nombre des sources d'identification** » (3-12) : Les données permettent de constater que ces employés ne puisent pas significativement à même des sources d'identification autres que celles présentes dans leur ancien sous-groupe de l'USI/C (3). Leurs propos témoignent d'une identification moindre à leur site (hôpital) ou à d'autres secteurs ou sous-groupes à l'intérieur de leur site. Ce faisant, le souci de préserver une stabilité sociale et professionnelle au sein de leur seul réel groupe d'appartenance au sein du CHU, augmente la saillance des frontières inter-groupes pendant la fusion. Cette situation rehausse leurs perceptions de menace identitaire (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Le sous-groupe chirurgical se sent relativement forcé de fusionner avec de nouveaux collègues, entre autres puisqu'il ne peut pas compter sur une alternative à la fusion, telle l'ouverture de postes jugés intéressants dans un autre secteur du site A (6). De plus, le statut très élevé de ce sous-groupe de professionnels, tel que décrit dans le chapitre 4, pousse ses membres à souhaiter le statut quo et, même, à craindre le changement découlant de la fusion à venir (voir le tableau 8.1) (10).

Ainsi, les changements annoncés découlant de la fusion sont jugés faiblement souhaités par les membres de l'USI/C, d'autant que leur ancienne unité avait été partiellement rénovée, contribuant par le fait même à diminuer l'attrait que représente la nouvelle USI généraux (7). La rapidité moyennement élevée avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4), mais surtout un manque à gagner de préparation jugée efficace pour favoriser leur adaptation, surtout en ce qui a trait à la formation reçue avant la mise en œuvre de la stratégie de polyvalence professionnelle (voir le chapitre 4) (5), tendent à accentuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés de l'USI/C. En somme, les valeurs attribuées aux variables de ce courant de causalité contribuent à augmenter les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés chirurgicaux (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Ce courant met au jour le fait que le sous-groupe chirurgical compte sur un nombre de personnes dans la nouvelle unité qui est équivalent au nombre de personnes de la spécialisation médicale (9), sans pour autant que ce pouvoir de représentativité soit suffisant pour diminuer leur probabilité de changer de manière de travailler à la suite de la fusion (8); tel qu'expliqué plus en détail au chapitre suivant, la probabilité élevée de devoir changer de façon de travailler à laquelle font face les employés chirurgicaux découle principalement de l'objectif stratégique de favoriser la polyvalence professionnelle au sein de l'USI généraux à la suite de la fusion (15). Donc, à l'aube de la fusion, ce courant de causalité contribue à augmenter les perceptions de menace identitaire des employés chirurgicaux (12).

LA CONCLUSION POUR LES EMPLOYÉS CHIRURGICAUX DE L'USI DU SITE A

La situation des employés de la spécialisation chirurgicale en ce qui a trait au profil identitaire – faible ressemblance identitaire, identité forte et faible nombre de sources d'identification – prédispose ses employés à percevoir une menace identitaire préalablement à la fusion. L'absence de choix offert aux employés chirurgicaux, leur statut très élevé, ainsi que le faible nombre d'activités visant à les préparer aux changements à venir ayant un impact jugé significatif, tendent à diminuer l'attrait que représente la fusion. Puis, ces

professionnels font face à une probabilité élevée de devoir modifier leur manière de travailler à cause de la forte harmonisation professionnelle souhaitée par les gestionnaires au sein du groupe d'employés. Au final, en retraçant les courants de causalité, le lecteur peut comprendre pourquoi les employés chirurgicaux perçoivent une menace identitaire pré-fusion élevée.

8.4.2 Les employés de la spécialisation médicale de l'USI du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)

La situation des employés de la spécialisation médicale est semblable en plusieurs points à celle des employés de la spécialisation chirurgicale. Les deux sous-groupes souffrent d'un même faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12), d'une « **Force de l'identification** » élevée (courant 2-12) et d'un nombre faible de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), contribuant à augmenter les perceptions de menace identitaire. De plus, la « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) est également élevée chez le sous-groupe médical, à cause de la taille respective des sous-groupes en présence et de l'objectif de polyvalence professionnelle.

Sur le plan du courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12), on s'aperçoit de différences significatives par rapport au sous-groupe chirurgical. Dû à l'absence d'alternative intéressante à la fusion, les employés médicaux se sentent aussi relativement forcés à fusionner avec le sous-groupe chirurgical (6). Par contre, ce sous-groupe possède un statut légèrement moins prestigieux que celui du sous-groupe chirurgical (voir le tableau 8.1) (10). Par conséquent, les changements annoncés sont jugés moyennement souhaités par les membres de la spécialisation médicale, tant à cause de l'attrait que représente le statut de la spécialisation chirurgicale, qu'à cause de l'environnement physique rénové de l'USI généraux; les employés médicaux évoluaient jusque-là dans un environnement de travail étroit et relativement désuet (7). La rapidité moyennement élevée de la mise en œuvre des changements organisationnels (4) tend à accentuer quelque peu les perceptions de menace identitaire pré-fusion des employés médicaux (12). Toutefois, contrairement à leurs futurs collègues chirurgicaux, les employés médicaux estiment leur préparation à la fusion être favorable en ce qui a trait à leur adaptation à la nouvelle réalité (5) (voir le chapitre 4). Au

final, cette préparation contribue à diminuer leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12).

LA CONCLUSION POUR LES EMPLOYÉS MÉDICAUX DE L'USI DU SITE A

Tout comme pour les employés de la spécialisation chirurgicale, le profil identitaire des employés médicaux les prédispose à percevoir une menace identitaire significative préalablement à la fusion. Malgré l'absence de choix offert aux employés médicaux, la fusion de l'USI du site A représente à leurs yeux un changement modérément souhaité, entre autres à cause de l'intégration avec un sous-groupe qui possède un statut plus élevé que le leur, ce qui peut représenter une opportunité de développement professionnel attrayante. Les activités visant à préparer ces mêmes employés médicaux aux changements à venir, tendent à confirmer l'attrait que représente la fusion. Donc, même en faisant face à une probabilité élevée de devoir modifier leur manière de travailler, à cause de l'harmonisation professionnelle à être implantée, les employés médicaux perçoivent une menace identitaire légèrement moins élevée (moyennement élevée) que celle perçue par les employés chirurgicaux.

8.4.3 Les membres du corps médical de l'USI du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)

Étant donné que moins de différences existent entre les courants de causalité expliquant la réalité pré-fusion des intensivistes médicaux et ceux qui sous-tendent la réalité de leurs collègues chirurgiens, ces deux sous-groupes sont présentés ensemble dans le texte suivant.

Le courant « **Ressemblance identitaire** » (1-12) : Les intensivistes médicaux et chirurgicaux touchés par la fusion ont également des contenus identitaires différents (1), ce qui contribue à rehausser leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12), bien que leur interdépendance, telle qu'annoncée par la fusion, soit légèrement plus faible qu'entre les employés.

Le courant « **Force de l'identification** » (2-12) : Globalement, les intensivistes médicaux et chirurgicaux s'identifient moyennement à leur unité d'origine (2). Cette force

d'identification peut s'expliquer par la prépondérance des rôles joués par les intensivistes à l'extérieur de l'USI. Ainsi, ce courant de causalité génère relativement moins de perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les intensivistes que chez les employés (12).

Le courant « **Nombre des sources d'identification** » (3-12) : Les médecins et les chirurgiens tirent leur identité d'un plus grand nombre de sources d'identification que les employés (3) du fait qu'ils ont des activités professionnelles qui s'étendent au-delà de leurs responsabilités dans l'USI généraux. Par exemple, ils sont tour à tour pneumologues ou chirurgiens lorsqu'ils ne portent pas leur chapeau d'intensiviste. Cette diversification des sources d'identification leur procure des zones de stabilité professionnelle, lesquelles diminuent leurs perceptions de menace identitaire avant la fusion (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Selon ce courant, les intensivistes des deux spécialisations se sentent relativement libres de fusionner avec l'autre sous-groupe d'intensivistes, du fait, entre autres, qu'ils peuvent choisir de se rabattre sur leurs autres rôles professionnels en dehors de l'USI en tant qu'alternative à la fusion (6). Puis, les sous-groupes d'intensivistes ont tous deux un statut élevé, ce qui, contrairement à la situation vécue chez les employés, confère à la fusion un aspect plus équitable aux yeux des intensivistes (voir le tableau 8.1) (10). Cette possibilité de choisir d'adhérer au projet de fusion, additionné à un accès amélioré aux ressources humaines et matérielles grâce à la fusion, font en sorte que les changements annoncés sont jugés moyennement souhaités par les intensivistes (7). Par contre, la rapidité moyennement élevée du déploiement des changements organisationnels (4) tend à accentuer quelque peu les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les intensivistes de l'USI généraux (12). Ils estiment que leur préparation avant la fusion (information et formation) favorise faiblement leur adaptation à la nouvelle réalité organisationnelle (5). Cependant, ce courant de causalité tend au final à générer de l'attrait pour la fusion chez les intensivistes, et donc, à diminuer leurs perceptions de menace identitaire préalablement à la fusion (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Les deux sous-groupes d'intensivistes sont composés d'un nombre presque égal de personnes (9), ce qui

maximise leurs chances de continuer à travailler de la même façon après l'enclenchement de la fusion (8), et ce, à cause de leur pouvoir similaire de négocier la future nouvelle réalité organisationnelle, mais aussi de leur très grande autonomie professionnelle ainsi que de l'implantation graduelle de la polyvalence professionnelle au sein du corps médical (15). À nouveau, cette réalité contribue à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion des intensivistes de l'USI généraux (12).

LA CONCLUSION POUR LE CORPS MÉDICAL DE L'USI DU SITE A

Tel qu'expliqués par les courants de causalité, les intensivistes médicaux et chirurgicaux sont, des trois sous-groupes touchés par cette fusion, ceux qui perçoivent le moins de menace identitaire préalablement à la fusion. De façon notable, le nombre plus élevé de sources d'identification sur lesquelles les intensivistes peuvent s'appuyer représente une diversification professionnelle favorisant leur adaptation au changement organisationnel qu'ils auront à vivre. Puis, leur plus faible probabilité de devoir changer de manière de travailler, s'expliquant entre autres par une implantation graduelle de la polyvalence professionnelle, contribue à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les membres du corps médical. L'accès amélioré aux ressources humaines et matérielles découlant de la fusion, fait en sorte que les changements organisationnels sont jugés relativement souhaités par les intensivistes des deux spécialisations, ce qui tend à diminuer leurs perceptions de menace identitaire.

8.4.4 La conclusion de l'USI du site A

La situation des employés des spécialisations médicale et chirurgicale en ce qui a trait au profil identitaire – faible ressemblance identitaire, identité forte et faible nombre de sources d'identification – les prédispose à percevoir une menace identitaire pré-fusion. Au-delà de l'impact des différences entre deux sous-groupes au chapitre du profil identitaire, la fusion de l'USI du site A tend à démontrer que lorsqu'un premier sous-groupe fait face à l'obligation de fusionner avec un second qui possède un statut plus élevé, les membres du premier sous-groupe démontrent certains signes d'ouverture alors que les membres du second perçoivent plus négativement le changement organisationnel annoncé. Autrement

dit, un changement qui améliore son statut est perçu positivement, alors qu'un changement qui le dilue est perçu plus négativement. La fusion pourrait représenter, dans ce contexte bien précis, une opportunité de développement pour les employés médicaux, et une menace planant sur les acquis professionnels pour les employés chirurgicaux. Puis, la situation des membres du corps médical démontre que la présence de plusieurs sources d'identification, dont au moins une à l'extérieur de l'unité opérationnelle faisant l'objet de la fusion, faciliterait l'adaptation des personnes aux changements découlant de l'intégration des opérations.

Les interventions visant à préparer les personnes aux changements organisationnels découlant de la fusion, lorsqu'elles sont jugées efficaces, semblent contribuer à augmenter l'attrait de la fusion et à atténuer les perceptions de menace identitaire chez les personnes qui en bénéficient. Finalement, les avantages tangibles de la fusion, tels que l'accès amélioré aux ressources humaines et matérielles vécu par les intensivistes, tendent à nouveau à augmenter l'attrait de la fusion et à atténuer les perceptions de menace identitaire chez les personnes.

8.5 Le cas de l'USI du site B : un résumé des courants de causalité

La fusion de l'USI du site B met en scène deux sous-groupes d'employés qui sont graduellement encouragés à développer leur polyvalence professionnelle, sans être obligés de se développer rapidement professionnellement. Le statut des employés chirurgicaux est élevé alors que celui des employés médicaux/cardiaques est moyennement élevé (voir le tableau 8.2). De plus, aucune alternative à la fusion significativement intéressante n'est offerte au site B ou ailleurs dans le CHU. Tout comme pour les membres du corps médical de l'USI du site A, ceux du site B n'ont pas à devenir polyvalents d'un point de vue professionnel aussi rapidement que les employés. De plus, les intensivistes des deux spécialisations ont d'autres activités dans l'hôpital ou dans le CHU. Les employés des deux spécialisations sont d'un nombre presque égal. Cette dernière variable, combinée à l'objectif qui consiste à développer progressivement la polyvalence professionnelle chez les employés dans l'USI du site B, tend à influencer la probabilité de ces personnes de devoir

changer leur façon de travailler au cours de la fusion, mais d'une manière bien différente que l'influence documentée dans l'analyse de l'USI du site A. Les quelques intensivistes chirurgicaux et médicaux du site B sont également présents en nombres égaux dans l'USI fusionnée.

Le chercheur procède dans cette section de la même façon que dans la section précédente. Le tableau 8.2 ci-dessous présente d'abord les variables indépendantes qui servent de point de départ à la « **Rencontre identitaire initiale** » dans l'USI du site B et, par la suite, des variables qualitatives sont introduites afin d'expliquer les différences retrouvées entre les sous-groupe au chapitre des perceptions de menace identitaire pré-fusion; cette analyse débute par le sous-groupe manifestant les perceptions de menace identitaire pré-fusion les plus élevées, soit les employés de la spécialisation chirurgicale (voir la figure 8.3).

Tableau 8.2 Les variables de départ (pré-fusion) pour le cas de l'USI du site B

Les variables	Les sous-groupes de personnes			
	Les employés de l'USI/C	Les employés de l'USI/MC	Les intensivistes chirurgicaux	Les intensivistes médicaux/cardiaques
1. Les ressemblances identitaires (variable de départ)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)
2. La force de l'identification (variable de départ)	Élevée (5,00/6)*	Moyennement élevée (2,50/6)	Élevée (6,00/6)	Faiblement élevée (1,00/6)
3. Le nombre de sources d'identification (variable de départ)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles uniquement à l'intérieur de l'USI/C)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles uniquement à l'intérieur de l'USI/MC)	Élevé (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'USI/C)	Élevé (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'USI/MC)
10. Le statut du sous-groupe (variable de départ)	Élevé (identité forte; réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins, plus grand financement que la spécialisation)	Moyennement élevé (exclusivité de techniques de soins)	Élevé (identité forte; réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins, plus grand financement que la spécialisation)	Moyennement élevé (Réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins)

Les variables	Les sous-groupes de personnes			
	Les employés de l'USI/C	Les employés de l'USI/MC	Les intensivistes chirurgicaux	Les intensivistes médicaux/cardiaques
	médicale)		médicale)	
12. Les perceptions de menace identitaire (variable dépendante)	Moyennement élevées (voir le tableau 5.5)	Faiblement élevées (voir le tableau 5.6)	Moyennement élevées (voir le tableau 5.7)	Faiblement élevées (voir le tableau 5.8)

*Les données sont tirées de l'entrevue : 0-1,9/6 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9/6 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 /6 = Fortement élevée.

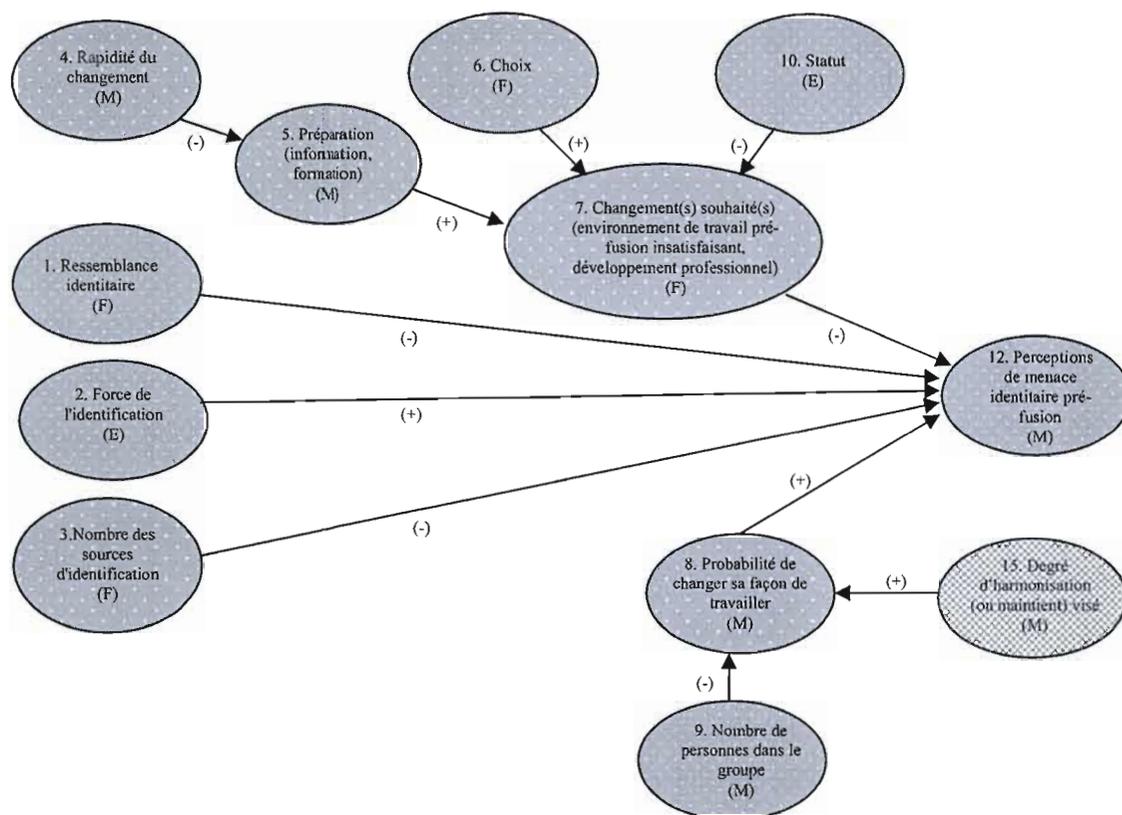


Figure 8.3

Les courants de causalité des variables pré-fusion dans l'USI du site B (valeurs tirées de la perspective des employés de la spécialisation chirurgicale)

8.5.1 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)

Les courants de causalité associés aux profils identitaires des sous-groupes d'employés chirurgicaux sont très similaires entre la fusion de l'USI généraux du site A et celle du site B. Ainsi, ces employés souffrent d'un faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12), d'une « **Force de l'identification** » élevée (courant 2-12) et d'un faible nombre de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), contribuant à augmenter leurs perceptions de menace identitaire (voir le tableau 8.2 et la discussion du cas dans le chapitre 5).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Les employés chirurgicaux se sentent relativement obligés de fusionner avec la spécialisation médicale, entre autres parce qu'on leur impose le projet de fusion, mais aussi puisqu'ils ne peuvent choisir de se concentrer sur un autre rôle professionnel en dehors de l'USI comme alternative à la fusion (6). Par ailleurs, les employés chirurgicaux ont un statut jugé élevé qu'ils tiennent à préserver (voir le tableau 8.2) (10). Pour ces raisons, et malgré le fait qu'il soit décidé de laisser les employés choisir quotidiennement leur clientèle de patient dans la nouvelle unité, les changements allant découler de la fusion sont jugés faiblement souhaités par les employés chirurgicaux (7). Ainsi, ce courant de causalité contribue à augmenter significativement leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Ce courant de causalité souligne aussi que la rapidité moyennement élevée avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4) tend à accentuer légèrement les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés de l'USI/C (12). Ces perceptions sont rehaussées du fait que les employés chirurgicaux estiment leur préparation (information et formation) être moyennement favorable à leur adaptation à la nouvelle réalité organisationnelle (5). Entre autres, ils se sentent négligés par rapport à l'accueil que l'infirmière gestionnaire réserve aux employés médicaux/cardiaques. Cette perception d'inéquité quand à la préparation reçue avant la fusion, contribue à accentuer leurs perceptions de menace identitaire (12). Au final, ce courant de causalité tend à augmenter les perceptions de menace identitaire pré-fusion des employés chirurgicaux de l'unité (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Ce courant témoigne du fait que les employés chirurgicaux représenteront dans l'USI généraux un

nombre de personnes aussi élevé que celui composé des employés médicaux-cardiaques (9). La taille de ce groupe est suffisante pour défendre ne serait-ce que certaines de leurs idées en situation de négociation de la nouvelle réalité organisationnelle, sans leur conférer d'avantage au chapitre du pouvoir décisionnel. De plus, l'implantation graduelle de la polyvalence professionnelle annoncée pour les employés dans l'USI, et le choix offert quant à la clientèle de patient (15), contribuent à une probabilité de changer de manière de travailler seulement moyennement élevée (8). Comparativement à la situation vécue par les employés de l'USI du site A, cette réalité contribue à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion des employés chirurgicaux du site B (12).

LA CONCLUSION POUR LES EMPLOYÉS CHIRURGICAUX DE L'USI DU SITE B

Mis à part un contenu identitaire fort différent de celui affiché par leurs futurs nouveaux collègues médicaux/cardiaques, une fusion qui leur est imposée et un statut reluisant à devoir protéger, les employés chirurgicaux perçoivent moins de menace identitaire pré-fusion que leur sous-groupe homologue, soit les employés chirurgicaux de l'USI du site A. C'est principalement la stratégie d'implanter graduellement l'harmonisation des pratiques professionnelle qui semble expliquer ces perceptions de menace identitaire pré-fusion modérément élevées chez les employés chirurgicaux.

8.5.2 Les employés de la spécialisation médicale/cardiaque de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée)

Les analyses se ressemblent entre les sous-groupes chirurgical et médical/cardiaque au chapitre de la « **Ressemblance identitaire** » (1-12) et du « **Nombre de sources d'identification** » (3-12). Puis, le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) prend aussi une forme très semblable pour les deux sous-groupes d'employés.

Toutefois, contrairement aux employés chirurgicaux, les données suggèrent que sur le plan de la « **Force de l'identification** » (2-12), les employés médicaux/cardiaques s'identifient

moyennement à leur unité d'origine (2), ce qui tend à leur générer moins de perceptions de menace identitaire pré-fusion comparativement au sous-groupe chirurgical, et ce, principalement parce qu'un tel niveau d'identification engendre un besoin moins fort de pérenniser ses anciennes pratiques professionnelles et les symboles d'importance avant la fusion (12). Entre autres, les employés médicaux/cardiaques baignaient déjà avant la fusion dans un environnement relativement diversifié dans lequel deux spécialisations cohabitaient (médicale et cardiaque, voir le chapitre 5), ce qui à nouveau tend à expliquer leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion plus faibles.

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Contrairement aux employés chirurgicaux, ceux médicaux/cardiaques ont le choix d'adhérer au projet de fusion ou non (voir le chapitre 5) (6). De plus, le statut de leur unité d'origine est moyennement élevé (tableau 8.2) (10). Ces raisons, ajoutées au fait que l'implantation annoncée de la polyvalence professionnelle doit se faire graduellement et que le choix des clientèles de patients sera offert aux employés, font en sorte que les changements à venir sont jugés moyennement souhaités par les employés médicaux/cardiaques (7). Ce courant de causalité contribue donc à atténuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés de l'USI/MC (12). Cependant, la rapidité moyennement élevée avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels (4) tend à accentuer quelque peu leurs perceptions de menace identitaire avant la fusion (12). Aussi, ces employés estiment que leur préparation (information et formation) est modérément favorable à leur adaptation à la nouvelle réalité organisationnelle (5), ce qui contribue à augmenter leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Cependant, entre autres à cause des choix qui leur sont offerts, ce courant de causalité tend à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés médicaux/cardiaques de l'USI du site B (12).

LA CONCLUSION DES EMPLOYÉS MÉDICAUX/CARDIAQUES DE L'USI DU SITE B

Contrairement aux employés chirurgicaux, les employés médicaux/cardiaques perçoivent une menace identitaire préalablement à la fusion qui est plutôt faible. Le fait que les dirigeants de l'USI du site B offrent la possibilité à ces employés de prendre part sur une

base volontaire au projet de fusion, contribue à favoriser leur motivation tout en affaiblissant leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion. Aussi, leur identification plus faible, et leur statut moyennement élevé, représentent des aspects ayant favorisé l'attrait de la fusion aux yeux de ces employés de l'USI/MC. Finalement, la stratégie d'implanter graduellement l'harmonisation des pratiques professionnelles diminue les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employées de l'USI/MC.

8.5.3 Les intensivistes chirurgicaux de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)

Comme pour les intensivistes du site A, les intensivistes chirurgicaux présentent un faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (1-12) vis-à-vis de l'autre sous-groupe d'intensivistes, tout en bénéficiant d'un certain « **Nombre de sources d'identification** » (3-12).

Le courant « **Force de l'identification** » (2-12) : Or, contrairement à leurs futurs nouveaux collègues, ces même intensivistes chirurgicaux s'identifient fortement à leur unité d'origine (2), ce qui augmente à nouveau leurs perceptions de menace identitaire peu de temps avant la fusion (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Les intensivistes chirurgicaux se sentent relativement libres de fusionner avec l'autre sous-groupe d'intensivistes, entre autres parce qu'ils peuvent choisir de se rabattre sur un de leurs autres rôles en dehors de l'USI comme alternative à la fusion (6). Or, ce sous-groupe de chirurgiens possède un statut élevé (tableau 8.2) (10). Donc, principalement par crainte de diluer leur statut enviable au cours de l'harmonisation professionnelle à venir, les changements organisationnels sont jugés faiblement souhaités par les intensivistes chirurgicaux (7), ce qui contribue à rehausser leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). De plus, la rapidité moyennement élevée avec laquelle seront mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4) tend à accentuer quelque peu les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les intensivistes chirurgicaux (12). Qui plus est, les intensivistes chirurgicaux estiment que leur préparation (information et formation) ne favorise que faiblement leur adaptation à la nouvelle réalité

organisationnelle (5), ce qui accentue à nouveau leurs perceptions de menace (12). Globalement, ce courant de causalité tend à augmenter les perceptions de menace identitaire des intensivistes chirurgicaux de l'USI du site B avant la fusion (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Les intensivistes chirurgicaux comptent un nombre moyennement élevé de personnes dans la future nouvelle unité (9), ce qui lui confère un certain pouvoir en ce qui a trait à la négociation de la nouvelle organisation du travail dans l'USI fusionnée. D'une manière unique à cette fusion, il est à noter que ce pouvoir est légèrement amoindri par le fait que les intensivistes chirurgicaux, occupés en salle d'opération, passent significativement moins d'heures dans l'USI fusionnée que leurs collègues médicaux/cardiaques. De plus, ces mêmes intensivistes commencent à craindre la manière « médicale » d'effectuer les rondes auprès des patients (15), entre autres parce que la polyvalence annoncée chez les employés de l'USI généraux, doit amener les employés de l'USI/C à se familiariser avec cette manière de faire des rondes. Ainsi, les intensivistes chirurgicaux sont confrontés à une probabilité moyennement élevée de devoir changer leur manière de travailler dans l'USI fusionnée (8). Ces variables contribuent à augmenter substantiellement les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les intensivistes chirurgicaux (12).

LA CONCLUSION DES INTENSIVISTES CHIRURGICAUX DE L'USI DU SITE B

Malgré la présence de plusieurs sources d'identification chez les intensivistes chirurgicaux, des différences notables entre leur contenu identitaire et celui des intensivistes médicaux, combinées à la probabilité modérément élevée de devoir effectuer ultérieurement des rondes à la manière médicale (harmonisation des pratiques professionnelles), contribuent aux perceptions de menace identitaire pré-fusion jugées moyennement élevées chez ce sous-groupe.

8.5.4 Les intensivistes médicaux/cardiaques de l'USI du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée)

Les courants de causalité associés au profil identitaire se ressemblent entre les intensivistes chirurgicaux et médicaux/cardiaques au chapitre de la « **Ressemblance identitaire** » (1-12) et du « **Nombre de sources d'identification** » (3-12).

Toutefois, les données suggèrent que sur le plan de la « **Force de l'identification** » (2-12), la réalité vécue par les intensivistes médicaux/cardiaques diffère de celle de leurs nouveaux collègues. Même si les intensivistes médicaux/cardiaques prêtent main forte aux chirurgiens cardiaques de la salle de réveil au pavillon de chirurgie, exprimant ainsi une facette de leur identité lorsque les chirurgiens cardiaques sont en salles d'opération, il est à noter que la force de l'identification d'origine des intensivistes médicaux/cardiaques est relativement faible (2), ce qui tend à diminuer leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion et à favoriser leur ouverture face aux changements organisationnels allant être introduits par la fusion (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Comme les intensivistes chirurgicaux, ceux de la spécialisation médicale se sentent relativement libres de fusionner avec l'autre sous-groupe d'intensivistes (6). Cependant, ils possèdent un statut légèrement moins prestigieux dans l'USI (statut moyennement élevé, voir le tableau 8.2) (10), ce qui contribue à rendre les changements découlant de la fusion modérément attrayants à leurs yeux (7). Ainsi, le présent courant de causalité contribue à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les intensivistes médicaux/cardiaques (12). Cependant, la rapidité moyennement élevée avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4), ainsi que le faible nombre d'interventions visant à les préparer à la fusion (5), accentuent quelque peu les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les intensivistes médicaux/cardiaques (12). Globalement, et contrairement aux intensivistes chirurgicaux, ce courant de causalité tend à diminuer légèrement les perceptions de menace identitaire des intensivistes médicaux/cardiaques (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Les intensivistes médicaux/cardiaques représentent un nombre égal à celui composé des intensivistes chirurgicaux dans l'USI fusionnée (9). Par contre, l'implantation graduelle de l'harmonisation professionnelle au sein du corps médical (15) et leur présence accrue dans

l'USI par rapport aux intensivistes chirurgicaux, sont deux facteurs qui contribuent à leur plus faible probabilité de changer de manière de travailler à la suite de la fusion (8). Par conséquent, ce courant de causalité contribue à nouveau à diminuer leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12).

LA CONCLUSION POUR LES INTENSIVISTES MÉDICAUX/CARDIAQUES DE L'USI DU SITE B

Les intensivistes médicaux ont une identité d'origine plus faible que leurs futurs nouveaux collègues et, par conséquent, le projet de fusion comporte un attrait à leurs yeux. De plus, leur identité au travail repose sur plusieurs sources d'identification, ce qui leur apporte de la stabilité professionnelle dans ce contexte de fusion. Puis, les intensivistes médicaux/cardiaques sont plus fréquemment présents dans l'USI et au chevet du patient que les intensivistes chirurgicaux; ainsi, les intensivistes médicaux font face à une probabilité plus faible que les intensivistes chirurgicaux de devoir modifier leur manière de travailler, ce qui explique que leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion soient jugées faibles.

8.5.5 La conclusion de l'USI du site B

La fusion de l'USI du site B tend à confirmer que lorsqu'un sous-groupe de personnes fait face à l'obligation de fusionner avec un sous-groupe qui possède un statut plus élevé que le sien, les membres du premier sous-groupe démontrent certains signes d'ouverture avant la fusion, alors qu'au même moment les membres du second manifestent davantage de perceptions de menace identitaire. Puis, le cas de l'USI du site B confirme que les stratégies managériales peuvent influencer les perceptions de menace identitaire pré-fusion. Plus précisément, le degré et le rythme d'harmonisation professionnelle visée influence la probabilité de devoir changer sa manière de travailler après la fusion ce qui, par conséquent, influence ces mêmes perceptions de menace identitaire. À la différence du premier cas de fusion, le cas de l'USI du site B met au jour le rôle de la stratégie qui consiste à donner le choix d'embarquer dans le projet de fusion et son impact favorable sur la motivation des

personnes, laquelle affaiblit les perceptions de menace identitaire des personnes avant la fusion.

Puis, ce deuxième cas de fusion nuance l'explication offerte précédemment relativement au fait que la présence de plusieurs sources d'identification faciliterait l'ouverture face au changement organisationnel. Précisément, malgré la présence de plusieurs sources d'identification, le fait de s'identifier fortement à un rôle qui est sujet à changement à cause de la fusion, pourrait faire émerger des perceptions de menace identitaire. Cette situation caractérise les intensivistes chirurgicaux du site B, qui possèdent d'autres sources d'identification que leur rôle dans l'USI, mais qui s'identifient fortement à ce rôle d'intensiviste. Or, leur rôle d'intensiviste est sujet à certaines modifications (e.g. la manière d'effectuer des rondes), entre autres parce qu'ils passent significativement moins d'heures dans l'USI que les intensivistes médicaux/cardiaques, au moment même où l'organisation du travail est en train d'être renégociée. Par opposition, les intensivistes de l'USI/MC, tout comme ceux des deux spécialisations du site A, ne s'identifient que moyennement à leur rôle d'intensiviste, tout en puisant à mêmes d'autres sources d'identification pour se définir au travail, ce qui les aide à s'adapter à la fusion.

8.6 Le cas de l'orthopédie du site A : un résumé des courants de causalité

La fusion du département d'orthopédie du site A consiste à fusionner un petit sous-groupe d'employés du site B – à qui l'on donne le choix de prendre part au projet de fusion ou non, avec un sous-groupe plus nombreux d'employés basés au site A. Les employés du site B et, dans une moindre mesure, ceux du site A font face à l'obligation de devenir rapidement polyvalents sur le plan professionnel, et ce, dans un délai de temps très rapide. Le statut des employés provenant du site B est moyennement élevé, alors que celui de leurs futurs nouveaux collègues du site A est élevé (voir le tableau 8.3). Pour leur part, les chirurgiens des deux sites représentent des sous-groupes à peu près aussi nombreux, qui font également face à des changements allant être implantés très rapidement, mais sans obligation de polyvalence professionnelle. Ces chirurgiens des deux spécialisations ont d'autres activités dans l'hôpital ou dans le CHU, mais en moins grand nombre que chez les intensivistes des

sites A et B. Puis, les chirurgiens des deux sites ont un statut élevé qu'ils souhaitent protéger (voir le tableau 8.3). À l'image de la section précédente, le tableau 8.3 ci-dessous présente les variables indépendantes servant de point de départ à la « **Rencontre identitaire initiale** », alors que d'autres variables qualitatives sont introduites afin d'expliquer les différences retrouvées entre les sous-groupes au chapitre de la variable dépendante; cette analyse débute par le sous-groupe manifestant les perceptions de menace identitaire pré-fusion les plus élevées, soit les chirurgiens orthopédiques du site A (voir la figure 8.4).

Tableau 8.3 Les variables de départ (pré-fusion) pour le cas du département d'orthopédie du site A

Les variables	Les sous-groupes de personnes			
	Les chirurgiens du site A	Les chirurgiens du site B	Les employés du site B	Les employés du site A
1. Les ressemblances identitaires (variable de départ)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)
2. La force de l'identification (variable de départ)	Élevée (4,67/6)*	Moyennement élevée (2,50/6)	Élevée (4,00/6)	Élevée (4,78/6)
3. Le nombre de sources d'identification (variable de départ)	Moyennement élevé (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur du département au site A)	Moyennement élevé (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur du département au site B)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles uniquement à l'intérieur du département au site B)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles uniquement à l'intérieur du département au site A)
10. Le statut du sous-groupe (variable de départ)	Élevé (identité forte; réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins, salaire plus élevé que chez les chirurgiens du site B)	Élevé (réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins)	Moyennement élevé (identité forte, exclusivité de techniques de soins)	Élevé (identité forte; réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins, charge de travail plus lourde et rythme de travail plus rapide, sous-groupe d'accueil)
12. Les perceptions de menace	Élevées (voir le tableau 6.5)	Moyennement élevées (voir le tableau 6.6)	Moyennement élevées (voir le tableau 6.7)	Faiblement élevées (voir le tableau 6.8)

Les variables	Les sous-groupes de personnes			
	Les chirurgiens du site A	Les chirurgiens du site B	Les employés du site B	Les employés du site A
identitaire (variable dépendante)				

*Les données sont tirées de l'entrevue : 0-1,9/6 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9/6 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 /6 = Fortement élevée.

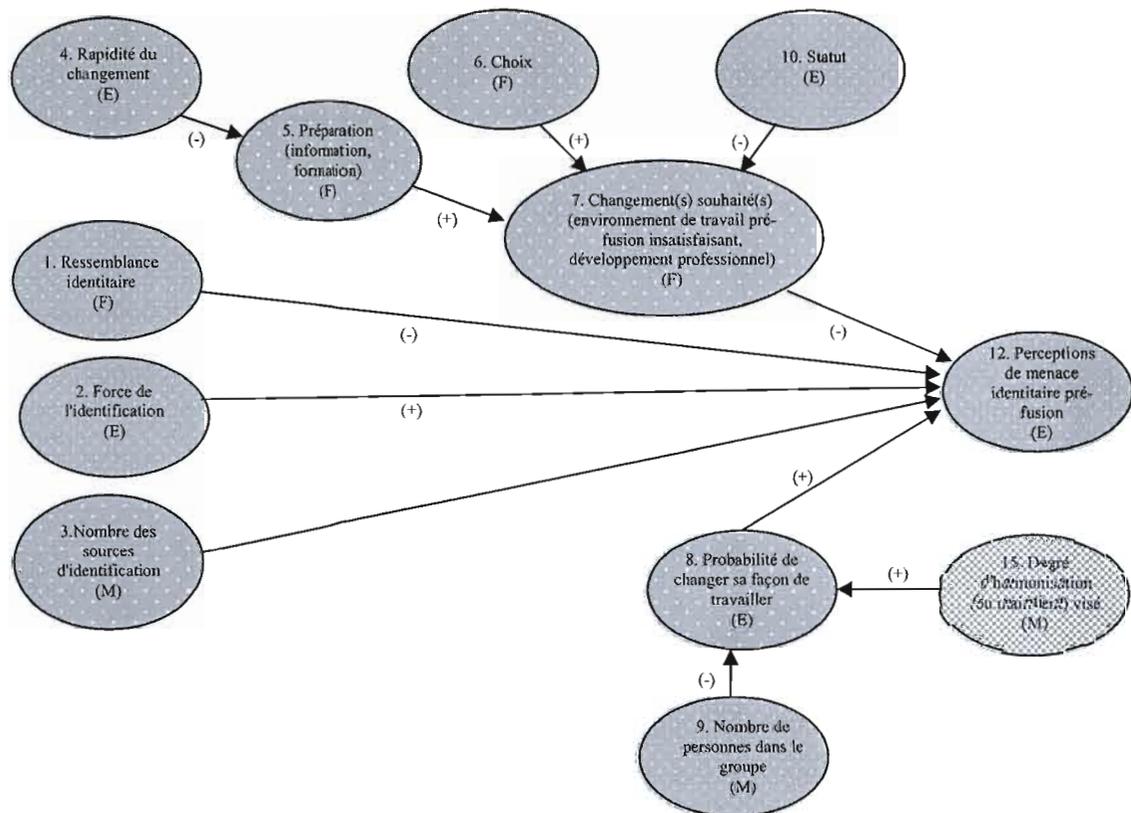


Figure 8.4

Les courants de causalité des variables pré-fusion au département d'orthopédie du site A (valeurs tirées de la perspective des chirurgiens orthopédiques du site A)

8.6.1 Les chirurgiens orthopédiques du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée élevée)

Certains courants de causalité associés au profil identitaire des chirurgiens orthopédiques du site A sont similaires à ceux retrouvés chez les intensivistes des USI généraux des sites A et

B, au sens où ces chirurgiens souffrent d'un faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12). Comme les intensivistes chirurgicaux de l'USI du site B, ce sous-groupe de chirurgiens possède une « **Force de l'identification** » (2-12) à son unité d'origine qui est jugée élevée ce qui génère chez eux le souci de préserver leurs acquis identitaires et certaines perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Ces dynamiques contribuent à augmenter leurs perceptions de menace identitaire (voir le tableau 8.3 et la discussion du cas dans le chapitre 5).

Le courant « **Nombre des sources d'identification** » (3-12) : Cependant, par rapports aux intensivistes des sites A et B qui occupent plusieurs rôles dans l'hôpital, les chirurgiens orthopédiques du site A puisent leur identité à partir d'un nombre moyennement élevé de sources d'identification dans le CHU – la plupart des chirurgiens font de la recherche, mais cette activité est secondaire par rapport à la chirurgie et aux suivis de patients effectués en clinique externe (3). Cette moins grande diversification des sources d'identification chez les chirurgiens orthopédiques du site A tend à augmenter leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Selon ce courant de causalité, les chirurgiens du site A se sentent moins libres de fusionner avec l'autre sous-groupe de chirurgiens, principalement puisqu'ils peuvent plus difficilement se rabattre sur une alternative à la fusion (ex. : un autre rôle) en dehors du département d'orthopédie, étant donné la place centrale occupée par la chirurgie (6). De plus, ces chirurgiens possèdent un statut très élevé (voir le tableau 8.3), qu'ils cherchent activement à protéger (10). De plus, un contexte où leur accès au bloc opératoire sera potentiellement réduit avec l'enclenchement de la fusion, en plus de la nomination de l'ancien Directeur du site B à la tête de l'unité fusionnée, font en sorte que les changements annoncés par la fusion sont jugés très faiblement souhaités par les chirurgiens du site A (7). Ainsi, leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion sont significativement haussées par ce courant de causalité (12).

Puis, la grande rapidité avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4) accentue ces perceptions de menace pré-fusion (12). De surcroît, les

chirurgiens du site A estiment que leur préparation (information et formation) est faiblement favorable à leur adaptation à la nouvelle réalité organisationnelle (5), ce qui accentue leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Globalement, ce courant de causalité tend à augmenter substantiellement les perceptions de menace identitaire des chirurgiens orthopédiques du site A préalablement à la fusion (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Les chirurgiens du site A peuvent compter sur un nombre majoritaire de personnes dans la nouvelle unité composée de tout le corps médical, ce qui leur confère un certain pouvoir pour négocier la nouvelle organisation du travail (9), mais sans que ce pouvoir soit insuffisant pour diminuer la forte probabilité de changer de manière de travailler à laquelle ils font face (8). En effet, l'arrivée rapide des activités chirurgicales au site A, et l'équipe agrandie de chirurgiens, risquent de rendre plus difficile l'accès au bloc opératoire, lequel ne doit pas être rénové ni agrandi (15). À cela s'ajoute le fait que le système des consultations privées doit être modifié parallèlement à la fusion. Ainsi, cette réalité augmente les perceptions de menace identitaires pré-fusion des chirurgiens du site A (12).

LA CONCLUSION DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDIQUES DU SITE A

La centralité des activités de chirurgie pour les chirurgiens du site A et leur forte identification à leur sous-groupe d'origine, s'ajoutent à la rapidité annoncée de la mise en œuvre des changements pour faire en sorte que ce sous-groupe se sente peu libre de fusionner avec les chirurgiens du site B. Par conséquent, la fusion paraît peu attrayante aux yeux des chirurgiens du site A, ce qui tend à générer chez eux des perceptions élevées de menace identitaire pré-fusion. Il importe de mentionner qu'en plus de générer de telles perceptions de menace identitaire pour les chirurgiens du site A, le contexte de changements génère aussi des perceptions de menace financière rattachées à des appréhensions de voir l'accès au bloc opératoire être réduit.

8.6.2 Les chirurgiens orthopédiques du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)

Les courants de causalité associés au profil identitaire des chirurgiens orthopédiques des sites A et B se ressemblent quelque peu. Précisément, les deux sous-groupes souffrent d'un même faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12) et d'un nombre seulement modérément élevé de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), ce qui contribue à augmenter leurs perceptions de menace identitaire.

Toutefois, les données suggèrent que sur le plan de la « **Force de l'identification** » (2-12), la réalité vécue par les deux sous-groupes de chirurgiens diffère significativement. En effet, les chirurgiens orthopédiques du site B, eux, possèdent une identification d'origine jugée moyennement élevée (2), ce qui contribue dans une moindre mesure à produire des perceptions de menace identitaire pré-fusion chez eux (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Pour les chirurgiens du site B, ce contexte de faible choix (6) à l'intérieur duquel un déménagement forcé vers le site A à vocation de traumatologie menace leur statut élevé (voir le tableau 8.3) (10), et ce, alors que la probabilité de perdre du temps au bloc opératoire devient un enjeu, contribue à diminuer l'attrait de la fusion à leurs yeux (7). Cependant, la nomination rapide de « leur » ancien Directeur du site B à la tête de l'unité fusionnée redonne un certain attrait au projet de fusion pour les chirurgiens du site B. Ce courant de causalité contribue tout de même à augmenter les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez ces professionnels du site B (12).

Comme pour les chirurgiens du site A, la rapidité élevée de la mise en œuvre des changements organisationnels (4), et le manque à gagner de préparation (information et formation) pour y faire face (5), contribuent significativement à accentuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion des chirurgiens du site B (12). Globalement, ce courant de causalité tend à augmenter les perceptions de menace identitaire des chirurgiens du site B pré-fusion (12), quoique que dans une moindre mesure que pour les chirurgiens du site A, principalement à cause de la présence de « leur » gestionnaire à la tête du nouveau département.

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Le nombre minoritaire de chirurgiens provenant du site B diminue dans une certaine mesure leur pouvoir de négocier la nouvelle organisation du travail dans l'unité fusionnée (9). En partie à cause de leur nombre, mais aussi de la réduction potentielle de leur accès au bloc opératoire au site A, les chirurgiens du site B font face à une probabilité moyennement élevée de devoir changer leur manière de travailler à la suite de la fusion (8). Or, étant donné que ces chirurgiens évoluaient principalement dans un contexte de chirurgie électorale avant la fusion, leur accès au bloc opératoire est vraisemblablement moins affecté que celui de leurs futurs collègues du site A. Ainsi, ce courant de causalité contribue à augmenter les perceptions de menace des chirurgiens orthopédiques du site B (12), mais dans une moindre mesure que les chirurgiens basés au site A.

LA CONCLUSION DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDIQUES DU SITE B

Certains facteurs contribuent à générer des perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les chirurgiens orthopédiques du site B, dont la rapidité annoncée en ce qui a trait à l'implantation des changements, le fait de se sentir peu libres d'embarquer dans le projet de fusion à cause du déménagement imminent des activités orthopédiques vers le site A, et la centralité des activités de chirurgie électorale pour ce sous-groupe, sans oublier le statut élevé de ce sous-groupe avant l'amorce de la fusion.

Contrairement à leurs collègues du site A qui perçoivent une très forte menace identitaire avant la fusion, les chirurgiens du site B perçoivent une menace moyennement élevée. Cette différence peut entre autres s'expliquer par une identification moyennement élevée à leur unité d'origine, et par une probabilité légèrement moins forte de devoir changer leur manière de travailler à la suite de la fusion à cause de leur spécialisation pré-fusion en chirurgie de type électif. Aussi, la présence relativement réconfortante de leur ancien Directeur à la tête du nouveau département d'orthopédie peut expliquer ces perceptions moins aigües de menace identitaire pré-fusion.

8.6.3 Les employés de la spécialisation orthopédique du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée moyennement élevée)

La situation des employés du site B de la spécialisation orthopédique est semblable en plusieurs points à celle des employés des USI des sites A et B. Ce sous-groupe du site B présente un même faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12), d'une « **Force de l'identification** » élevée (courant 2-12) et d'un nombre faible de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), ce qui contribue à augmenter ses perceptions de menace identitaire.

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Cependant, les employés du site B se sentent relativement obligés de fusionner avec leurs nouveaux collègues du site A, entre autres puisqu'ils n'ont d'autres choix que de venir au site A s'ils veulent continuer à soigner la clientèle orthopédique. De plus, ils peuvent difficilement se rabattre sur un autre rôle en dehors de leur unité orthopédique, comme alternative à la fusion (6). Or, leur statut est moyennement élevé alors que celui de leur nouveaux collègues du site A est très élevé, ce qui tend à augmenter l'attrait que représente la fusion à leurs yeux, en laissant présager quelques éléments de développement professionnels (voir le tableau 8.3) (10). Malgré le fait que la fusion semble être porteuse d'un avancement professionnel aux yeux des employés du site B, les changements annoncés sont jugés moyennement souhaités par ces derniers, principalement à cause du choix déchirant qu'ils doivent faire pour leur carrière (7). Ce courant de causalité génère donc des perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés du site B (12).

De plus, la rapidité très élevée avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4), même si cette exécution est combinée à une préparation jugée moyennement propice à leur adaptation à la fusion (information et formation) (5), tend à augmenter les perceptions de menace identitaire chez les employés du site B (12). Globalement, ce courant de causalité tend à hausser les perceptions de menace identitaire pré-fusion des employés du site B (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Le nombre minoritaire de ce sous-groupe dans l'unité fusionnée (voir le chapitre 5), lui confère peu de pouvoir en ce qui a trait à la renégociation de l'organisation du travail post-fusion (9). Déjà

minoritaires, ces employés font face à une stratégie managériale qui consiste à implanter un fort degré d'harmonisation professionnelle chez les employés de l'unité (15), faisant en sorte que les employés du site B sont confrontés à une probabilité élevée de devoir changer leur manière de travailler à la suite de la fusion (8); cette réalité contribue à augmenter leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12).

LA CONCLUSION DES EMPLOYÉS ORTHOPÉDIQUES DU SITE B

Malgré la présence d'un certain choix quant à leur équipe de travail, l'aspect alléchant de se développer sur le plan professionnel une fois arrivé au site A, et une préparation à la fusion relativement appréciée, certains facteurs génèrent quand même des perceptions de menace identitaire pré-fusion moyennement élevées chez les employés du site B, tels que une identification forte à leur unité d'origine, la très grande rapidité de la mise en œuvre des changements et la forte probabilité de devoir modifier leur manière de travailler une fois arrivés dans l'unité fusionnée.

8.6.4 Les employés de la spécialisation orthopédique du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée)

Comparés aux employés du site B, les employés du site A souffrent d'un même faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12), d'une « **Force de l'identification** » élevée (courant 2-12) et d'un faible nombre de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), ce qui contribue à augmenter leurs perceptions de menace identitaire.

Toutefois, les données suggèrent qu'au chapitre du courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12), les employés du site A se sentent contraints de vivre la fusion à cause de l'absence d'alternative à la fusion (ex. : autres rôles) en dehors de l'unité orthopédique (6). Aussi, ces employés désirent préserver leur statut élevé (voir le tableau 8.3) (10). Certes, cette absence de choix et la présence d'un statut pré-fusion très reluisant font en sorte que la fusion rebute quelque peu les employés de la spécialisation orthopédique du site A. Nonobstant, ces employés ont le privilège d'accueillir chez eux les employés provenant du site B, ce qui leur apporte à la fois une forme de stabilité ainsi que du renfort pour faire face

au contexte de très fort achalandage. Ainsi, les changements découlant de la fusion sont jugés moyennement souhaités (7); le présent courant de causalité contribue à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés du site A (12).

Malgré que la préparation (information et formation) soit jugée moyennement favorable à l'adaptation des employés du site A à la fusion (5), la rapidité très élevée avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels (4) accentue significativement leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Globalement, ce courant de causalité tend à augmenter les perceptions de menace identitaire des employés du site A avant la fusion (12), mais dans une moindre mesure que pour les employés du site B.

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Le nombre majoritaire des employés du site A dans la nouvelle unité, confère à ce sous-groupe un pouvoir de négociation significatif au moment d'entamer la fusion (9). Ce facteur fait en sorte que les employés du site A ont une très faible probabilité de modifier leur manière de travailler à la suite de la fusion (8), même si les dirigeants annoncent un fort degré d'harmonisation professionnelle chez les employés à la suite de la fusion (15). Cette réalité diminue donc substantiellement les perceptions de menace identitaire pré-fusion des employés du site A (12).

LA CONCLUSION DES EMPLOYÉS ORTHOPÉDIQUES DU SITE A

Mis à part des différences identitaires par rapport à l'autre sous-groupe, une identité forte et un faible nombre de sources d'identification, trois sources de menace identitaire pré-fusion chez les employés du site A, d'autres facteurs contribuent à diminuer ces mêmes perceptions de menace. Précisément, l'attrait de la fusion est rehaussé aux yeux de ces employés du site A car les nouveaux employés du site B sont perçus comme du renfort non menaçant permettant de mieux répartir la lourde charge de travail retrouvée au site A. Aussi, la représentation majoritaire des employés du site A dans la nouvelle unité diminue substantiellement leur probabilité de devoir changer leur manière de travailler. Donc, leur positionnement général dans la nouvelle unité s'apparente à un statut quo, lequel diminue leurs perceptions de vulnérabilité et de menace identitaire avant la fusion.

8.6.5 La conclusion du département d'orthopédie du site A

L'analyse de la fusion du département d'orthopédie du site A confirme l'influence des variables que sont la probabilité de devoir changer sa manière de travailler après la fusion et l'attrait des changements organisationnels découlant de cette dernière. Ce cas confirme que lorsqu'un sous-groupe de personnes fait face à l'obligation de fusionner avec un sous-groupe qui possède un statut plus élevé que le sien, les membres du premier sous-groupe peuvent démontrer certains signes d'ouverture avant la fusion, surtout s'ils perçoivent la possibilité de réaliser un avancement professionnel.

Or, d'une manière bien unique, la situation vécue par les chirurgiens orthopédiques démontre que lorsque le statut rattaché à une source d'identification importante est potentiellement dilué, par exemple par la diminution de la rémunération, des perceptions de menace identitaire importantes peuvent voir le jour. De plus, cette fusion met au jour l'impact d'un nombre inégal de personnes à l'intérieur de sous-groupes en contexte d'intégration professionnelle. Plus précisément, un sous-groupe d'employés pouvant compter sur un nombre suffisant de personnes pour être majoritaire dans l'unité fusionnée est plus à même d'aspirer à pérenniser son identité et, se faisant, semble percevoir moins de menaces identitaires pré-fusions; cette dynamique rattachée à la représentativité majoritaire d'un sous-groupe est observée chez les employés du site A.

8.7 Le cas de la radio-oncologie du site A : un résumé des les courants de causalité

Il importe de rappeler que la fusion du département de radio-oncologie s'amorce avec pour toile de fond un historique relativement conflictuel entre les sous-groupes de médecins des deux sites. Cette fusion touche deux sous-groupes d'employés faisant face à l'obligation de devenir modérément polyvalents sur le plan professionnel, et ce, sur une période de plus de trois ans. Les employés du site A ont un statut très élevé, alors que ceux provenant du site B ont un statut moyennement élevé (voir le tableau 8.4). De plus, aucune alternative significativement intéressante à la fusion ne leur est offerte ailleurs au site A ou dans le

CHU. Pour leur part, les radio-oncologues des deux sites ont des expertises bien distinctes et doivent devenir relativement polyvalents professionnellement au cours de la fusion. De plus, les radio-oncologues des deux sites ont d'autres activités à la fois dans l'hôpital et dans le CHU, voire ailleurs dans le réseau de la santé.

Puis, les employés du site A sont fortement majoritaires dans la nouvelle unité. Cette dernière variable influence significativement la probabilité à laquelle font face les employés de devoir changer leur façon de travailler au cours de la fusion. Pour leur part, les radio-oncologues du site A sont quelque peu majoritaires à l'amorce de la fusion. Il importe de rappeler au lecteur que les trois années menant à la fermeture du site B, et au déménagement vers le site A, sont marquées par le départ de la quasi-totalité des employés du site B et de la totalité des médecins de ce même site. Comme dans les sections précédentes, le tableau 8.4 ci-dessous présente les variables indépendantes servant de point de départ à la « **Rencontre identitaire initiale** », alors que d'autres variables qualitatives sont introduites afin d'expliquer les différences retrouvées entre les sous-groupes au chapitre de la variable dépendante. L'analyse débute par le sous-groupe qui manifeste les perceptions de menace identitaire pré-fusion les plus élevées, soit les employés du site B (voir la figure 8.5).

Tableau 8.4 Les variables de départ (pré-fusion) pour le cas du département de radio-oncologie du site A

Les variables	Les sous-groupes de personnes		
	Les employés du site B	Les employés du site A	Les radio-oncologues du site A
1. Les ressemblances identitaires (variable de départ)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)	Faible (différences de contenu identitaire significatives)
2. La force de l'identification (variable de départ)	Moyennement élevée (3,80/6)*	Élevée (4,29/6)	Élevée (4,67/6)
3. Le nombre de sources d'identification (variable de départ)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur du site B)	Faible (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur du site A)	Élevé (Rôles professionnels et relations interpersonnelles à l'intérieur et à l'extérieur du site A)

Les variables	Les sous-groupes de personnes		
	Les employés du site B	Les employés du site A	Les radio-oncologues du site A
10. Le statut du sous-groupe (variable de départ)	Moyennement élevé (exclusivité de techniques de soins)	Élevé (identité forte; réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins, plus grand financement qu'au site B)	Élevé (identité forte; réputation prestigieuse, exclusivité de techniques de soins, plus grand financement qu'au site B)
12. Les perceptions de menace identitaire (variable dépendante)	Élevée (voir le tableau 7.5)	Faiblement élevée (voir le tableau 7.6)	Faiblement élevée (voir le tableau 7.7)

*Les données sont tirées de l'entrevue : 0-1,9/6 = Faiblement élevée ; 2,0-3,9/6 = Moyennement élevée ; 4,0-6,0 /6 = Fortement élevée.

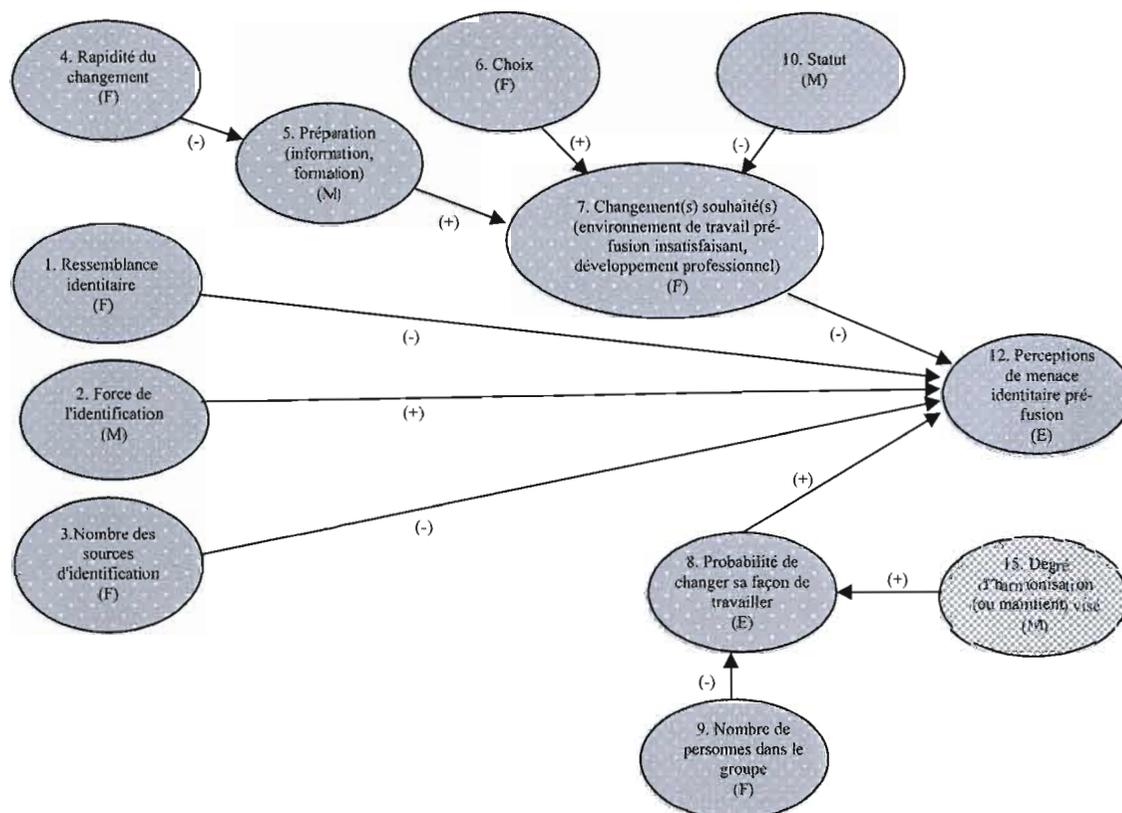


Figure 8.5

Les courants de causalité des variables pré-fusion dans le département de radio-oncologie du site A (valeurs tirées de la perspective des employés du site B)

8.7.1 Les employés de la radio-oncologie du site B (perception de menace identitaire pré-fusion jugée élevée)

La situation des employés du site B est semblable en plusieurs points à celle des employés des USI des sites A et B, ainsi qu'à celle du département d'orthopédie. Ce sous-groupe souffre d'un même faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12) et d'un nombre faible de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), ce qui contribue à augmenter ses perceptions de menace identitaire.

Le courant « **Force de l'identification** » (2-12) : Toutefois, la force de leur identification d'origine est jugée moyennement élevée (2), ce qui ajoute, mais dans une moindre mesure, à leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Les employés du site B ne peuvent compter sur une alternative à la fusion dans un autre secteur des sites A ou B, entre autres puisqu'ils peuvent plus rarement s'investir dans un rôle en dehors du département de radio-oncologie (6). Par contre, leur statut est moyennement élevé alors que celui de leur nouveaux collègues du site A est très élevé (voir le chapitre 7); tel qu'expliqué dans les autres cas de fusion, cette situation tend à augmenter l'attrait que représente la fusion à leurs yeux (voir le tableau 8.4) (10). Par contre, parce qu'ils ont perdu le support de leur gestionnaire avant le déménagement vers le site A, au cours d'un processus de dotation jugé inéquitable par plusieurs personnes, les employés du site B évaluent moins favorablement les changements organisationnels annoncés, et ce, malgré l'attrait professionnel que comporte la fusion au site A dans une unité complètement rénovée (7). Ainsi, le présent courant de causalité contribue à augmenter les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés du site B (12).

Aussi, la faible rapidité avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4) tend à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés du site B, et ce, en leur permettant de conserver plus longtemps leurs caractéristiques identitaires d'origine (12). Il importe de mentionner que, même si ces changements sont opérationnalisés très progressivement, la longueur du processus a entre

autres pour effet, chez ces employés du site B, de prolonger la période de temps passée à évoluer dans des conditions de travail jugées insatisfaisantes (ex. : manque de ressources humaines et matérielles). De plus, les employés du site B estiment que leur préparation (information et formation) favorise moyennement leur adaptation à la fusion (5) ce qui augmente leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Globalement, ce courant de causalité augmente les perceptions de menace identitaire pré-fusion des employés du site B (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Le petit nombre d'employés au site B confère à ce sous-groupe peu de pouvoir quant à la négociation de l'organisation du travail dans l'unité fusionnée au site A (9). Qui plus est, leur ancienneté est fréquemment moins grande que celle des employés basés au site A, et leur nouveau chef de service provient de ce même site A. Par conséquent, les employés du site B font face à une probabilité jugée très élevée de devoir changer leur manière de travailler à la suite de la fusion (6), et ce, malgré un degré d'harmonisation professionnelle visé par les dirigeants qui est modérément élevé (15). Cette réalité contribue à augmenter grandement les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés du site B (12).

LA CONCLUSION DES EMPLOYÉS DE LA RADIO-ONCOLOGIE DU SITE B

Le statut moyennement élevé des employés du site B, leur identité d'origine moyennement élevée ainsi que la rapidité nettement moins élevée de l'implantation des changements organisationnels ne sont pas suffisants pour diminuer les perceptions de menace identitaire élevées retrouvées chez ce sous-groupe avant la fusion. En effet, leur nombre fortement minoritaire et l'ampleur des changements annoncés, contribuent significativement à leurs perceptions élevées de menace identitaire pré-fusion.

8.7.2 Les employés de la radio-oncologie du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée)

La situation des employés du site A est semblable à celle des employés du site B sur le plan du profil identitaire. Ce sous-groupe du site B souffre d'un même faible niveau de

« **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12) et d'un nombre faible de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), ce qui contribue à augmenter ses perceptions de menace identitaire.

Toutefois, les données suggèrent qu'au chapitre du courant « **Force de l'identification** » (2-12), la force de leur identification d'origine est jugée élevée (2), ce qui contribue à accentuer leurs perceptions de menace identitaire peu de temps avant la fusion (12).

Le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12) : Tout comme leurs nouveaux collègues du site B, les employés du site A ne peuvent pas compter sur une alternative à la fusion (6), alors que leur statut est élevé (voir le tableau 8.4) (10), ce qui fait en sorte que ces employés se sentent relativement forcé de fusionner. Par contre, l'arrivée de nouveaux collègues est perçue comme du renfort, et la rénovation de leur unité est vue d'un très bon oeil. Pour ces raisons, les employés du site A estiment les changements allant découler de la fusion être moyennement souhaités (7). Le présent courant de causalité contribue à diminuer quelque peu les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les employés du site A (12).

La lenteur avec laquelle sont implantés les changements organisationnels de la fusion (4) tend à préserver plus longtemps les caractéristiques identitaires d'origine des employés du site A, et donc, à diminuer leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Or, cette même durée prolonge la période au cours de laquelle les conditions de travail sont jugées insatisfaisantes (ex. : manque de personnel, extension des heures de travail, stress accru, etc.). Aussi, les employés du site A estiment que leur préparation (seulement de l'information) est faiblement favorable à leur adaptation à la nouvelle réalité organisationnelle (5), ce qui augmente légèrement leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12). Contrairement à l'effet de ce courant de causalité chez les employés du site B, ce courant tend à augmenter seulement légèrement les perceptions de menace identitaire pré-fusion des employés du site A (12).

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Les employés du site A sont grandement majoritaires dans l'unité fusionnée, ce qui leur confère un grand

pouvoir pour négocier l'organisation du travail post-fusion (9). Leur ancienneté est généralement plus grande que celle des employés du site B et, de plus, ils ont la chance de compter sur leur ancien gestionnaire pour diriger la nouvelle équipe. En somme, malgré l'harmonisation professionnelle modérément élevée qui est visée (15), les employés du site A sont face à une probabilité jugée très faible de devoir changer leur manière de travailler à la suite de la fusion (8). Cette réalité s'apparentant au statu quo contribue à diminuer très fortement leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion (12).

LA CONCLUSION DES EMPLOYÉS DE LA RADIO-ONCOLOGIE DU SITE A

Malgré des différences identitaires bien marquées, une force d'identification élevée, un petit nombre de source d'identification, un statut particulièrement élevé à protéger et aucune alternative à la fusion, les employés du site A ne perçoivent finalement que peu de menace identitaire pré-fusion. Cette équation s'explique entre autres par lenteur de la mise en oeuvre des changements organisationnels, la représentation fortement majoritaire des employés du site A dans la future nouvelle unité, et la présence de leur ancien gestionnaire à la tête du groupe des employés. En somme, la réalité vécue par les employés du site A s'apparente au statu quo.

8.7.3 Les radio-oncologues du site A (perception de menace identitaire pré-fusion jugée faiblement élevée)

La réalité des radio-oncologues du site A est très semblable celle retrouvée chez les autres médecins étudiés par la présente recherche, en ce qui a trait au profil identitaire. Précisément, ces radio-oncologues du site A souffrent d'un même faible niveau de « **Ressemblance identitaire** » (courant 1-12), d'une « **Force d'identification** » élevée (courant 2-12), mais aussi, comme les chirurgiens orthopédiques, d'un nombre seulement modérément élevé de « **Sources d'identification** » (courant 3-12), des éléments qui contribuent à augmenter leurs perceptions de menace identitaire.

Cependant, selon le courant « **Vouloir le changement** » (4-5-6/10-7-12), les radio-oncologues du site A peuvent compter sur certaines alternatives à la fusion, mais ces options

de trouvent principalement du côté de la recherche (6). Aussi, leur statut est très élevé dans l'hôpital, voire dans le reste du CHU (voir le tableau 8.4) (10). Même s'ils ont moins d'alternatives à la fusion que d'autres types de médecins, tels que les intensivistes, et qu'ils ont un fort désir de protéger leur statut très enviable, la rénovation de leur département et l'arrivée de nouveaux équipements, font en sorte que les radio-oncologues du site A jugent les changements découlant de la fusion comme moyennement souhaités (7). Ainsi, ces variables diminuent légèrement les perceptions de menace identitaire chez les radio-oncologues du site A avant la fusion (12).

De plus, la lenteur avec laquelle sont mis en œuvre les changements organisationnels de la fusion (4) tend à protéger l'identité des radio-oncologues du site A et à diminuer leurs perceptions de menace identitaire avant la fusion (12). Or, cette évolution plus lente du processus de fusion a pour effet de polariser les médecins des sites A et B, ainsi que de prolonger la période de temps au cours de laquelle les conditions de travail sont jugées moins satisfaisantes (i.e. le travail s'effectue sur les deux sites). Aussi, les radio-oncologues du site A estiment que leur préparation (information) favorise moins leur adaptation à la nouvelle réalité organisationnelle (5). Ce courant diminue légèrement les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez les radio-oncologues du site A (12). Globalement, ce courant de causalité tend à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion des radio-oncologues du site A (12), à cause du rythme plus lent de la mise en œuvre de la fusion, de l'amélioration de l'environnement de travail et, principalement, à cause d'une réalité organisationnelle caractérisée par un statu quo.

Le courant « **Probabilité de changer sa façon de travailler** » (9/15-8-12) : Les radio-oncologues du site A sont en nombre majoritaire dans la future nouvelle unité fusionnée, ce qui leur confère un pouvoir accru en ce qui a trait à la négociation de l'organisation du travail (9). Cette surreprésentation, ajoutée au fait de pouvoir compter sur l'appui de leur ancien Directeur pour diriger le nouveau département, diminue significativement leur probabilité de changer de manière de travailler (8), et ce, malgré le degré modérément élevé d'harmonisation professionnelle souhaitée dans la nouvelle unité (15). Ce statut quo annule à toutes fins pratiques les perceptions de menace identitaire pré-fusion de ces radio-oncologues (12).

LA CONCLUSION DES RADIO-ONCOLOGUES DU SITE A

Hormis que les différences entre le profil identitaire des radio-oncologues des sites A et B aient pu initialement générer quelques perceptions de menace identitaire pré-fusion pour les médecins du site A, le fait que ces derniers se retrouvent en nombre majoritaire dans la nouvelle unité, à la suite du départ de certains radio-oncologues dès l'amorce de la fusion, peut expliquer que leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion soient globalement très faibles. Qui plus est, les intérêts marqués des radio-oncologues du site A sur le plan de la recherche et du développement technologique, sont relativement assurés par la présence de leur ancien Directeur, dorénavant à la tête du nouveau département fusionné.

8.7.4 La conclusion du département de radio-oncologie du site A

L'analyse de ce cas de fusion confirme l'influence du nombre de personnes dans un sous-groupe en contexte de fusion. Plus un sous-groupe de personnes s'approche d'une représentation majoritaire dans la nouvelle unité fusionnée, plus ce dernier semble en position favorable pour pérenniser son identité et, donc, pour percevoir une menace identitaire plus faible préalablement à la fusion. Tel que retrouvé dans les autres cas de fusion, le rythme avec lequel sont implantés les changements organisationnels semble influencer considérablement les perceptions de menace identitaire pré-fusion. Cependant, à l'opposé du département d'orthopédie ayant vécu le déploiement très rapide de changements organisationnels, les employés et les médecins du département de radio-oncologie vivent un processus s'écoulant sur un laps de temps substantiellement plus long. Or, dans un tel contexte, les parties prenantes à la fusion risquent aussi de se polariser en fonction de leurs caractéristiques identitaires d'origine et, dans certains cas, de quitter l'hôpital ou même le CHU, en réponse à la combinaison de fortes perceptions de menace identitaire pré-fusion et de conditions de travail jugées difficiles.

8.8 L'effet des variables pré-fusion sur les perceptions de menace identitaire pré-fusion : la théorie émergente et les contributions de la recherche

La présente section a pour but de présenter les cinq (5) énoncés théoriques qui reflètent les phénomènes observés pendant la période pré-fusion. Ces énoncés sont générés à partir des courants de causalité présentés tout au long du présent chapitre. Il importe de spécifier que chaque énoncé théorique s'applique à tous les sous-groupes de professionnels des quatre cas de fusion étudiés. Puis, chaque énoncé théorique est suivi d'une discussion ayant pour but de préciser les constats liés à l'effet des cinq variables pré-fusion que sont le contenu identitaire, la force de l'identification, le nombre de sources d'identification, le nombre de personnes que comporte le sous-groupe et le statut de ce même sous-groupe. Le recours à la littérature sur le sujet des phénomènes identitaires permet ensuite de mettre en évidence les contributions de la présente recherche.

L'énoncé théorique 1 : le rôle du profil identitaire

Plus un sous-groupe possède un contenu identitaire différent d'un autre sous-groupe avec lequel ses activités seront fusionnées, et plus les membres d'un sous-groupe s'identifient fortement à l'entité qu'ils représentent, et moins ces membres possèdent de sources d'identification, alors plus le sous-groupe est enclin à percevoir une menace identitaire avant la fusion.

La valeur de ces trois variables indépendantes prédispose les membres d'un sous-groupe à percevoir, ou pas, une menace planant sur leur identité d'origine avant une fusion. La présence isolée ou combinée de différences identitaires, d'une identification forte et d'un petit nombre de sources d'identification, tend à affecter les perceptions de menace identitaire à la hausse. La situation vécue par les employés chirurgicaux des USI des sites A et B sont deux exemples illustrant ce premier énoncé théorique.

En fait, tel que suggéré par les écrits sur le sujet et les résultats de la présente recherche, les personnes en contexte de fusion deviennent hyper vigilantes par rapport aux frontières qui distinguent « leur » sous-groupe de « l'autre » sous-groupe. Or, cette saillance des frontières inter-groupes sensibilise les personnes au contenu de leur identité, soit les aspects

centraux, distinctifs et relativement durables (Albert et Whetten, 1985), un contenu accompagné de sentiments de fierté (Ashforth et Mael, 1989; Hogg et Terry, 2000). Dans un contexte de remise en question identitaire, tel celui vécu lors d'une fusion, la force de l'identification semble rehausser les perceptions de menace identitaire pré-fusion, ainsi que l'énergie mobilisée par les membres d'un sous-groupe afin de pérenniser leurs caractéristiques identitaires (le contenu de l'identité) dans la nouvelle unité. Lorsqu'un sous-groupe de professionnels craint la remise en question d'éléments de son contenu identitaire, et donc de perdre certaines sources importantes de fierté, des perceptions de menace voient le jour. À titre d'exemple, les infirmières chirurgicales des deux USI craignent de perdre leur réputation d'excellence et de devoir partager une expertise qui était uniquement la leur avant la fusion. Pour leur part, les technologues en radio-oncologie du site B craignent entre autres que la convivialité des rapports interprofessionnels au site B ne soit perdue par la fusion au site A.

Puis, la diversification des rôles détenus par les personnes leur confère plusieurs sources d'identification, et donc, plusieurs zones potentielles de stabilité sociale et professionnelle pendant que des changements organisationnels remettent en question leur identité dans une sphère précise de leur réalité au travail. C'est ainsi que la diversification des sources d'identification pourrait agir afin de diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion. Les intensivistes (médicaux et chirurgicaux) ainsi que les radio-oncologues profitent d'une telle diversité dans leurs sources d'identification, alors que la plupart des employés ont une seule principale source d'identification, soit leur sous-groupe immédiat de travail, à partir duquel ils puisent leurs rôles professionnels et leurs relations interpersonnelles d'importance.

Selon les résultats de la présente étude, il importe de mentionner que le fait pour deux sous-groupes de s'identifier à des unités différentes à l'intérieur d'un même hôpital au moment d'une fusion intra-site, pourrait générer un effet aussi complexe sur le tissu humain que le fait de s'identifier à différents hôpitaux (sites) lors d'une fusion inter-site. De plus, l'analyse des données permet de remarquer que la présence de ces particularités du profil identitaire (différences identitaires, forte identification et faible nombre de sources d'identification), n'entraînent pas à tous coups une augmentation significative des

perceptions de menace identitaire. En effet, d'autres facteurs tels que l'attrait que représentent les changements découlant de la fusion et la probabilité de devoir changer sa manière de travailler à la suite de la fusion, peuvent exacerber ou contenir l'effet du profil identitaire (voir les énoncés théoriques 3 et 5). Aussi, davantage de perceptions de menace identitaire semblent émerger lorsque les changements découlant de la fusion touche la source principale d'identification.

Le contenu identitaire et son apport aux dynamiques inter-groupes : La perspective de devoir modifier son contenu identitaire pendant la fusion, telle que discutée dans les écrits scientifiques portant sur la diminution de la continuité identitaire découlant du changement organisationnel (Bartels et al., 2006), entraînerait une diminution de l'identification à l'unité fusionnée. Puis, Ullrich et al., (2005) abondent dans le même sens en démontrant par une étude empirique que l'implantation rapide d'une nouvelle structure pendant la fusion organisationnelle pouvait contribuer à augmenter l'incertitude contextuelle, et donc, à faire chuter le sentiment de continuité ainsi que l'identification des gestionnaires à leur nouvelle organisation (identité post-fusion). Selon ces mêmes auteurs, si les personnes touchées par la fusion s'attendent à un certain niveau de stabilité et sont en mesure de prévoir ce qui s'en vient après la fusion, alors elles seraient plus enclines à s'identifier à leur nouvelle organisation (Ullrich et al., 2005). Dans la même veine, van Leeuwen et al. (2003) ont démontré empiriquement qu'une perception de continuité de l'identité pré-fusion pendant le processus de fusion accentue la corrélation positive entre les niveaux d'identification pré-fusion et post-fusion. Selon Riketta et Nienaber (2007), l'effet du contenu identitaire pourrait également produire un phénomène dialectique. À partir de leur étude quantitative, ils avancent que si les membres d'une première unité perçoivent qu'une seconde unité les complète, ou possède une culture similaire, alors les membres de la première entité percevraient une certaine compatibilité entraînant leur identification à l'autre unité (Riketta et Nienaber, 2007).

La littérature offre également certaines réponses quant aux causes de perceptions de menace identitaire, dont certaines sont directement en lien avec la crainte de modifier son contenu identitaire. Par exemple, certains auteurs avancent que des perceptions de menace identitaire découleraient de la probabilité que l'identité professionnelles et les rôles qui s'y

rattachent soient modifiés (Ibarra, 1999; Callan et al., 2007) alors que d'autres mettent en lien les perceptions de menace et le fait pour le sous-groupe de perdre son caractère distinctif par rapport à un autre sous-groupe (van Leeuwen et al., 2003).

Gaertner et al., (2001) ont mené une étude empirique visant à sonder l'opinion de gestionnaires ayant vécu une fusion organisationnelle. De manière plus détaillée, leurs résultats révèlent qu'un niveau élevé de ressemblance sur le plan des tâches effectuées par les sous-groupes avant la fusion, serait associé à une réduction de perceptions de nature « nous contre les autres ». Ainsi, selon ces auteurs, des ressemblances tangibles sur le plan des tâches effectuées (i.e. manière de travailler) entre des sous-groupes de travail, contribuerait à atténuer la perception de frontières intergroupes. À l'opposé, lorsque la fusion rassemble à l'intérieur de ses frontières plusieurs façons différentes d'exécuter le travail, ces mêmes auteurs avancent qu'il se créerait alors une compétition entre les sous-groupes, laquelle servirait à légitimer « sa » façon de faire les choses dans le nouveau contexte de travail (Gaertner et al., 2001). Toujours selon Gaertner et al. (2001), lorsque la fusion rassemble des sous-groupes de personnes ayant presque la même façon de travailler, et donc des contenus identitaires relativement semblables, chaque personne croit en ses chances de s'insérer de manière légitime dans la nouvelle équipe de travail et de pérenniser les tâches qui lui confère certains privilèges (ex. : expertise pointue, réputation, etc.).

Contribution de la recherche : La présente recherche reproduit les résultats des auteurs mentionnés précédemment portant sur l'effet du contenu identitaire comme prédicteur de la saillance des frontières inter-groupes, des perceptions de menace identitaire et de l'identification post-fusion. Selon la présente étude, les différences identitaires entre des sous-groupes de professionnels tendent à générer la crainte chez les personnes que leurs acquis identitaires ne seront plus aussi importants dans le nouveau contexte organisationnel, ce qui tend à générer des perceptions de menace avant le début de la fusion. Ce phénomène observé dans les quatre cas de fusion étudiés est semblable au phénomène de compétition relaté par Gaertner et al. (2001). Puis, les résultats de la présente recherche corroborent ceux obtenus par Riketta et Nienaber (2007), au sens où l'identification entre deux unités est plus élevée lorsque les perceptions de compatibilité sont élevées. Or, la présente étude met au jour le fait que la présence d'écarts identitaires ne serait pas toujours suffisante pour générer

des perceptions de menace pré-fusion, puisque la probabilité de devoir changer sa manière de travailler et l'attrait pour les changements découlant de la fusion représenteraient des facteurs tout aussi déterminants de cette menace. Cette dernière nuance pourrait peut-être s'expliquer par les propositions de recherche de Rink et Ellemers (2007), qui avancent dans un récent article théorique que la diversité sur le plan de la tâche entre différents sous-groupes de travail pourrait être une des bases de l'identification commune au groupe dans son ensemble, et ce, lorsque des normes acceptées de tous justifient cette différence.

La force de l'identification et son apport aux dynamiques inter-groupes : La force de l'identification à un sous-groupe témoigne de l'ampleur des attaches et de la fierté ressentie par les membres de ce même sous-groupe (Ashforth et Mael, 1989; Hogg et Terry, 2000). Des attitudes telles que les la satisfaction au travail et l'intention de quitter son organisation, ainsi que des comportements comme la collaboration et l'altruisme, sont associés à une forte identification à son organisation (Ashforth et Mael, 1989; Mael et Ashforth, 1995). Selon plusieurs écrits récents, la force de l'identification d'origine serait un prédicteur significatif de la force de l'identification post-fusion (Bartels et al., 2006; van Dick et al., 2006; Ullrich et al, 2005; van Leeuwen et al., 2003). En retour, cette relation serait modulée soit par la perception de continuité (Bartels et al., 2006; van Leeuwen et al., 2003), ou les attitudes et actions du leader (van Dick et al., 2006; Ullrich et al, 2005). Aussi, selon Haslam et al. (2006), la force de l'identification pourrait contribuer à expliquer l'engagement de personnes impliquées dans un projet organisationnel, et ce, même lorsque le projet rencontre des difficultés.

Il semble donc logique en période de fusion que certaines réactions de la part des personnes touchées par le changement organisationnel constituent une réponse à la remise en question identitaire. Or, il apparaît tout aussi probable que l'intensité de ces réactions soit modulée par la force de l'identification à l'unité d'origine retrouvée chez les personnes. Par exemple, les infirmières de l'USI/C du site A, qui possèdent une grande fierté découlant entre autres du fait que leur unité possède un des plus faible taux de mortalité de toutes les USI canadiennes, sont particulièrement sujettes à éprouver une menace identitaire pré-fusion. Ainsi, la présente recherche permet d'affirmer que plus l'identification des personnes à leur sous-groupe d'origine est forte, plus ces dernières tendent à percevoir une menace identitaire

pré-fusion. Or, ces mêmes perceptions de menace prennent principalement la forme d'un discours marquant la distinction entre « nous » et « eux », dans lequel sont mises en valeur les forces de son propre sous-groupe et les faiblesses perçues de l'autre sous-groupe.

Contribution de la recherche : La principale valeur ajoutée de la recherche découle de sa capacité à préciser la résultante du processus d'intégration mettant en scène des sous-groupes affichant des niveaux d'identification de forces semblables ou différentes. Plus précisément, tel qu'anticipé a priori, la force de l'identification modulerait l'intensité des réactions des personnes touchées par la fusion. Précisément, la rencontre de deux sous-groupes à l'identification d'origine forte produirait plus de perceptions de menace identitaire et de comportements de préservation identitaire de part et d'autre que lorsque la force d'identification entre deux sous-groupes est différente. Par ailleurs, de manière intéressante, la force de l'identification ne serait pas suffisante non plus pour expliquer à elle seule les perceptions de menace pré-fusion. À nouveau, la forte probabilité de devoir changer sa manière de travailler à la suite de la fusion et un faible attrait associé à la fusion constituent des facteurs qui exacerbent les perceptions de menace identitaire pré-fusion.

Les sources de l'identité et leur apport aux dynamiques inter-groupes : De toutes les sources d'identification potentielles qui s'offrent aux employés et aux membres du corps médical des quatre cas de fusion (ex. : groupe de travail, hôpital, CHU, etc.), les données recueillies accordent davantage de poids au groupe de travail, en tant que lieu d'échanges sociaux et de source d'affiliation professionnelle d'importance avant la fusion. Ce dernier résultat est à l'image des résultats obtenus par Callan et al. (2007) dans leurs études empiriques portant sur le rôle de l'identité professionnelle en contexte de changement organisationnel dans un hôpital public. Selon eux, le groupe de travail favoriserait les échanges interpersonnels, l'établissement de relations de confiance et, se faisant, contribuerait à l'efficacité organisationnelle (Callan et al., 2007). À la base, ces mêmes contacts sociaux répondraient à un besoin d'affiliation chez les personnes, mais aussi au besoin de se détendre dans un contexte où le travail avec la clientèle et avec ses collègues de travail peut générer un niveau élevé de stress (Callan et al., 2007). Puis, ce même groupe de travail répondrait au besoin d'affiliation professionnelle en permettant aux professionnels de retirer un sentiment de fierté et de s'épanouir grâce à leur façon unique et valorisée de

travailler (exemples d'aspects identitaires uniques : rythme de travail rapide, collaboration interpersonnelles très développée, etc.).

Puis, de par leurs rôles plus nombreux dans l'hôpital, les membres du corps médical profitent généralement d'un plus grand nombre de sources d'identification, c'est-à-dire que ces derniers puisent leur identification à même plusieurs sous-groupes différents, en plus de l'acte professionnel en soi. Cette diversification des sources d'identification leur assure une certaine stabilité sociale et professionnelle en contexte de fusion. Selon Brewer et Pierce (2005), le fait d'avoir plusieurs identités augmenterait la tolérance d'un individu envers autrui, et ce, en augmentant le nombre de groupes d'appartenance (*in-group*) détenus par cette personne et en diminuant l'importance de chaque identité prise individuellement.

Même dans les deux fusions inter-sites (ex. : celles des départements d'orthopédie et de radio-oncologie), le groupe de travail représente la principale source d'identification des employés et des médecins, et ce, même si le chercheur de la présente étude s'attendait a priori à une influence plus importante de l'identité (et de la culture) propre au site (l'hôpital). Entre autres, la fusion des ailes Est et Ouest du département d'orthopédie du site A semble avoir généré des dynamiques de préservation identitaires très marquées, voire plus marquées que celles retrouvées lors de la fusion subséquente des spécialisations orthopédiques des sites A et B. La première fusion (intra-site) semble avoir été vécue plus difficilement par les employés que la fusion inter-site.

Contribution de la recherche : Globalement, les données de la recherche illustrent l'impact de la menace planant sur l'identité rattachée au sous-groupe d'individus, soit à une source d'éléments jugés centraux, distinctifs et relativement durables (Whetten et Godfrey, 1998). Il suffit de penser aux appréhensions touchant les infirmières chirurgicales de l'USI du site A ou, encore, à celles vécues par le plus petit groupe d'employés de la spécialité de radio-oncologie du site B. Dans chaque cas, ces employés craignent d'être déracinés de leur groupe de travail et de devoir reconstruire leur réseau social, et ce, en plus d'avoir à protéger certaines de leurs anciennes caractéristiques professionnelles, deux éléments fortement liés à leur source première d'identification. Ainsi, il appert que c'est lorsque le sous-groupe d'appartenance est menacé par l'intégration éventuelle avec un autre sous-groupe que les

personnes perçoivent le plus de menaces identitaires. La figure 8.6 ci-dessous représente les deux principales fonctions du groupe de travail, soit d’approvisionner les personnes en échanges professionnels et sociaux, en tant que principale source d’identification des employés et des membres du corps médical dans les cas de fusion étudiés.

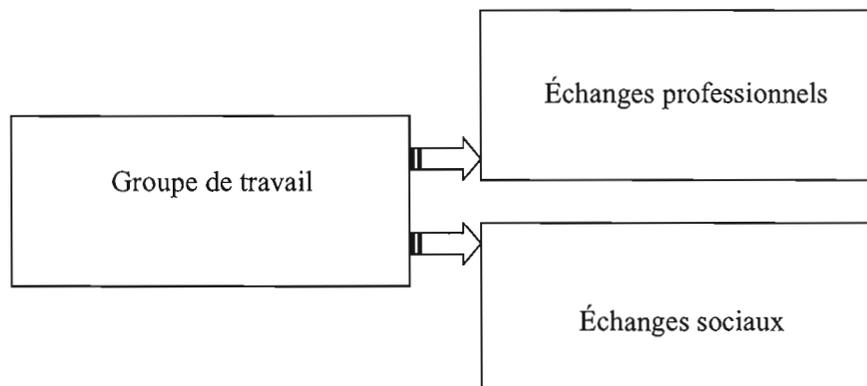


Figure 8.6

Les fonctions du groupe de travail en tant que principale source d’identification des employés et du corps médical

La littérature (Ashforth et Johnson, 2001 ; Brickson et Brewer, 2001; Brewer et Pierce, 2005) stipule que les individus possèdent plus d’une source d’identification dans leur milieu de travail. Aussi, certaines de ces sources d’identification seraient plus aptes à favoriser l’adaptation des personnes pendant une période de changements telle qu’une fusion organisationnelle. Selon Brickson et Brewer (2001), chacun des individus faisant partie d’un groupe de travail pourrait faire valoir ses intérêts personnels, ceux d’autrui ou, encore, les intérêts de toute la collectivité. Selon ces mêmes auteurs, une identité sociale orientée vers la promotion des intérêts d’une autre personne, appelée identité relationnelle, contribuerait à produire une attitude d’ouverture envers « l’autre groupe » (Brickson et Brewer, 2001, p.64). Ces auteurs suggèrent certaines interventions permettant de favoriser une telle identité relationnelle, comme le développement de la connaissance d’autrui, la mise en œuvre d’une interdépendance coopérative, l’établissement de statuts égaux et le support institutionnel (Brickson et Brewer, 2001). Une identité dite relationnelle encouragerait la perception des distinctions et des particularités de chacun des membres de « l’autre groupe ». Ce processus de personnification des individus favoriserait en retour

l'ouverture et les rapprochements nécessaires à l'adaptation des membres de sous-groupes touchés par une fusion. En contexte de changement organisationnel, et donc de remise en question potentielle des sources de fierté sociales et professionnelles chez les membres d'un sous-groupe, il est possible d'envisager que les interventions de gestion visant la restauration du tissu social, pourraient favoriser l'adaptation des personnes, entre autres en élargissant au-delà des frontières du sous-groupe l'assouvissement du besoin d'affiliation. Ces interventions de gestion imiteraient une des fonctions clés du sous-groupe, retrouvée dans les résultats de la présente étude et illustrée par la figure 8.6, qui consiste à abreuver ses membres en échanges sociaux. En agissant sur les dynamiques sociales, les gestionnaires contribueraient peut-être à rendre moins proéminentes les perceptions de menace planant sur les aspects professionnels de l'identité des personnes, entre autre par la personnification des individus de « l'autre » sous-groupe. Autrement dit, les échanges sociaux pourraient peut-être jouer le rôle de catalyseur dans les rapprochements professionnels entre deux sous-groupes (voir le chapitre suivant pour une discussion plus approfondie des interventions de gestion).

L'énoncé théorique 2 : l'aspect volontaire d'une fusion

La possibilité pour un sous-groupe d'adhérer volontairement au projet de fusion, contribue à rehausser l'attrait de la fusion et à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion.

Précisément, la présence d'une alternative au projet de fusion permet à un sous-groupe de choisir de manière éclairée, et en tenant compte des caractéristiques de son profil identitaire, d'adhérer à un projet de fusion porteur de changements organisationnels significatifs. Ainsi certains individus peuvent choisir en connaissance de cause de sortir de leur zone de confort et d'envisager le changement découlant de la fusion comme une opportunité de développement social et professionnel. D'autres personnes peuvent préférer ne pas faire partie du projet de fusion, et choisir soit le statut quo ou un nouveau défi dans une autre unité opérationnelle du CHU ou du réseau de la santé. Au niveau du sous-groupe, le dénominateur commun de ces deux scénarios est la possibilité pour une personne de retenir l'option qui soit le plus en accord avec ses motivations intrinsèques (Ryan et Deci, 2000). Ainsi, l'aspect volontaire du projet de fusion augmente significativement l'attrait de ce

dernier aux yeux des personnes touchées par les activités d'intégration et, par le fait même, diminue les perceptions de menace identitaire pré-fusion.

Les employés de la spécialisation médicale/cardiaque de l'USI du site B représentent le seul sous-groupe ayant pu choisir de demeurer dans leur unité d'origine, comme alternative à la fusion. Pour leur part, les employés de la spécialisation orthopédique du site B n'ont pas le choix de faire partie de la fusion afin de continuer à soigner une clientèle orthopédique, mais leurs dirigeants leur ont offert quand même la possibilité d'être transférés vers une autre unité opérationnelle du même site, en tant qu'alternative à la fusion. Cet aspect relativement volontaire de ces deux scénarios a contribué à diminuer les perceptions de menace identitaire pré-fusion chez ces sous-groupes d'employés.

Contribution de la recherche: Aucune littérature portant directement sur l'effet de la possibilité de choisir d'embarquer dans un projet de fusion n'est recensée par le chercheur de la présente étude, ce qui confère une valeur ajoutée aux résultats obtenus.

L'énoncé théorique 3 : le statut du sous-groupe lié à l'attrait de la fusion

La fusion de deux sous-groupes comportant des statuts significativement différents, contribue à rehausser l'attrait de la fusion pour le sous-groupe comportant le statut le plus faible, et ainsi à diminuer ses perceptions de menace identitaire pré-fusion.

Ce phénomène est observé tout juste avant une fusion ayant pour but de standardiser les pratiques de travail, comme chez les employés médicaux de l'USI du site A, mais aussi chez les employés médicaux de l'USI du site B et ceux de la spécialisation orthopédique de ce même site B. Pour les employés au statut plus faible, le sous-groupe plus prestigieux semble être associé, ne serait-ce qu'à un niveau perceptuel, à des occasions de développement professionnel telles que l'apprentissage de nouvelles techniques de soins et, donc, à un rehaussement du statut de son propre sous-groupe. De manière opposée, le sous-groupe de professionnels possédant le statut le plus élevé parmi une dyade ou triade de sous-groupes, perçoit la fusion comme un risque de dilution de son statut prestigieux. Ainsi, un tel sous-groupe tend à percevoir davantage de menace identitaire pré-fusion; les employés de l'USI/C du site A illustrent ce dernier scénario d'appréhensions liées à la crainte de perdre un prestige acquis au fil du temps. Les données de la présente étude semblent

dévoiler un effet du statut en tant qu'influence significative sur l'attrait de la fusion, ainsi que sur les perceptions de menace identitaire pré-fusion, lequel s'appliquerait surtout dans un contexte où les sous-groupes en présence se connaissent, ne serait-ce que de réputation.

Le statut du groupe : Selon les résultats obtenus par Callan et al. (2007) dans une vaste étude empirique auprès de 779 employés provenant d'un hôpital aux prises avec des changements structurels et culturels d'envergure, les membres d'un sous-groupe au statut plus élevé auraient généralement tendance à être plus ouverts vis-à-vis un changement organisationnel, et satisfaits de ce dernier, lorsqu'il consiste à introduire des équipes de travail multidisciplinaires que les employés au statut plus faible. Ces auteurs expliquent leurs résultats par la présence d'une plus grande protection chez les employés rattachée au statut plus élevé (i.e. une probabilité accrue de pérenniser leur identité groupale et/ou professionnelle). D'ailleurs, Ullrich et al. (2005) ont démontré par une étude empirique menée auprès de 16 gestionnaires provenant d'une grande organisation allemande ayant vécu une fusion, que les personnes touchées par une fusion entraînant de nombreux changements organisationnels pourraient tout de même s'identifier à la nouvelle entité créée par le processus d'intégration, en autant que ces personnes retrouvent une certaine forme de continuité dans leur travail après la fusion ou, encore, si elles anticipent de retrouver une telle continuité après la fusion. Il est possible de penser que cette continuité puisse s'appliquer entre autres au statut du sous-groupe.

Selon Terry (2001), alors que les perceptions de menace identitaire seraient inférieures pour les employés possédant le statut le plus élevé durant les phases préliminaires de la fusion, cette tendance s'inverserait avec l'enclenchement des changements organisationnels subséquents. Précisément, pendant l'opérationnalisation des changements organisationnels, les employés possédant le statut le plus fort seraient sujets à manifester davantage de biais favorisant leur propre groupe, alors que leurs nouveaux collègues possédant un manque à gagner sur le plan du statut, auraient plus fréquemment recours à des stratégies individuelles ou collectives visant à combler cet écart (i.e. stratégie de mobilité individuelle, de compétition sociale ou de créativité sociale).

Ces effets du statut retrouvés dans les écrits pourraient contribuer à expliquer les résultats de la présente recherche selon lesquels certains sous-groupes de professionnels appréhendent la fusion, alors que d'autres entrevoient des conséquences positives. Il est à noter que selon une étude interne au CHU, réalisée auprès des sous-groupes d'employés de l'USI du site A en 2001, soit quelques mois avant l'opérationnalisation de la fusion, 49% des pertes anticipées par les membres de l'USI/M (statut élevé) sont liées au sentiment d'appartenance à l'équipe actuelle (de spécialisation médicale), alors que les pertes anticipées liées au sentiment d'appartenance à l'équipe actuelle chez les employés de l'USI/C (statut très élevé) n'est que de 19% (Gagnon, 2001). Cette donnée tend à appuyer les résultats de Terry (2001). Puis, selon les résultats pré-fusion de la présente étude, c'est à la veille de l'implantation des changements organisationnels que cette tendance est inversée et le sous-groupe au statut le plus élevé se met à craindre les changements. Cette dynamique semble être plus prononcée lorsque les membres des deux sous-groupes font face à une stratégie consistant à harmoniser obligatoirement les pratiques de travail, ce qui augmente considérablement la probabilité de devoir modifier sa manière de travailler après la fusion. Le chapitre d'analyses transversales post-fusion à venir permettra de voir si les employés de l'ancienne USI/M seront réellement ceux qui manifesteront le plus d'ouverture vis-à-vis de la fusion. Ce chapitre permettra aussi au lecteur de mieux comprendre les stratégies mises en œuvre par les gestionnaires afin que chaque sous-groupe de professionnels puisse s'adapter aux changements organisationnels découlant de la fusion.

Contribution de la recherche : La présente recherche ajoute à la compréhension actuelle de l'effet du statut en période de fusion, en faisant une synthèse de la littérature existante sur le sujet. Précisément, les résultats observés peu de temps avant l'enclenchement des changements organisationnels les plus substantifs, semblent laisser entrevoir qu'une compréhension plus détaillée et réaliste des changements à venir chez les personnes puisse contribuer au basculement des perceptions de menaces identitaires entre le sous-groupe au statut élevé et celui au statut relativement plus faible. Autrement dit, la mise en œuvre imminente de la fusion semble amener la compréhension que des changements, aussi petits soient-ils, sont potentiellement inévitables pour toutes les personnes touchées par la fusion, et ce, sans égard au statut. Aussi, la stratégie annoncée qui consiste à standardiser les pratiques de travail dans l'unité fusionnée, laquelle doit entraîner des changements

identitaires pour les deux sous-groupes en présence, semble accentuer cette même prise de conscience et, en retour, contribuer à l'attrait de la fusion pour le sous-groupe au statut plus faible ainsi qu'à hausser les perceptions de menace identitaire pour celui au statut plus élevé.

L'énoncé théorique 4 : le rythme de la fusion et l'adaptation des personnes

Plus les changements liés à la fusion se produisent avec rapidité, et moins la préparation des sous-groupes pour faire face à ces changements est jugée pertinente, alors plus les perceptions de menace identitaire pré-fusion sont influencées à la hausse.

Ainsi, si les changements organisationnels et structurels se produisent plus lentement et que, de surcroît, les parties prenantes peuvent profiter d'une préparation jugée pertinente avant la fusion, alors leur adaptation est favorisée par l'émergence graduelle de nouvelles relations interpersonnelles, ainsi que par l'assimilation progressive des nouvelles connaissances et habiletés professionnelles. Un tel scénario, comme celui retrouvé chez les employés des deux spécialisations de l'USI du site B, tend à diminuer les perceptions de menaces identitaires avant la fusion.

Même si en règle générale l'énoncé s'applique à tous les sous-groupes de professionnels étudiés, les données de certains cas de fusion portent à croire que l'effet attribuable au rythme de la fusion est moins discriminant durant la période pré-fusion, qu'il ne pourrait l'être au cours de la période post-fusion. Par exemple, les employés orthopédiques du site B perçoivent la menace identitaire pré-fusion comme « moyennement élevée », malgré le fait que les changements qu'ils commencent à vivre se déroulent très rapidement, avec une préparation jugée tout au plus « moyennement adaptée ». Par opposition, les employés de la radio-oncologie du site B, perçoivent une menace identitaire « élevée » au cours de changements amorcés jugés plutôt « lents » et accompagnés d'une préparation jugée « moyennement adaptée ». Selon Ullrich et al. (2005), une intégration rapide des opérations de deux organisations ne seraient pas une « meilleure pratique » pour les personnes impliquées, et ce, car un tel rythme pourrait contrecarrer l'effet positif sur leur identification post-fusion de la continuité – réelle ou perçue – entre les périodes pré- et post-fusion.

Contribution de la recherche : Les résultats de la présente recherche corroborent ceux des auteurs Ullrich et al. (2005), selon lesquels l'implantation rapide des changements en

contexte de fusion pourrait s'avérer perturbante pour les personnes touchées par la fusion. Puis, les données de la présente recherche mettent au jour le fait que, tout comme l'aspect volontaire de la fusion et le statut d'un sous-groupe, le rythme de la fusion pourrait influencer les dynamiques identitaires en période de fusion.

L'énoncé théorique 5 : la taille du sous-groupe et la probabilité de conserver ses acquis

Plus la probabilité de changer sa façon de travailler est élevée, variable fortement influencée par le nombre de personnes dans le sous-groupe, et plus le sous-groupe tend à percevoir une menace identitaire élevée.

Tel que mentionné précédemment, le contenu identitaire et la force de l'identification d'un sous-groupe produit, avant une fusion opérationnelle, le souci de protéger ses acquis identitaires, ses sources de fiertés (ex. : l'exécution du travail). Selon les données de la présente étude, des perceptions de menace identitaire voient le jour chez un sous-groupe lorsque la fusion vient potentiellement modifier l'importance et/ou l'existence de ces mêmes caractéristiques identitaires d'origine. Or, il a été observé que le nombre de personnes faisant partie d'un sous-groupe influence la capacité de ce dernier à pérenniser son identité d'origine, par la possibilité de négocier la nouvelle réalité organisationnelle. Une plus grande représentativité et, donc, une plus faible probabilité de changer sa manière de travailler à la suite de la fusion, sont associées à des perceptions de menace identitaire pré-fusion d'une moindre importance.

Ce phénomène est particulièrement observé chez les employés des spécialisations orthopédique et radio-oncologique. Précisément, la représentativité majoritaire des sous-groupes d'employés basé au site A diminue substantiellement leur probabilité de devoir modifier leur manière unique de travailler à la suite de la fusion, ce qui contribue à leurs perceptions de menace identitaire pré-fusion d'une moindre importance. Minoritaires, les infirmières orthopédiques du site B, mais surtout les technologues de ce même site, perçoivent de plus fortes perceptions de menace identitaire, des perceptions allant même jusqu'à précipiter le départ de certains individus. Il est à noter que les perceptions de menace identitaire vécues par les sous-groupes minoritaires étudiés, se traduisent soit en roulement de personnel ou en insatisfactions relativement tacites, plutôt qu'en négociations soutenues avec les membres des sous-groupes majoritaires. Précisément, les membres des

sous-groupes minoritaires tendraient à manifester leur insatisfaction à l'intérieur de leur propre sous-groupe, et d'adopter une attitude inter-groupe plus neutre que les sous-groupes de taille égale (ex. : les membres des USI/M et USI/C des sites A et B).

Le nombre de personnes dans le groupe : Dans leur revue théorique et empirique de la littérature sur le sujet, Hewstone, Martin, Hammer-Hewston, Crisp et Voci (2001), ont analysé les relations inter-groupes en se penchant précisément sur la rencontre de deux groupes de tailles égales, ou de tailles légèrement à fortement inégales. Selon ces auteurs, les frontières inter-groupes tendraient à se cristalliser au fur et à mesure que le poids numérique des groupes en présence devient similaire. Pour expliquer cette tendance, Hewstone et al. (2001) avancent que le contact entre deux groupes de personnes peut devenir tendu, voire conflictuel, lorsque ces derniers sont dans une position légitime de se comparer sur la base de certains facteurs jugés répartis de manière inégale (e.g. les conditions de travail), et ce, sans que les inégalités en question puissent être expliquées par les rapports de nombre. Or, tant que les inégalités perçues par un sous-groupe de personnes sont d'abord attribuées à leur infériorité numérique, les personnes seraient moins enclines à faire valoir leur point de vue avec véhémence (Hewstone et al., 2001).

Contribution de la recherche : La présente étude réplique les résultats de Hewstone et al. (2001) selon lesquels des inégalités inter-groupes attribuées au rapport de nombre diminueraient l'occurrence de négociations énergiques quant à la nouvelle réalité organisationnelle. Cependant, la présente étude nuance la compréhension du lecteur en précisant que les membres d'un sous-groupe minoritaire percevant une inégalité ont tendance à faire valoir leur point de vue avec moins de véhémence à « l'autre » sous-groupe et qu'ils sont plus enclins à manifester leur insatisfactions aux membres de leur ancien sous-groupe, voire à quitter l'organisation à la suite de la fusion. Ce dernier phénomène mériterait d'être pris en compte par le gestionnaire responsable de la mise en œuvre des processus de fusion.

Retour sur le cadre conceptuel

En tentant de prédire les perceptions de menace identitaire pré-fusion d'un sous-groupe à partir de la rencontre de deux profils identitaires ou plus, le cadre conceptuel de la recherche a permis une analyse plus raffinée des processus en cours avant la fusion, en révélant notamment l'effet catalyseur de la désirabilité du changement organisationnel ainsi que de la probabilité de modifier sa manière de travailler après la fusion.

L'étude a permis de confirmer les propositions de recherche selon lesquelles les perceptions de menace identitaire chez les personnes sont accrues avant la fusion par la présence de contenus identitaires différents (proposition 1), la présence d'un nombre restreint de sources d'identification sujettes à être modifiées au cours de la fusion (proposition 2) ainsi que par une force d'identification élevée avant la fusion (proposition 3). Cependant, la puissance explicative du profil identitaire s'est avérée bonifiée par certaines nouvelles variables reliées à l'attrait que représente la fusion et à la probabilité de modifier sa manière de travailler, telles que : (1) la présence d'un choix pendant la fusion, (2) l'effet du statut sur l'attrait que représente la fusion, (3) le rythme avec lequel les changements organisationnels sont enclenchés, (4) ainsi que la taille des sous-groupes impliqués dans le processus de fusion.

En somme, il semble que les particularités du profil identitaire (différences identitaires, forte identification et faible nombre de sources d'identification), n'entraînent pas à tous coups une augmentation significative des perceptions de menace identitaire. D'autres facteurs, tels que l'attrait que représentent les changements découlant de la fusion et la probabilité de devoir changer sa manière de travailler à la suite de la fusion, peuvent exacerber ou contenir l'effet du profil identitaire. De façon particulièrement intéressante, la présence de différences identitaires ne serait pas toujours suffisante pour produire des perceptions de menace identitaire pré-fusion, puisque la probabilité de devoir changer sa manière de travailler et l'attrait que représentent les changements découlant de la fusion, constitueraient des facteurs parfois encore plus déterminant de la menace identitaire pré-fusion.

Ces observations ajoutent aux connaissances théoriques entourant les phénomènes identitaires en contexte de fusion organisationnelle, et proposent des pistes de comportements à adopter par le gestionnaire ayant à mettre en œuvre un tel processus d'intégration. Comme le mentionnent Riketta et Nienaber (2007), la notion de compatibilité

(«fit») entre deux unités organisationnelles est un phénomène d'importance affectant l'identification et la satisfaction au travail qui est encore trop peu étudié. En ce sens, la présente étude constitue un pas dans la bonne direction.

Chapitre IX

LES FACTEURS PENDANT LA FUSION QUI SOUS-TENDENT LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION À LA NOUVELLE UNITÉ OPÉRATIONNELLE

«The biggest job in getting any movement off the ground is to keep together the people who form it. This task requires more than a common aim: it demands a philosophy that wins and holds the peoples' allegiance. (Martin Luther King Junior, 1958) »

«People have to get to know each other and we have to put in place the best way to do things, not "this way" or "that way", but maybe a whole different way. (Entrevue 3, Assistante infirmière gestionnaire anciennement de l'USI/C) »

Reposant sur la même approche inductive, le présent chapitre consiste à présenter au lecteur les éléments du processus d'intégration en tant que tel ayant une influence sur le déroulement et les résultats de la fusion. Plus précisément, le chapitre sert à répondre à la deuxième question de recherche, soit « comment les interventions de gestion mises en place lors d'une micro-fusion influencent-elles le déroulement et les résultats de la fusion, en ce qui a trait au degré d'intégration identitaire post-fusion et au niveau de satisfaction des personnes ». Le chapitre réplique l'exercice de théorisation réalisé au chapitre précédent, afin d'expliquer les variables dépendantes post-fusion que sont : (1) le degré d'identification à la nouvelle unité, (2) la satisfaction post-fusion des personnes touchées par la fusion, (3) le taux de roulement de ces mêmes personnes ainsi que (4) le scénario retrouvé à la fin du processus d'intégration.

Les courants de causalité identifiés dans ce chapitre reposent sur des données provenant d'un grand nombre de témoignages, mais d'un petit nombre de cas d'unités fusionnées. Étant donné le caractère exploratoire de la recherche, ces courants sont évidemment à vérifier dans des travaux de recherche subséquents.

9.1 L'approche inductive sous-jacente aux analyses transversales post-fusion

Les données qualitatives et quantitatives des quatre cas de micro-fusion organisationnelle permettent d'abord d'isoler inductivement les processus qui agissent à titre de leviers et de freins à l'identification et à la satisfaction des personnes pendant la fusion. Ces leviers et ces freins sont regroupés sous la forme de cinq processus, soit le « **processus de socialisation** », le « **processus de standardisation** », le « **processus de légitimation** » (associé au leadership) et finalement le « **processus d'attrition** ». Les processus de socialisation renvoient aux moyens, planifiés ou non, par lesquels les parties prenantes à la fusion sont socialisées à leurs nouveaux collègues de travail. Les processus de standardisation renvoient aux interventions formelles, à la fois symboliques et de médiation, qui visent soit l'harmonisation des identités ou des pratiques ou, encore, le maintien des différences. Ce type de courant de causalité a pour particularité de produire des effets empreints de dualité, puisque paradoxalement l'harmonisation des pratiques et des symboles a tendance à créer une rupture avec les pratiques et les symboles souhaités par les sous-groupes, ce qui engendre une réduction dans l'immédiat de l'identification des personnes à la nouvelle unité. Les processus de légitimation, associées au leadership, tiennent compte des facteurs qui contribuent à la confiance manifestée par les personnes envers les leaders de la nouvelle unité. Finalement, les processus d'attrition tiennent compte du roulement de personnes dans l'unité en tant que variable reliée à la taille du groupe et, donc, au nombre de personnes associées à une identité groupale. Le chapitre tente d'expliquer les variables dépendantes post-fusion que sont le degré d'identification à la nouvelle unité, la satisfaction post-fusion, le taux de roulement des personnes et le scénario de la fin (ex. : cohabitation identitaire).

Tout comme dans le chapitre précédent, ces processus sont décomposés en courants de causalité, se penchant attentivement sur les interventions de gestion qui influencent le déroulement et les résultats de la micro-fusion. Précisément, les courants de causalité traitent d'abord des **variables indépendantes**, mises au jour dans les études de cas, qui agissent comme point de départ aux explications causales. Ces variables indépendantes

renvoient aux perceptions de menace identitaire pré-fusion, au degré d'harmonisation du travail souhaité par les dirigeants, à la taille du sous-groupe touché par la fusion, à la forme et à la dimension de l'environnement physique, ainsi qu'à la mobilité professionnelle des personnes touchées par la fusion. Puis, sont présentées les **variables indépendantes** qui se manifestent pendant la fusion, comme la formation permettant le développement professionnel des personnes (20), ainsi que les **variables dépendantes**. Lorsque possible, les effets d'interaction entre ces variables, ainsi que les influences mutuelles, sont mis au jour.

9.2 Le diagramme causal

Les variables du diagramme causal sont les mêmes d'un sous-groupe de professionnels à l'autre. En fonction des données qualitatives et quantitatives du projet de recherche, seules la valeur et l'influence des variables indépendantes et dépendantes varient entre les sous-groupes (ex. : influence faible, moyenne ou élevée). Pour un rappel, le lecteur est invité à reconsulter le diagramme causal complet présenté à la figure 8.1. De ce diagramme de causalité, seuls les courants de causalité rattachés au quatre processus post-fusion sont expliqués dans la présente section. Le chercheur explique ci-dessous la logique globale des courants de causalité, et montrera leur application aux quatre cas dans les sections suivantes.

9.3 Les courants de causalité post-fusion et les variables associées

L'analyse des cas a permis d'identifier trois courants de causalité rattachés au processus de **socialisation** permettant d'expliquer le déroulement et les résultats de la fusion. Ces courants (représentés par les lignes 15-14-13/18-19-26/27-31, 15-20-27-31 ainsi que 25-26-31 dans la figure 8.1 du chapitre précédent) reposent sur les interventions de gestion et les variables contextuelles, dont certaines ont été identifiées dans le cadre conceptuel d'origine (voir le chapitre 2). Effectivement, le chercheur observe que la fréquence des interactions, le développement social et professionnel ainsi que les événements catalyseurs semblent

influencer le déroulement et les résultats de la fusion. Le tableau 9.1 suivant présente le nom de chaque variable indépendante associée au processus de socialisation, spécifie le courant de causalité auquel cette dernière se rattache, puis spécifie la définition de la variable en question.

Pour résumer la logique derrière les courants de causalité associés à la socialisation des professionnels de la santé, il a été observé que les interventions favorisant les interactions sociales ont tendance à favoriser la confiance interpersonnelle et, ultimement, l'identification des personnes à la nouvelle unité ainsi que leur satisfaction post-fusion (courant 15-14-13/18-19-26/27-31 « **Fréquence des interactions** »). Puis, la formation offerte aux personnes leur permet de se développer sur le plan social et professionnel, ce qui influence de manière similaire les variables dépendantes du diagramme causal (courant 15-20-27-31 « **Développement social et professionnel** »). Enfin, l'occurrence d'événements servant de catalyseur aux nombres d'échanges interpersonnels augmente substantiellement le niveau de confiance interpersonnelle dans l'unité fusionnée, entraînant le même effet sur les variables dépendantes (courant 25-26-31, « **Événements catalyseurs** »). Dans les sections qui suivent, le chercheur montrera en détails comment ces courants de causalité se manifestent dans chaque cas précis.

Tableau 9.1 Les variables indépendantes comprises dans le processus de socialisation

Processus de socialisation		
Numéro de variable	Nom de variable (Courants de causalité)	Définition
13.	Environnement favorisant les interactions (Fréquence des interactions)	Renvoie à la grandeur et à la forme de l'unité de travail, et à sa propensité à favoriser les échanges interpersonnels de nature sociale et professionnelle
14.	Interventions d'interactions (Fréquence des interactions)	Les interventions de gestion qui favorisent les interactions interpersonnelles de nature sociale et professionnelle
15.	Degré d'harmonisation (ou de maintient) visé (Fréquence des interactions; Développement social et professionnel; Nouvelle symbolique; Remplacements symboliques; Intervention de médiation)	Degré de ressemblance souhaité par les dirigeants de l'unité, et ce, en matière des pratiques de travail entre les sous-groupes en présence
18.	Mobilité découlant du rôle professionnel (Fréquence des interactions)	Le fait que le rôle professionnel amène une personne à se déplacer dans son environnement de travail, voire à l'extérieur de ce dernier, afin d'interagir socialement et professionnellement

Processus de socialisation		
		avec autrui
19.	Fréquence des interactions (Fréquence des interactions)	Le nombre de rapports sociaux et professionnels qu'entretient une personne avec les autres membres de l'unité fusionnée
20.	Formation permettant le développement professionnel (Développement social et professionnel)	Formation qui représente un moyen efficace d'apprendre de nouvelles connaissances et habiletés
25.	Événements catalyseurs (Événements catalyseurs)	Événement social ou professionnel non planifié (pas une intervention de gestion), qui favorise les rapprochements sociaux et professionnels entre les membres de l'unité fusionnée
26.	Confiance envers autre sous-groupe (Fréquence des interactions et Événements catalyseurs)	Confiance post-fusion manifestée par les membres d'un sous-groupe envers ceux faisant partie d'un autre sous-groupe avant la fusion
27.	Développement social et professionnel (Fréquence des interactions et Développement social et professionnel)	État de cohésion inter-groupe et/ou d'habiletés accrues dans l'unité fusionnée

Les courants de causalité servent à expliquer les variables dépendantes post-fusion présentées dans le tableau 9.2 ci-dessous.

Tableau 9.2 Les variables dépendantes de la phase post-fusion

Variables dépendantes		
Numéro de variable	Nom de variable	Définition
31.	Degré d'identification à la nouvelle unité	Lien plus ou moins fort à l'unité fusionnée
33.	Scénario de la fin	Résultat de la fusion sur le plan identitaire, soit l'absorption identitaire, la cohabitation identitaire ou, encore, la création d'une nouvelle identité
34.	Satisfaction post-fusion	L'évaluation de la fusion par les personnes touchées par cette dernière, et ce, en tant que source de statu quo ou de changements

Le chercheur a également identifié trois courants de causalité rattachés au processus de **standardisation**, lesquels sont représentés par les lignes 15-21-31, 15-22-28-31 et 15-23/16-28-31 (voir la figure 8.1). Il a été observé que les aspects symboliques (nouveaux et anciens) ainsi que les interventions de médiation expliquent l'identification des personnes à la nouvelle unité, ainsi que leur satisfaction post-fusion, entre autres en modifiant ou en

pérennisant les pratiques professionnelles et les symboles souhaités par ces personnes. Le tableau 9.3 ci-dessous présente chaque variable rattachée au processus de standardisation.

Plus précisément, le chercheur a observé que les interventions visant à instaurer de nouveaux symboles pendant la fusion auraient tendance à influencer la valeur des variables dépendantes (courant 15-21-31 « **Nouvelle symbolique** »). De manière particulièrement intéressante, les remplacements symboliques (courant 15-22-28-31 « **Remplacements symboliques** ») et les interventions de médiation (courant 15-23/16-28-31 « **Interventions de médiation** ») peuvent produire des effets paradoxaux sur les variables dépendantes, selon que les personnes perçoivent que ces interventions de gestion leur permettent de pérenniser leurs anciennes façons de faire ou non. Les prochaines sections démontreront en détails comment ces courants de causalité se manifestent dans chaque cas précis.

Tableau 9.3 Les variables indépendantes comprises dans le processus de standardisation

Processus de standardisation		
Numéro de variable	Nom de variable (Courants de causalité)	Définition
16.	Possibilité d'influencer les décisions (Interventions de médiation)	Capacité d'un sous-groupe à faire pencher une décision en sa faveur, laquelle capacité est principalement influencée par le nombre de personnes dans le sous-groupe et le statut de ce dernier
21.	Nouveaux symboles (Nouvelle symbolique)	Introduction de nouveaux symboles au sein de l'unité fusionnée ayant des propriétés rassembleuses pour ses membres
22.	Remplacement symbolique visant l'harmonisation (Remplacements symboliques)	Introduction de nouveaux symboles au sein de l'unité fusionnée, combinée au retrait d'anciens symboles ayant des propriétés rassembleuses pour les membres des différents sous-groupes
23.	Interventions de médiation visant l'harmonisation (Interventions de médiation)	Intervention de gestion visant à imposer aux membres de l'unité fusionnée une seule façon de travailler
28.	Conformité des pratiques/symboles avec les souhaits du groupe (Remplacements symboliques; Confiance en le leader)	Statut quo professionnel ou symbolique pour les membres d'un des sous-groupes en présence, lequel leur confère une zone stabilité pendant la fusion

Puis, un seul courant de causalité intitulé « **Confiance en le leader** » est rattaché au processus de **légitimation**, représenté par la ligne 11/16/28/17/24/30-29-31 (voir la figure 8.1). Le chercheur a observé que le leadership participatif module la possibilité d'influencer les décisions prises dans l'unité fusionnée, ce qui influence la confiance envers le leadership et les variables dépendantes de la recherche. Aussi, le style de leadership en place dans l'unité fusionnée, les comportements d'accueil adoptés par les leaders, la provenance de ces derniers, ainsi que l'aspect collectif du leadership expliquent les variables dépendantes de la recherche, entre autres en modulant le niveau de confiance manifesté par les personnes envers les leaders. Le tableau 9.4 ci-dessous présente chaque variable rattachée au processus de légitimation. Les prochaines sections montreront en détails comment ces courants de causalité se manifestent dans chaque cas précis.

Tableau 9.4 Les variables indépendantes comprises dans le processus de légitimation

Processus de légitimation (lié au leadership)		
Numéro de variable	Nom de variable (Courants de causalité)	Définition
11.	Leadership participatif (Confiance en le leader)	Leadership caractérisé par la possibilité donné aux employés et les professionnels de participer au processus décisionnel
16.	Possibilité d'influencer les décisions (Confiance en le leader)	Capacité d'un sous-groupe à faire pencher une décision en sa faveur, laquelle capacité est principalement influencée par le nombre de personnes dans le sous-groupe et le statut de ce dernier
17.	Comportement d'accueil du leader dans la nouvelle unité (Confiance en le leader)	Comportements d'ouverture et d'accueil manifestés par le gestionnaire envers les membres d'un sous-groupe nouvellement arrivé dans l'unité fusionnée
24.	Provenance du leader (Confiance en le leader)	La spécialité (ex. : médicale) ou le site duquel provient le gestionnaire de l'unité fusionnée
28.	Conformité des pratiques/symboles avec les souhaits du groupe (Remplacements symboliques; Confiance en le leader)	Statut quo professionnel ou symbolique pour les membres d'un des sous-groupes en présence, lequel lui confère une zone stabilité pendant la fusion
29.	Confiance en le leadership (Confiance en le leader)	Confiance manifestée par les employés et les professionnels envers le gestionnaire de l'unité fusionnée
30.	Leadership unifié et cohérent (collectif) (Confiance en le leader)	Leadership formé de diverses constellations d'acteurs, jouant des rôles distincts mais interdépendants.

Finalement, un seul courant de causalité intitulé « Roulement de personnel » est rattaché au processus d'attrition, représenté par la ligne 12-31-32-9-8-12 (dans la figure 8.1). Il a été observé que les perceptions de menace identitaire pré- mais aussi post-fusion chez les personnes, contribuent à diminuer leur degré d'identification à la nouvelle unité, ce qui entraîne le départ des individus les moins identifiés à l'unité. En retour, ces départs diminuent le nombre de personnes demeurant à l'intérieur d'un sous-groupe, avec pour conséquence de diminuer le pouvoir d'influence des personnes restant et d'augmenter leur probabilité de devoir changer leurs façons de faire au cours de la fusion. Prenant en compte le temps qui s'écoule, et donc, l'évolution des autres processus à l'étude, ce courant de causalité circulaire explique une part des fluctuations retrouvées chez les personnes au chapitre de la menace identitaire perçue et du niveau d'identification à la nouvelle unité. Le tableau 9.5 ci-dessous présente chaque variable rattachée au processus d'attrition. Les prochaines sections montreront en détails comment ces courants de causalité se manifestent dans chaque cas précis.

Tableau 9.5 Les variables indépendantes comprises dans le processus d'attrition

Processus d'attrition		
Numéro de variable	Nom de variable (courant de causalité)	Définition
8.	Probabilité de devoir changer (Roulement de personnel)	Probabilité de changer sa manière de travailler à laquelle fait face un sous-groupe de personnes, laquelle probabilité est principalement influencée par le nombre de personnes dans le sous-groupe et le statut de ce dernier
9.	Taille du groupe (Roulement de personnel)	Nombre de personnes que compte un sous-groupe impliqué dans la fusion
12.	Perception de menace identitaire pré-fusion	Toutes pensées, tous sentiments ou toutes expériences vécues qui remettent en question l'identité sociale, professionnelle et/ou organisationnelle d'une personne
32.	Roulement des personnes les moins identifiées (Roulement de personnel)	Départ du CHU des membres des sous-groupes les moins identifiés à la nouvelle unité fusionnée

Il importe de rappeler au lecteur que la valeur des variables indépendantes et dépendantes post-fusion, varie d'un sous-groupe de professionnels à l'autre (i.e faible, moyenne ou élevée). Cette influence de chaque variable est obtenue en fonction des données qualitatives et quantitatives du projet de recherche. Les sections suivantes présentent l'analyse des

quatre cas étudiés, en reprenant le modèle de causalité global pour chacun des sous-groupes considérés.

9.4 Le cas de l'USI du site A : un résumé des courants de causalité

À la base, les dirigeants de l'USI souhaitent implanter rapidement un degré élevé d'harmonisation en matière de pratiques de travail chez les employés et chez les intensivistes des deux spécialités. Pour y arriver, ils mettent sur pied quelques interventions dites sociales afin de rapprocher les membres des deux sous-groupes en présence, ainsi que de la formation pour favoriser l'émergence de la polyvalence professionnelle. Aussi, les gestionnaires font appel à différentes interventions servant de levier de rapprochement symbolique, telles que la remise d'un prix architectural aux membres de l'USI et l'implantation de nouvelles appellations pour désigner les clientèles de l'unité.

L'infirmière gestionnaire, secondée de trois assistantes, ainsi que le Directeur de l'USI proviennent tous deux de la spécialisation médicale. Tel que décrit au chapitre quatre, ce cas de fusion est caractérisé par la présence de leadership collectif favorisant la mise en oeuvre des changements organisationnels.

Au final, les employés de la spécialisation médicale vivent moins de perceptions de menace identitaire que leurs nouveaux collègues « chirurgicaux ». Ces derniers réagissent à la fusion par des comportements visant à pérenniser leur ancienne façon de faire. Aussi, la grande taille et l'aspect linéaire de l'unité fusionnée tend à isoler socialement et professionnellement les employés des deux spécialités. Pour leur part, bénéficiant d'un plus grand nombre de sources d'identification ainsi que d'une mobilité professionnelle supérieure à celle des employés, les intensivistes sont plus à l'aise vis-à-vis du modèle de polyvalence professionnelle.

Les valeurs de certaines variables (variables de départ, indépendantes et dépendantes) servant de balises aux processus post-fusion à l'étude sont présentées dans le tableau 9.6 ci-dessous. Puis, les sections suivantes introduisent les autres variables indépendantes provenant du modèle de causalité, afin d'offrir différentes explications quant aux différences

retrouvées entre les sous-groupes de personnes en matière d'identification à la nouvelle unité et de satisfaction post-fusion (variables dépendantes). Ces analyses transversales débutent par le sous-groupe affichant le plus faible taux d'identification à la nouvelle unité fusionnée, soit les employés de la spécialisation chirurgicale (voir la figure 9.1).

Tableau 9.6 Les valeurs des variables post-fusion des sous-groupes de l'USI du site A

Les variables	Les employés de l'USI/C	Les employés de l'USI/M	Les intensivistes (USI/C et USI/M)
12. Perceptions de menace identitaire pré-fusion (variable de départ)	Élevées (tableau 4.8)	Moyennement élevées (tableau 4.8)	Moyennement élevées (tableau 4.8)
15. Degré d'harmonisation souhaité (variable de départ)	Élevé	Élevé	Élevé
9. Taille du groupe (variable de départ)	Élevée (de taille égale au sous-groupe médical)	Élevée (de taille égale au sous-groupe chirurgical)	Élevée (les deux sous-groupes d'intensivistes sont de taille égale)
13. Environnement favorisant les interactions (variable de départ)	Faible	Faible	Faible
18. Mobilité professionnelle (variable de départ)	Faible	Faible	Élevée
26. Confiance envers autre sous-groupe (variable indépendante)(voir données qualitatives du chapitre 4)	Faible	Moyennement élevée	Moyennement élevée
29. Confiance en le leadership (variable indépendante) (voir données qualitatives du chapitre 4)	Faible	Élevée	Élevée
32. Roulement de personnes (variable dépendante)	Élevé	Élevé	Faible
31. Degré d'identification à la nouvelle unité (variable dépendante)	Moyennement élevé (tableau 4.8)	Élevé (tableau 4.8)	Élevé (tableau 4.8)
34. Satisfaction post-fusion (variable dépendante)	Moyennement élevée (tableau 4.8)	Élevée (tableau 4.8)	Élevée (tableau 4.8)
33. Scénario de la fin (variable dépendante)	Cohabitation (intégration faible – voir le tableau 4.8)	Cohabitation (intégration faible - voir le tableau 4.8)	Cohabitation (intégration faible - voir le tableau 4.8)

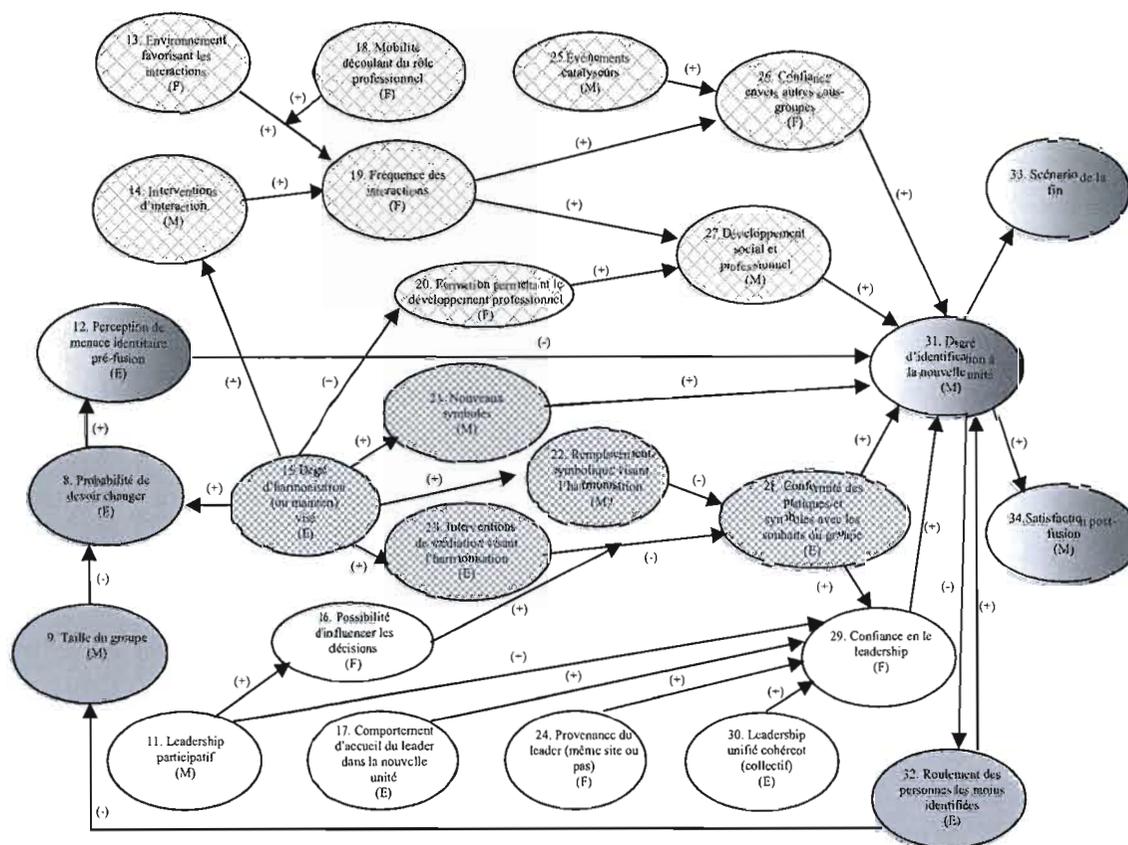


Figure 9.1

Les courants de causalité des variables post-fusion dans l'USI du site A (valeurs tirées de la perspective des employés de la spécialisation chirurgicale)

9.4.1 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé moyennement élevé)

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Le courant « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) : Les dirigeants de la nouvelle USI fusionnée visent à instaurer une polyvalence professionnelle élevée dans un court laps de temps chez les employés des deux spécialisations (15). Dans cette optique, des interventions visant à promouvoir les interactions dans l'unité sont mises en œuvre, telles que des rencontres d'information regroupant tous les membres de la nouvelle équipe agrandie, ainsi qu'une série de fêtes et d'événements informels ayant pour but de favoriser

l'émergence de liens sociaux (14). Cependant, contrairement à l'ancienne USI/C qui était une plus petite unité à l'intérieur de laquelle l'accessibilité à ses collègues pouvait être atteinte par une intervention vocale ou un court déplacement, la nouvelle USI généraux est physiquement hébergée à l'intérieur d'un grand espace longitudinal. En plus de devoir parcourir une grande distance pour passer du côté Est au côté Ouest, les employés s'occupent la majeure partie de leur temps de patients postés à l'intérieur d'une chambre fermée partiellement vitrée (le POD) (13). De plus, les employés, et plus précisément les infirmières, sont peu appelés à se promener dans l'unité au cours d'une journée (18). Les employés de la spécialisation chirurgicale sont ainsi confrontés à une rareté d'interactions sociales et professionnelles spontanées, tant avec leurs anciens que leurs nouveaux collègues (19). C'est entre autres pour cette raison que les employés chirurgicaux mentionnent que leurs attentes sur le plan du développement social et professionnel sont seulement moyennement comblées par la fusion (27), et que l'émergence de liens de confiance avec les membres du sous-groupe médical se fait plus lentement, entre autres parce que freinée par des perceptions de menace identitaire (26). Ce courant de causalité contribue ainsi à ralentir l'émergence de l'identification des employés de la spécialisation chirurgicale à la nouvelle unité (31).

Un frein à l'impact du courant de causalité : La forme et la taille du nouvel aménagement physique amenuisent l'effet positif des interventions de socialisation. Plus précisément, l'aménagement physique de l'unité favorise peu les interactions sociales spontanées entre les employés des deux spécialisations, et ce, avant et après l'occurrence des interventions planifiées de socialisation. Cette situation fait en sorte de produire une certaine discontinuité dans les rapports sociaux et, vu l'émergence plus lente de liens de confiance inter-groupe, des frictions occasionnelles lors de certaines interactions spontanées entre les représentants de ces deux spécialisations.

Le courant «**Développement social et professionnel**» (15-20-27-31) : La stratégie d'accroître rapidement et en profondeur la polyvalence professionnelle des employés de l'unité fusionnée (15) engendre aussi de la formation offerte aux employés chirurgicaux, mais celle-ci n'est jugée que faiblement adaptée au développement professionnel requis pour devenir polyvalent professionnellement (20). Plus précisément, la formation reçue est

jugée trop théorique et ne contribue donc que faiblement aux besoins en développement social et professionnel de ce sous-groupe d'employés (27). Ainsi, ce courant de causalité contribue à nouveau à ralentir le processus d'identification des employés chirurgicaux à la nouvelle unité (31).

Le courant «**Événements catalyseurs**» (25-26-31) : L'occurrence moyennement élevée d'interventions auprès de patients dont l'état de santé se retrouve soudainement critique, lesquelles interventions nécessitent une collaboration impromptue entre des employés des deux spécialisations de l'USI (25), contribuent tranquillement à l'émergence de la confiance manifestée par les employés de la spécialisation chirurgicale envers les employés médicaux (26). Ainsi, parmi les trois courants de causalité reliés au processus de socialisation, ce courant est celui qui agit le plus rapidement sur le processus d'identification à la nouvelle unité chez les employés chirurgicaux, et ce, même si son effet est relativement circonscrit à certaines dyades d'employés provenant de deux spécialisations (31).

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant «**Nouvelle symbolique**» (15-21-31) : La mise en œuvre de la fusion (15) donne lieu à la soumission du projet de fusion par les gestionnaires de l'unité à un concours visant à récompenser un projet dans l'hôpital (21). Le prix remporté par les employés de l'USI généraux pour souligner l'excellence de leur travail, et le volet architectural de la fusion, obtient un succès jugé moyennement élevé par les employés de l'USI/C comme effet de levier symbolique (21); la rareté de ce type d'événement fait en sorte que ce courant d'explication causale contribue seulement modérément à l'identification des employés chirurgicaux à la nouvelle unité (31).

Le courant «**Remplacements symboliques**» (15-22-28-31) : La stratégie visant à instaurer la polyvalence professionnelle auprès de tous les employés (15) engendre aussi l'attribution d'un nouveau code de couleur pour représenter les deux clientèles de patients de l'USI fusionnée (le vert désigne la clientèle chirurgicale et le bleu réfère à celle médicale) (22). Ce code de couleur permettant de regrouper les professionnels de la santé dans l'USI en fonction du type de patients à traiter, vise à substituer les anciennes appellations – médicale

et chirurgicale – par de nouveaux référents dans le discours des personnes. Ce remplacement symbolique doit ainsi, il est souhaité, diminuer le nombre d'éléments dans le discours qui alimentent l'historique de différenciation identitaire (« médical vs. chirurgical »). Or, dans les faits, le nouveau code de couleur rappelle paradoxalement les anciennes identités aux employés chirurgicaux et, ainsi, tend à pérenniser la distinction, voire la distance symbolique, avec le sous-groupe médical (28). Donc, ce remplacement symbolique est conforme aux pratiques et aux symboles souhaités par les employés chirurgicaux, lesquels souhaitent demeurer un sous-groupe distinct à travers la fusion et, ainsi, contribue à l'émergence de leur identification à la nouvelle unité (31).

Le courant « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) : L'harmonisation professionnelle recherchée (15) pousse également les gestionnaires à mettre sur pied des interventions de médiation (23). Puisque les dirigeants de l'unité adoptent un style de leadership jugé modérément participatif, les employés chirurgicaux peuvent prendre une part active dans certains processus décisionnels de la fusion (16). Ainsi, les employés chirurgicaux font activement valoir leur point de vue lors de certains groupes de discussions visant à standardiser les pratiques, de manière à pérenniser leur identité d'origine. Les discussions avec les employés de la spécialisation médicale s'en trouvent considérablement allongées et, au final, elles ne produisent qu'un petit nombre de décisions. De plus, le report dans le temps de certaines décisions liées à la standardisation des pratiques encourage la cohabitation des pratiques retrouvées dans l'USI fusionnée, et fait en sorte de ne pas créer de « gagnants » et de « perdants » entre les employés des deux spécialisations. En protégeant involontairement les anciennes façons de travailler, les gestionnaires de l'unité agissent, du moins temporairement, en conformité avec les pratiques et les symboles souhaités par les employés chirurgicaux (28), ce qui favorise leur identification à la nouvelle USI fusionnée (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Le style de leadership jugé modérément participatif des gestionnaires (11), donne la possibilité aux employés chirurgicaux d'influencer certaines décisions pendant la fusion (16). Ce style de gestion

allonge les discussions avec les employés « médicaux » et produit un plus petit nombre de décisions. Cette situation tend à nouveau à pérenniser les pratiques professionnelles ainsi que les symboles du sous-groupe chirurgical (28), ce qui favorise la confiance qu'ils manifestent envers le leadership de l'unité (29). Puis, les gestionnaires mettent en branle des activités visant spécifiquement à accueillir les employés chirurgicaux dans l'unité peu de temps après la fusion (17), mais le fait que les nouveaux dirigeants de l'USI proviennent de la spécialisation médicale (24), contribue à diminuer significativement la confiance des employés chirurgicaux envers ce nouveau leadership (29).

Il est à noter que le leadership du Directeur et de l'infirmière gestionnaire est unifié et cohérent (30), ce qui contribue à la confiance manifestée par les employés chirurgicaux envers les leaders de l'unité (29). Globalement, et ce principalement à cause de la provenance des nouveaux leaders de l'USI, la confiance que les employés chirurgicaux manifestent envers les leaders de l'unité est relativement faible, ce qui ralentit leur identification à la nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12) : Principalement à cause des perceptions élevées de menace identitaire (12) et d'un degré moyennement élevé d'identification à la nouvelle unité (31), un fort taux de roulement est retrouvé chez les employés chirurgicaux les moins identifiés à l'USI généraux (32). Cette réalité diminue la taille relative du sous-groupe chirurgical dans l'USI généraux (9). En retour, ces départs augmentent la probabilité de devoir changer de manière de travailler des employés chirurgicaux ayant choisi de demeurer dans l'USI généraux (8). Ainsi, le roulement de personnel renforce les perceptions de menace identitaire chez les employés chirurgicaux insatisfaits de leur sort, mais ayant décidé de demeurer dans la nouvelle unité (12), ce qui tend à ralentir leur identification à l'USI généraux (31).

La dualité de l'impact du courant de causalité : Ces mêmes départs de personnes particulièrement insatisfaites de leur sort (32) rehaussent le degré collectif d'identification à l'USI généraux retrouvé au sein du sous-groupe chirurgical (31). Qui plus est, ces

nombreux départs engendrent l'embauche de personnes plus neutres et en voie d'adopter les caractéristiques du nouveau profil identitaire (e.g. la polyvalence professionnelle), diminuant ainsi l'importance des identités d'origine dans la nouvelle USI généraux. Donc, ce contexte de roulement de personnel peut contribuer à favoriser l'harmonisation des pratiques au sein de l'USI généraux. Étant donné que l'USI généraux est témoin du départ de plusieurs personnes insatisfaites, il est probable que l'effet principal du roulement de personnel soit de rehausser l'identification du sous-groupe chirurgical à la nouvelle unité.

La conclusion des employés chirurgicaux de l'USI du site A : Malgré la présence d'interventions visant à promouvoir la socialisation entre les employés des deux spécialisations, la taille et la forme de l'environnement physique additionnées à la faible mobilité professionnelle des employés chirurgicaux dans l'USI fusionnée, restreignent l'effet de ces interventions de gestion sur leur identification à l'USI généraux. Puis, les interventions de formalisation, visant à harmoniser les manières de travailler, produisent un effet différent de celui initialement escompté par les gestionnaires, nommément celui de préserver la distinction entre les spécialisations médicale et chirurgicale, du moins initialement. Puis, le processus par lequel est légitimé le nouveau leadership de l'unité met au jour l'importance tant de la possibilité détenue par les employés d'influencer les décisions, que de la provenance des leaders de l'unité, et ce, sur la confiance témoignée envers le leadership. Aussi, ce sous-groupe d'employés affiche une identification moyennement élevée à la nouvelle unité (31) et une satisfaction post-fusion également moyennement élevée, quoique ce niveau de satisfaction soit le plus faible parmi les 14 sous-groupes de professionnels étudiés à travers les quatre cas de fusion – voir la discussion du chapitre quatre (34). Ces résultats tendent à appuyer les résultats de Terry (2001), selon lesquels le sous-groupe de personnes possédant le statut le plus élevé avant la fusion tend à manifester moins d'ouverture face aux changements organisationnels après l'enclenchement de ces derniers.

9.4.2 Les employés de la spécialisation médicale de l'USI du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

La situation des employés de la spécialisation médicale ressemble en plusieurs points à celle des employés de la spécialisation chirurgicale. Les deux sous-groupes font face à un même faible niveau de « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31), à un nombre semblable « **d'Événements catalyseurs** » (25-26-31), à un effet modérément significatif relié à l'implantation d'une « **Nouvelle symbolique** » dans l'unité (15-21-31) et à un effet paradoxal s'apparentant au statut quo découlant des « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) et des « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31), permettant aux deux sous-groupes d'employés d'influencer les décisions dans le but de protéger leur ancienne manière de travailler. Finalement, des effets très semblables sont observés entre les employés médicaux et chirurgicaux au chapitre du « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8). Ces courants de causalité influencent de manière très comparable à la fois le processus d'identification à la nouvelle unité et le niveau de satisfaction par rapport à la fusion.

LE PROCESSUS DE SOCIALIZATION

C'est au chapitre du « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31) que les premières distinctions sont remarquées entre les employés des deux spécialisations. Contrairement à la situation retrouvée chez les employés chirurgicaux, la stratégie d'accroître rapidement la polyvalence professionnelle chez les employés dans l'unité (15), entraîne de la formation dédiée aux employés médicaux, laquelle est jugée particulièrement adaptée à leur développement professionnel (20). Il est à noter que cette formation pratique répond davantage à l'objectif de développement professionnel que de socialisation avec les employés chirurgicaux (27). Ce courant de causalité contribue néanmoins à accroître substantiellement l'identification des employés médicaux à l'USI généraux (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Puis, il existe des différences significatives entre les deux sous-groupes d'employés au chapitre de la « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31). Le style de gestion jugé modérément participatif des dirigeants de l'USI généraux (11) augmente la possibilité des employés médicaux d'influencer les décisions en leur faveur (16) et de pérenniser leurs pratiques professionnelles et leurs symboles (28), ce qui favorise la confiance qu'ils

manifestent envers le nouveau leadership de l'unité (29). En plus des comportements d'accueil manifestés par les gestionnaires envers les employés (17), la provenance de la spécialisation médicale de l'infirmière gestionnaire et du Directeur (24), qui augmente significativement la confiance que manifestent les employés médicaux vis-à-vis du nouveau leadership en place (29).

Puis, le leadership unifié et cohérent dans l'USI fusionnée (30) contribue également à l'émergence de la confiance manifestée par les employés médicaux envers les leaders de l'unité (29). Dans l'ensemble, la confiance que les employés médicaux témoignent envers les leaders de l'unité est élevée, ce qui stimule leur identification à la nouvelle unité (31). Il est à noter que la confiance qu'ils manifestent envers les leaders de l'USI est supérieure à celle manifestée par les employés chirurgicaux (confiance faible).

La conclusion des employés médicaux de l'USI du site A : L'analyse de ce deuxième sous-groupe confirme l'effet de l'environnement physique et de la mobilité professionnelle sur la fréquence des interactions. Cependant, ce sont principalement les deux courants « Développement social et professionnel » et « Confiance en le leader » qui différencient les sous-groupes médical et chirurgical, en faisant en sorte que le premier sous-groupe s'identifie davantage que le second à la nouvelle unité après la fusion.

De fait, ce même sous-groupe d'employés médicaux affiche une identification élevée à la nouvelle unité (31) et une satisfaction post-fusion élevée (34). À nouveau, ces résultats tendent à appuyer les résultats de Terry (2001), selon lesquels le sous-groupe de personnes possédant le statut le moins élevé avant la fusion tend à manifester plus d'ouverture face aux changements organisationnels après l'enclenchement de cette dernière. Tel que décrit dans la discussion du chapitre 4, il importe de souligner que le taux de satisfaction de ces employés médicaux, selon une question quantitative posée à l'entrevue, est significativement plus élevé que celui retrouvé chez leurs vis-à-vis chirurgicaux, mais n'est que le neuvième plus élevé parmi les 14 sous-groupes étudiés par la présente recherche.

9.4.3 Les membres du corps médical de l'USI du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

Étant donné que moins de différences existent entre les courants de causalité expliquant la réalité post-fusion des intensivistes médicaux et ceux expliquant la réalité de leurs collègues chirurgiens, ces deux sous-groupes sont présentés ensemble dans le texte suivant.

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Le courant « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) : Les intensivistes de deux spécialisations font face à moins de pression pour devenir polyvalents sur le plan professionnel que le groupe constitué des employés (15), mais les quelques interventions managériales visant à promouvoir les interactions au sein du corps médical obtiennent un succès jugé élevé (14). Précisément, les événements sociaux mis sur pied peu de temps après l'ouverture de l'USI généraux sont appréciés, tout comme les échanges informels entre les intensivistes des deux spécialisations. De plus, les groupes mixtes d'enseignement pour les résidents des deux spécialisations créent de multiples interactions. Étant donné que les intensivistes sont plus mobiles sur le plan professionnel et, donc, sont plus fréquemment appelés à se promener à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité au cours d'une même journée (18), ces derniers font face à une abondance d'interactions sociales et professionnelles (19), et ce, malgré le vaste environnement linéaire que représente la nouvelle USI (13). Ainsi, leurs interactions sont en nombre suffisant pour maintenir ou favoriser tant leur développement social et professionnel (27) que l'émergence moyennement élevée de liens de confiance entre les intensivistes médicaux et chirurgicaux, et ce, malgré la présence de perceptions de menace identitaire moyennement chez les intensivistes des deux sous-groupes (26). Ce courant contribue donc significativement à l'identification des intensivistes médicaux et chirurgicaux à l'USI généraux (31).

Puisque les dirigeants de l'unité exigent une émergence moins rapide de la polyvalence professionnelle chez les intensivistes, l'importance du développement social et professionnel pour les membres du corps médical est moindre. Par conséquent, aucun événement n'est recensé par la présente recherche en ce qui a trait au courant « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31). De plus, aucun événement n'est recensé au chapitre des « **Événements catalyseurs** » (25-26-31) entre les sous-groupes

d'intensivistes. (15). Dans les deux cas, l'effet attribuable au courant de causalité est négligeable.

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Chez les intensivistes, le processus de standardisation n'affecte pas beaucoup le niveau d'identification post-fusion, et ce, principalement parce que peu de changements voient le jour au chapitre des pratiques professionnelles chez les médecins. En ce qui a trait au courant « **Nouvelle symbolique** » (15-21-31), l'identification des intensivistes passe principalement par une impression de travailler dans un environnement à la fine pointe de la technologie (31). Puis, le courant « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) contribue à l'identification des intensivistes par le code de couleur permettant de distinguer les deux clientèles de patients (médicale et chirurgicale), lequel rappelle les anciennes identités médicale et chirurgicale (28). Les quelques « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) en contexte où la stratégie ne consiste pas à modifier significativement les anciennes façons de travailler et les symboles bien ancrés dans la réalité des intensivistes (28), favorisent modérément l'identification de ces derniers à l'USI fusionnée (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Caractérisé par une grande capacité décisionnelle en contexte de dossiers litigieux (11), le style de gestion du Directeur médical fait en sorte que les intensivistes ont parfois moins d'influence sur les décisions prises dans l'unité (16). Or, le degré d'harmonisation modérément élevé pour les intensivistes, fait en sorte que ces derniers ne subissent que peu de changements en matière de pratiques et de symboles (28) ce qui, en retour, favorise leur confiance envers le leadership de l'USI généraux (29). Le Directeur est davantage centré sur la tâche que sur l'accueil des intensivistes dans l'USI fusionnée (17). Puis, la provenance « médicale » du Directeur (14) fait en sorte que sa crédibilité dans l'USI généraux est jugée élevée par les intensivistes médicaux, mais relativement faible par ceux de la spécialisation chirurgicale (24).

Puis, le leadership collectif dans l'USI fusionnée (30) favorise la confiance manifestée par les intensivistes envers les leaders de l'unité (29). Globalement, la confiance que les intensivistes médicaux manifestent envers les leaders de l'unité est élevée, alors qu'elle est modérément élevée chez les intensivistes chirurgicaux (29), ce qui stimule, à des degrés différents, leur identification à la nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : Le taux de roulement quasi inexistant chez les intensivistes à la suite de la fusion (32) fait en sorte que l'effet de ce courant de causalité est non significatif.

La conclusion du corps médical de l'USI du site A : Principalement grâce à des interactions sociales et professionnelles fréquentes tout au long du processus de fusion (processus de socialisation) et à un degré modéré d'harmonisation professionnelle recherchée à court terme (processus de standardisation), les intensivistes des deux spécialisations manifestent un degré élevé d'identification à la nouvelle unité (31). De plus, ces professionnels de la santé affichent une satisfaction post-fusion élevée (34). Tel que décrit dans la discussion du chapitre 4, le taux de satisfaction des intensivistes de l'USI du site A, selon une question quantitative posée à l'entrevue, est le plus élevé de tous les sous-groupes étudiés par la présente recherche (ex-aequo avec le sous-groupe composé des employés de médicaux/cardiaques de l'USI du site B). Il est à noter que la composition entièrement « médicale » du duo de gestionnaires à la tête de l'unité fusionnée, fait en sorte que les intensivistes chirurgicaux manifestent une confiance moins élevée que leurs collègues médicaux envers les dirigeants de l'unité. Or, cette dynamique n'empêche pas les intensivistes chirurgicaux de s'identifier fortement à leur nouvelle unité opérationnelle, ni d'afficher une satisfaction post-fusion élevée. L'amélioration de l'environnement de travail et les échanges plus fréquents entre intensivistes, peuvent expliquer l'appréciation marquée de ces professionnels « chirurgicaux » pour l'USI fusionnée.

9.4.4 La conclusion du l'USI du site A

Les données de ce premier cas de fusion démontrent que la taille et la forme de l'environnement physique, la mobilité des personnes travaillant dans ce dernier, ainsi que les interventions de gestion influencent considérablement les possibilités d'interaction sociales et professionnelles dans l'unité fusionnée. En plus des interactions sociales quotidiennes, il demeure possible de favoriser le développement social et professionnel des employés par l'intermédiaire de la formation. En effet, la formation offerte aux employés de la spécialisation médicale – déjà désireux de faire partie de la nouvelle unité fusionnée – pourrait avoir contribué à leur développement et, par conséquent, à l'émergence de leur identification à la nouvelle unité.

Aussi, les interventions visant la standardisation identitaire par les remplacements symboliques et la médiation pourraient avoir contribué à l'émergence de l'identification à la nouvelle unité pour les quatre sous-groupes à l'étude, et ce, paradoxalement, en respectant les pratiques professionnelles et la symbolique en vigueur avant la fusion. Puis, l'analyse permet de dégager le constat selon lequel la provenance du leader influence considérablement la confiance des membres de la nouvelle unité envers le leadership. Ainsi, les employés et les intensivistes de la spécialisation médicale affichent une confiance plus élevée envers les leaders de l'unité, qui proviennent de l'ancienne spécialisation médicale, que les employés et les intensivistes de la spécialisation chirurgicale. En retour, cette confiance accrue pourrait favoriser l'identification à la nouvelle unité. Quelques mois après l'enclenchement de la fusion, les employés médicaux et chirurgicaux cohabitent dans l'USI généraux sans adopter une même identité conjointe, entre autres à cause d'un nombre restreint d'interactions sociales et professionnelles avec leurs nouveaux collègues de travail, mais aussi à cause du maintien des anciennes pratiques et des anciens symboles. Moins impactés par les changements organisationnels, les intensivistes médicaux et chirurgicaux évoluent dans un contexte empreint d'une plus grande harmonisation identitaire que les employés, lequel contexte laisse deviner l'émergence graduelle d'une nouvelle identité reposant principalement sur l'interdépendance professionnelle.

9.5 Le cas de l'USI du site B : un résumé des courants de causalité

Cette fusion s'amorce avec pour toile de fond un historique conflictuel entre les deux sous-groupes d'intensivistes. Contrairement à la stratégie privilégiée dans l'USI du site A, les dirigeants de l'USI du site B prônent l'implantation graduelle de l'harmonisation professionnelle chez les employés et les intensivistes des deux spécialités. Pour arriver à leur fin, les gestionnaires privilégient une progression plus lente du changement, le regroupement physique des clientèles de patients dans la nouvelle unité en forme d'équerre, ainsi que la possibilité pour les employés de choisir leur clientèle de patients. Ces stratégies ont pour conséquence de faciliter l'adaptation des employés des deux spécialisations. Aussi, quelques interventions dites sociales sont mises sur pied afin de rapprocher les membres des sous-groupes en présence, et de la formation voit le jour pour supporter l'émergence progressive de la polyvalence professionnelle. Puis, en guise de levier de rapprochement symbolique, les gestionnaires implantent de nouvelles appellations pour désigner les clientèles de l'unité.

L'infirmière gestionnaire provient de la spécialisation chirurgicale alors que le Directeur de l'USI généraux provient de la spécialisation médicale. Hormis la collaboration entre ces deux gestionnaires, ce cas de fusion est caractérisé par la présence d'un leadership fragmenté au sens où le Directeur de l'USI/C est généralement moins impliqué dans le processus décisionnel. Ce leadership permet de faire avancer le projet de fusion, sans pour autant mobiliser les intensivistes chirurgicaux dans ledit projet. Au final, les employés et les intensivistes de la spécialisation médicale vivent moins de perceptions de menace identitaire que ceux de la spécialisation chirurgicale. Plusieurs années après la fusion il existe une relative homogénéisation des identités chirurgicale et médicale. Cependant, certaines distinctions identitaires subsistent encore, entre autres à cause de la forme de l'USI généraux ayant favorisé et prolongé dans le temps la segmentation des clientèles de patients.

Il est à noter que ce cas rétrospectif est teinté de l'effet du temps, lequel génère des occasions d'échanger socialement et de collaborer sur le plan professionnel. Ces échanges arrivent au hasard, sans attentes ni appréhensions de la part des personnes, ce qui favorise l'émergence de lien de confiance entre les membres des sous-groupes en présence, ainsi que

l'identification des personnes à l'USI généraux. Aussi, ce cas de fusion est caractérisé par l'absence d'intervention de gestion visant l'implantation d'une « **Nouvelle symbolique** » (15-21-31), faisant partie du processus dit de standardisation.

Les valeurs des variables servant de balises aux processus post-fusion sont présentées dans le tableau 9.7 ci-dessous. Les valeurs des autres variables sont présentées dans les sections suivantes afin d'expliquer les différences retrouvées entre les sous-groupes, et ce, en débutant par le sous-groupe affichant la plus faible identification à la nouvelle unité fusionnée, soit les employés de la spécialisation chirurgicale (voir la figure 9.2).

Tableau 9.7 Les valeurs des variables post-fusion des sous-groupes de l'USI du site B

Les dimensions	Les employés de l'USI/C	Les employés de l'USI/MC	Les intensivistes de l'USI/C	Les intensivistes de l'USI/M
12. Perceptions de menace identitaire pré-fusion (variable de départ)	Moyennement élevées (tableau 5.9)	Faibles (tableau 5.9)	Moyennement élevées (tableau 5.9)	Faibles (tableau 5.9)
15. Degré d'harmonisation souhaité (variable de départ)	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé
9. Taille du groupe (variable de départ)	Élevée (de taille égale au sous-groupe médical)	Élevée (de taille égale au sous-groupe chirurgical)	Élevée (de taille égale au sous-groupe médical)	Élevée (de taille égale au sous-groupe chirurgical)
13. Environnement favorisant les interactions (variable de départ)	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé
18. Mobilité professionnelle (variable de départ)	Faible	Faible	Élevée	Élevée
26. Confiance envers autre sous-groupe (voir données qualitatives du chapitre 5)	Moyennement élevée	Moyennement élevée	Faible	Moyennement élevée
29. Confiance en le leadership (voir données qualitatives du chapitre 5)	Élevée	Moyennement élevée	Faible	Élevée
32. Roulement des personnes (variable dépendante)	Élevé	Élevé	Faible	Faible
31. Degré d'identification à la	Élevé (tableau 5.9)	Élevé (tableau 5.9)	Élevé (tableau 5.9)	Élevé (tableau 5.9)

Les dimensions	Les employés de l'USI/C	Les employés de l'USI/MC	Les intensivistes de l'USI/C	Les intensivistes de l'USI/M
nouvelle unité (variable dépendante)				
34. Satisfaction post-fusion (variable dépendante)	Élevée (tableau 5.9)	Élevée (tableau 5.9)	Aucune donnée	Élevée (tableau 5.9)
33. Scénario de la fin (variable dépendante)	Cohabitation (intégration forte - voir le tableau 5.9)	Cohabitation (intégration forte - voir le tableau 5.9)	Cohabitation (intégration relativement forte - voir le tableau 5.9)	Cohabitation (intégration relativement forte - voir le tableau 5.9)

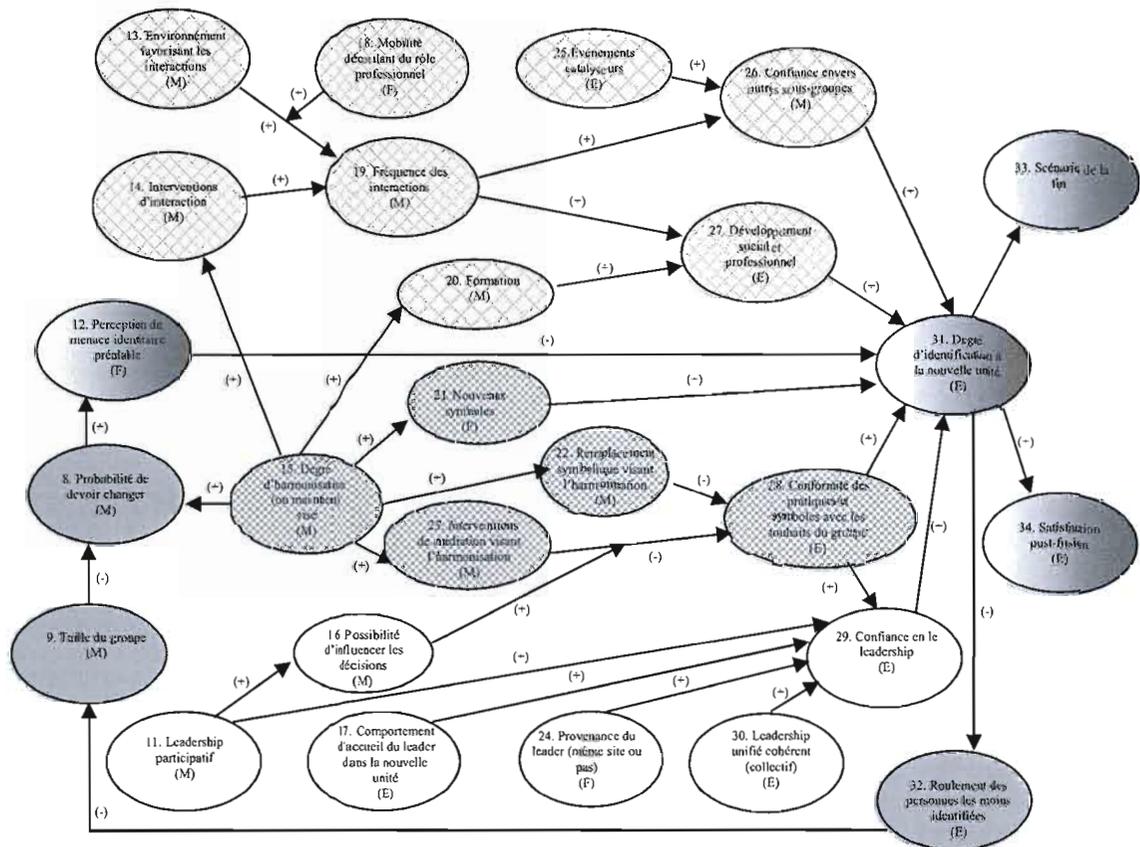


Figure 9.2

Les courants de causalité des variables post-fusion dans l'USI du site B (valeurs tirées de la perspective des employés de la spécialisation médicale)

9.5.1 Les employés de la spécialisation médicale/cardiaque de l'USI du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

La situation des employés médicaux/cardiaques impliqués dans la fusion de l'USI du site B ressemble à celle vécue par les employés de l'USI du site A, à la différence près que l'effet de rapprochement identitaire attribuable aux « **Événements catalyseurs** » (25-26-31) est plus significatif.

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Le courant « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) : Contrairement à l'USI du site A, la stratégie visée par les dirigeants de l'USI du site B est de favoriser l'émergence graduelle de la polyvalence professionnelle chez les employés des deux spécialisations (15). Différentes interventions visant à promouvoir les interactions interpersonnelles sont mises sur pied, telles des fêtes et des rencontres regroupant tous les employés de la nouvelle équipe agrandie (14). Malgré ces interactions planifiées, l'ancienne USI/MC était une plus petite unité à l'intérieur de laquelle l'accessibilité à ses collègues était plus facile, alors que la nouvelle USI généraux est située à l'intérieur d'un grand espace en forme d'équerre, comportant des chambres de patient fermées partiellement vitrées (13). Or, le regroupement des clientèles de patients dans chacune des deux ailes de l'unité et le choix offert quant à la clientèle de patients fait en sorte qu'il n'est pas rare que d'anciens collègues de travail médicaux/cardiaques puissent échanger socialement et professionnellement dans la nouvelle unité fusionnée, et ce, malgré la faible mobilité professionnelle des membres de ce sous-groupe (18).

Malgré ces regroupements de patients, les employés médicaux/cardiaques sont confrontés à une diminution dans le nombre total de leurs interactions par rapport à leur situation avant la fusion (19). Ce contexte n'empêche pas les employés médicaux/cardiaques de bénéficier d'un développement social et professionnel modéré au cours de la fusion (27), mais elle entraîne chez eux une émergence moyennement élevée de la confiance manifestée envers les employés chirurgicaux (26). Ainsi, ce courant de causalité contribue modérément à l'identification des employés médicaux/cardiaques à la nouvelle unité (31).

Le courant « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31) : Il importe de rappeler que pour les employés de l'USI/MC, la fusion représente un choix volontaire

pouvant mener à un avancement professionnel (15). Qui plus est, les initiatives de formation qui sont offertes à ces employés sont jugées adaptées à leur développement professionnel (20), ce qui favorise leur développement social et professionnel (27). Ainsi, ce courant de causalité favorise l'identification des employés médicaux/cardiaques à la nouvelle unité (31).

Le courant « **Événements catalyseurs** » (25-26-31) : Le décès de l'assistante infirmière gestionnaire produit un certain rapprochement parmi l'ensemble des employés de l'USI généraux du site B (25), favorisant l'identification des employés de l'USI/MC à leur nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) : L'attribution d'un code de couleur aux deux clientèles de patients retrouvées dans l'USI fusionnée est une stratégie semblable à celle implantée dans l'USI du site A (22). Le code de couleur « argent » vise spécifiquement à créer un rapprochement identitaire entre les anciennes spécialités cardiaque et médicale (le code de couleur « rouge » représente la clientèle chirurgicale). Étant donné que les sous-groupes médicaux et cardiaques travaillent ensemble depuis 1991, cette intervention symbolique est perçue comme étant relativement conforme aux pratiques et aux symboles des employés du sous-groupe (28). Ainsi, ce courant de causalité contribue à rehausser l'identification des employés de l'USI/MC à la nouvelle USI généraux (31).

De manière similaire, le courant « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) favorise l'identification des employés du sous-groupe médical/cardiaque en étant conforme à leurs pratiques et symboles pré-fusions (28), ce qui en retour favorise leur identification à la nouvelle USI fusionnée (31). Précisément, les interventions de médiation mises sur pied (23), dans un contexte où le leadership est jugé modérément participatif, font en sorte que ces employés sont dans une position modérément favorable pour influencer les décisions prises au sein des divers comités de standardisation professionnelle (16).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Le leadership moyennement participatif en vigueur dans la nouvelle unité (11), permet aux employés médicaux/cardiaques d'influencer dans une certaine mesure le processus décisionnel en cours (16), afin de tenter de pérenniser leurs anciennes pratiques professionnelles et leurs anciens symboles (28). Cette part relativement active dans le processus décisionnel contribue à la confiance qu'ils témoignent envers le leadership de la nouvelle unité (29).

Puis, ces mêmes employés sont satisfaits des nombreux comportements d'accueil dirigés vers eux par leur nouvelle infirmière gestionnaire (17), ce qui favorise l'émergence de la confiance qu'ils manifestent envers leur gestionnaire (29), et ce, malgré que cette gestionnaire provienne de la spécialisation chirurgicale (24). Puis, le leadership collectif entre l'infirmière gestionnaire et le Directeur médical de l'USI fusionnée (30) favorise à nouveau la confiance manifestée par ces employés envers les leaders de l'unité (29). Au final, les employés médicaux/cardiaques font moyennement confiance au leadership en place (29), ce qui semble favoriser modérément leur identification à la nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : Les départs d'employés particulièrement insatisfaits sont également le propre de cette fusion (32), ce qui rehausse le degré d'identification à la nouvelle unité retrouvé collectivement au sein du sous-groupe médical/cardiaque qui choisit de demeurer en place (31).

La conclusion des employés médicaux/cardiaques de l'USI du site B : Le choix offert aux employés médicaux/cardiaques de faire partie de la fusion peut avoir diminué leurs perceptions de menace identitaire et avoir contribué à ce que la fusion soit perçue comme un projet permettant de faire avancer leur carrière, ce qui constitue un levier à leur identification à la nouvelle unité. Puis, les comportements d'accueil manifestés par l'infirmière gestionnaire de l'USI généraux semblent compenser le fait que cette dernière provient de la spécialisation chirurgicale, du moins en ce qui a trait à la confiance manifestée par les employés médicaux/cardiaques envers ce même leader. Onze années après le début

de la fusion, ces employés affichent une identification à la nouvelle unité élevée (31), ainsi qu'une satisfaction post-fusion élevée (34). De plus, ces professionnels de la santé affichent une satisfaction post-fusion élevée (34). Tel que décrit dans la discussion du chapitre 5, le taux de satisfaction des employés médicaux/cardiaques est le plus élevé de tous les sous-groupes étudiés par la présente recherche (ex-aequo avec le sous-groupe composé des intensivistes de l'USI du site A). L'implantation progressive de la polyvalence professionnelle, en plus de l'aspect volontaire de la fusion pour ces employés de l'USI/MC, ainsi que la forme de l'environnement physique de l'unité et les nombreux comportements d'accueil dirigés par l'infirmière gestionnaire à leur égard, expliquent que les employés médicaux/cardiaques soient intégrés à l'USI généraux. Par contre, le peu de contacts inter-groupe et la présence d'une gestionnaire provenant de la spécialisation chirurgicale peut contribuer à expliquer que le degré d'identification à l'USI généraux chez les employés de l'ancienne USI/MC soit quantitativement légèrement inférieur à celui retrouvé chez les employés chirurgicaux.

9.5.2 Les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

La situation des employés chirurgicaux ressemble en plusieurs points à celle des employés médicaux/cardiaques. Les deux groupes font face à une diminution dans la « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31), à un effet semblable lié aux « **Événements catalyseurs** » (25-26-31), à l'absence d'une « **Nouvelle symbolique** » dans l'unité (15-21-31) et à des « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) et des « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) qui préservent les pratiques et les symboles d'origine du sous-groupe chirurgical. Finalement, des effets très semblables sont observés entre les employés médicaux/cardiaques et chirurgicaux au chapitre du « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8). Ces courants de causalité influencent de manière très comparable à la fois le processus d'identification à la nouvelle unité et le niveau de satisfaction par rapport à la fusion.

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

C'est au chapitre du courant «**Développement social et professionnel**» (15-20-27-31) que les distinctions entre les deux sous-groupes de professionnels émergents. En effet, lors de la première phase de la fusion, une démarche visant à former les infirmières chirurgicales aux techniques de soins coronariens est mise en oeuvre, et ce, sans obtenir le succès souhaité. Puis, de la formation portant sur un plus grand éventail de sujets est offerte à ce même sous-groupe de professionnels une fois arrivé au nouveau pavillon, lors de la troisième phase de la fusion; cette deuxième vague de formation donne lieu à un développement professionnel adapté à la stratégie de polyvalence professionnelle (20). Ces démarches contribuent donc modérément au développement social et professionnel des employés chirurgicaux (27), ce qui tend à favoriser leur identification à la nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant «**Confiance en le leader**» (11/16/28/17/24/30-29-31): Le leadership en vigueur dans la nouvelle unité est jugé moyennement participatif par les employés chirurgicaux (11), ce qui leur permet, dans une certaine mesure, de participer et d'influencer le processus décisionnel en cours (16) afin de pérenniser tant leurs pratiques professionnelles que les symboles qui leur étaient chers avant la fusion (28). Cette capacité de prendre une part relativement active dans le processus décisionnel contribue à la confiance qu'ils témoignent envers le leadership de la nouvelle unité (29). Or, contrairement au sous-groupe médical/cardiaque, les employés chirurgicaux se sentent quelque peu négligés par l'infirmière gestionnaire lors de l'ouverture de la nouvelle USI, et ce, sur le plan des comportements d'accueil mis en oeuvre par l'infirmière gestionnaire (17). Précisément, les employés chirurgicaux sont quelque peu menacés par l'attention qu'on accorde aux employés de l'USI/MC pendant la fusion (17). Cette forme de jalousie vécue vis-à-vis de l'accueil chaleureux réservés aux employés de l'USI/MC, tend freiner quelque peu la confiance que manifestent les employés chirurgicaux envers le leadership de l'unité (29).

Par contre, selon les données obtenues à l'entrevue, puisque l'infirmière gestionnaire provient de la spécialisation chirurgicale (24), les employés de l'USI/C ont néanmoins relativement confiance en son leadership (29). Puis, le leadership collectif entre l'infirmière gestionnaire et le Directeur médical de l'USI fusionnée (30) contribue aussi à l'émergence

de la confiance manifestée par les employés chirurgicaux envers les leaders de l'unité (29). Contrairement aux membres de la spécialisation médicale/cardiaque, la confiance que les employés chirurgicaux manifestent envers les leaders de l'unité est élevée (29), ce qui contribue à rehausser leur identification à la nouvelle unité (31).

La conclusion des employés chirurgicaux de l'USI du site B : Mis à part l'absence de choix offert aux employés chirurgicaux, leur situation ressemble à celle des employés médicaux/cardiaques. Précisément, l'implantation progressive de la polyvalence professionnelle dans l'unité, le regroupement des clientèles, ainsi que la possibilité offerte de choisir ses patients, sont des stratégies qui, aux yeux des employés chirurgicaux, offrent à la fois une continuité sur le plan social ainsi qu'un maintien souhaités des frontières identitaires.

La réalité des employés chirurgicaux se démarque de celle des employés médicaux/cardiaques par un niveau légèrement moins élevé de développement social et professionnel, et par une confiance plus élevée envers l'infirmière gestionnaire de la nouvelle unité. Onze années après le début de la fusion, les employés de la spécialisation chirurgicale affichent une identification à la nouvelle unité élevée (31) ainsi qu'une satisfaction post-fusion élevée (34). Le taux de satisfaction des employés chirurgicaux de l'USI du site B, toujours selon une quantitative posée à l'entrevue, est le troisième plus élevé de tous les sous-groupes étudiés par la présente recherche (voir la discussion du chapitre 5). La confiance supérieure manifestée par les employés chirurgicaux envers l'infirmière gestionnaire pourrait contribuer à expliquer leur niveau d'identification post-fusion quantitativement légèrement supérieur à celui retrouvé chez les employés de l'autre spécialisation.

9.5.3 Les intensivistes chirurgicaux de l'USI du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Le courant « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) : Cette fusion donne lieu à un petit nombre d'interventions de gestion visant à favoriser les interactions sociales et professionnelles chez les intensivistes chirurgicaux (14). Qui plus est, de par leur travail en salle d'opération, les intensivistes chirurgicaux sont moins présents sur l'unité que leurs collègues de la spécialisation médicale pour profiter de ce type d'interventions de gestion.

La très grande mobilité professionnelle des intensivistes chirurgicaux (18) combinée au regroupement des patients dans l'unité en forme d'équerre, leur permet de travailler à proximité d'anciens collègues de travail (13). Or, le fait de passer plusieurs heures en salle d'opération limitent le nombre d'interactions sociales et professionnelles au sein de l'USI fusionnée (19), ce qui ralentit un développement social et professionnel au diapason de la nouvelle réalité organisationnelle dans l'USI fusionnée (27). Pour ces raisons, les intensivistes chirurgicaux font moyennement confiance à leurs nouveaux collègues médicaux (26). Vu l'historique conflictuel entre les deux sous-groupes d'intensivistes, ce nombre limité d'interactions avec les membres de la spécialisation médicale accommodent les intensivistes chirurgicaux à l'USI du site B et contribue fortement à leur identification post-fusion (31).

Pour ce qui est des courants « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31) et « **Événements catalyseurs** » (25-26-31), aucune intervention de gestion et aucun événement spécifique n'a été recensé. Toutefois, tout comme pour les autres sous-groupes, le temps favorise les contacts interpersonnels qui contribuent à fortifier le lien de confiance inter-groupe et à une identification plus forte des intensivistes chirurgicaux à la nouvelle unité.

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) : L'harmonisation graduelle des pratiques professionnelles des intensivistes (15) est à l'origine du code de couleur désignant les deux clientèles de patients retrouvées dans l'USI fusionnée (22). Tout comme pour les employés, cette stratégie contribue à préserver les pratiques et la symbolique des

intensivistes chirurgicaux (28), ce qui les réconfortent considérablement et les aident à s'identifier à la nouvelle USI généraux (31).

Le courant « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) : Puis, le Directeur médical de l'unité met sur pied des interventions de médiation (23) et s'implique activement dans le processus de standardisation des pratiques, adoptant un leadership jugé modérément participatif. Les intensivistes chirurgicaux jugent être dans une position où il est plus difficile d'influencer les décisions en leur faveur (16), entre autres à cause de la décision du Directeur médical de répandre à tout le corps médical le système « médical » d'effectuer des rondes au chevet des patients. Mais en bout de ligne, la stratégie s'implanter progressivement la polyvalence professionnelle, permet aux intensivistes chirurgicaux de continuer à travailler selon leur manière, du moins pendant un certain temps, assurant ainsi la cohérence des décisions de gestion avec leurs anciennes façons de travailler (28). De part la pérennisation de l'identité chirurgicale assurée par la nature des interventions de médiation, ce courant de causalité favorise l'identification des intensivistes chirurgicaux à l'USI fusionnée (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Dans le contexte où l'objectif des dirigeants consiste à regrouper les clientèles de patients dans l'unité et à faire émerger graduellement la polyvalence professionnelle, le leadership participatif du Directeur médical de l'USI généraux (11) fait en sorte que les intensivistes chirurgicaux croient pouvoir influencer modérément les décisions (16) et ainsi pouvoir conserver leurs anciennes pratiques et leurs anciens symboles dans l'USI fusionnée (28). Cette situation rehausse le niveau de confiance manifesté par les intensivistes chirurgicaux envers le leadership de la nouvelle unité (29).

De rares comportements d'accueil mis en œuvre par le Directeur médical (17) ne contribuent que faiblement à l'émergence de la confiance que les intensivistes chirurgicaux manifestent envers le leadership de l'unité (29). Cependant, puisque le nouveau Directeur provient de la spécialisation médicale(24), les intensivistes chirurgicaux sont

significativement moins disposés à lui faire confiance que les intensivistes médicaux (29). Puis, le leadership collectif entre l'infirmière gestionnaire et le Directeur médical de l'USI fusionnée (30) aide quelque peu à redonner confiance aux intensivistes chirurgicaux envers les leaders de l'unité (29). Globalement, les intensivistes chirurgicaux manifestent une confiance seulement modérément élevée envers leur nouveau Directeur (29), ce qui tend à ralentir leur identification à l'USI fusionnée (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : Très peu d'intensivistes chirurgicaux mécontents de leur sort quittent les rangs de l'USI fusionnée (32), ce qui rend négligeable l'effet attribuable au roulement de personnel.

La conclusion des intensivistes chirurgicaux de l'USI du site B : La stratégie de mettre en œuvre progressivement l'harmonisation des pratiques semble permettre aux intensivistes chirurgicaux de s'adapter aux changements organisationnels, et peut-être même de s'identifier à leur nouvelle unité. Le plus faible nombre d'heures passées dans l'USI généraux par les intensivistes chirurgicaux, écartés de l'USI par leurs responsabilités à la salle d'opération, semble faire en sorte qu'ils conservent des opportunités d'interactions avec leurs anciens collègues de travail, tout en minimisant les contacts sociaux et professionnels avec les intensivistes médicaux/cardiaques, avec lesquels ils entretiennent historiquement une relation plus tendue. Qui plus est, les remplacements symboliques et les interventions de médiation permettent à ces derniers de conserver leurs anciennes pratiques de travail, ainsi que les symboles qui leur sont importants; ces deux dynamiques contribuent à favoriser leur adaptation à la nouvelle réalité, et donc, à leur identification à l'USI fusionnée.

À nouveau, la confiance en le leadership de l'unité se trouve fortement influencé par la possibilité d'influencer les décisions, ainsi que par la provenance du ou des dirigeants. Pour preuve, les intensivistes de la spécialisation chirurgicale font moins confiance à leur nouveau leader que ceux de la spécialisation médicale/cardiaque, entre autres parce qu'ils se reconnaissent moins en ce dernier, mais aussi parce qu'ils se perçoivent comme étant dans

une position moins favorable que leurs nouveaux collègues pour teinter la résultante du processus décisionnel. Quelques 11 années après la fusion, ces intensivistes chirurgicaux manifestent un degré élevé d'identification à la nouvelle unité, quoique quantitativement inférieur à celui retrouvé chez les intensivistes médicaux/cardiaques (31). Cependant, aucune donnée n'est disponible pour mesurer la satisfaction post-fusion de ce sous-groupe (34).

9.5.4 Les intensivistes médicaux/cardiaques du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

La situation des intensivistes des deux spécialisations se ressemblent en plusieurs points. D'abord, les intensivistes médicaux/cardiaques affichent une identification accrue découlant d'une « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) élevée avec leurs anciens collègues de travail et de contacts limités avec les membres de l'autre spécialisation, avec lesquels il existe un historique conflictuel. Les autres similarités sont l'absence de « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31) planifié, « **d'Événements catalyseurs** » au processus identitaire (25-26-31), ainsi que d'éléments propres à une « **Nouvelle symbolique** » (15-21-31). Finalement, il existe un effet très similaire lié au faible « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) entre les intensivistes médicaux et chirurgicaux.

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) : Ces substitutions symboliques tendent à protéger les pratiques professionnelles et les symboles des deux sous-groupes d'intensivistes. Or, contrairement à l'effet de ce courant de causalité sur le niveau d'identification à l'USI fusionnée des intensivistes chirurgicaux désireux de protéger leur identité, les remplacements symboliques ne contribuent pas autant à rehausser l'identification des intensivistes médicaux/cardiaques. Désireux de gagner en prestige en continuant à se rapprocher professionnellement de la spécialisation chirurgicale, les intensivistes médicaux/cardiaques perçoivent cette intervention de gestion à la fois comme

une manière de pérenniser leurs propres pratiques professionnelles, mais aussi de protéger un système « chirurgical » d'effectuer des rondes, jugé moins efficace.

Le courant « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) : Face aux interventions de médiation (23), les intensivistes médicaux/cardiaques jugent être dans une meilleure position que leurs collègues chirurgicaux pour influencer les décisions (16) de manière cohérente avec leurs anciennes façons de travailler (28), principalement à cause de l'importance accordée par le Directeur au système « médical/cardiaque » d'effectuer des rondes au chevet des patients. Ce courant de causalité favorise donc l'identification des intensivistes médicaux/cardiaques à l'USI fusionnée (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Les éléments découlant du style de leadership et des comportements d'accueil affichés par le Directeur ont sensiblement le même effet sur les deux sous-groupes d'intensivistes. Cependant, puisque les intensivistes médicaux/cardiaques comptent sur leur ancien gestionnaire en tant que nouveau Directeur de l'USI généraux (24), ils sont davantage disposés à lui faire confiance que les intensivistes chirurgicaux (29). Puis, le leadership collectif entre l'infirmière gestionnaire et le Directeur de l'USI fusionnée (30) contribue à ajouter à la confiance manifestée par ces mêmes intensivistes médicaux envers les leaders de l'unité (29). Globalement, les intensivistes médicaux manifestent une confiance très élevée en leur Directeur (29), ce qui favorise substantiellement leur identification à la nouvelle unité (31).

La conclusion des intensivistes médicaux/cardiaques de l'USI du site B : L'harmonisation progressive des pratiques professionnelles semble permettre aux intensivistes médicaux/cardiaques de s'adapter aux changements organisationnels, quoique dans une moindre mesure que leurs nouveaux collègues chirurgiens. Cette différence peut découler du fait que, pour des raisons de prestige, ces intensivistes souhaitent davantage se rapprocher du sous-groupe chirurgical que l'inverse. Les intensivistes médicaux/cardiaques conservent des opportunités d'interagir avec leurs anciens collègues de travail, sans pour autant interagir sur une base régulière avec les intensivistes chirurgicaux, avec lesquels ils

entretiennent historiquement une relation plus tendue. Or, les remplacements symboliques et les interventions de médiation permettent à ces intensivistes de conserver leurs pratiques de travail et symboles d'origine, mais ces interventions contribuent aussi à protéger le système de rondes « chirurgicales » qu'ils jugent significativement moins efficaces. Même si leur souhait d'augmenter leur statut grâce à l'harmonisation professionnelle n'est pas tout à fait à la hauteur de leurs attentes, les intensivistes médicaux/cardiaques font plus confiance à leur leader de provenance « médicale » que ceux de la spécialisation chirurgicale. Cette présence de leur ancien dirigeant peut aussi expliquer qu'ils manifestent un degré élevé d'identification à la nouvelle unité, lequel est quantitativement supérieur à celui retrouvé chez les intensivistes chirurgicaux (voir le tableau 5.9) (31). Puis, leur niveau de satisfaction post-fusion est également élevé (34), soit le deuxième plus élevé des 14 sous-groupes étudiés (voir la discussion du chapitre 5).

9.5.5 La conclusion du l'USI du site B

La fusion de l'USI du site B tend à confirmer l'effet bénéfique des interactions sur le degré d'identification à la nouvelle unité, des interactions qui se produisent majoritairement à l'intérieur de chaque aile de cette unité en forme d'équerre. Puis, ce cas de fusion reproduit les résultats selon lesquels les interventions de remplacements identitaires et de médiation peuvent contribuer à l'émergence de l'identification à la nouvelle unité, par la conformité de ces interventions avec les pratiques professionnelles et les symboles en vigueur avant la fusion. De plus, ce cas démontre que l'effet des courants de causalité dits de standardisation dépend également des attentes liées au fait de pérenniser les différences professionnelles et identitaires; la présence d'un historique conflictuel en deux sous-groupes pourrait contribuer, aux yeux de certains (ex. : intensivistes médicaux), à protéger indûment des particularités identitaires, ce qui contribuerait à expliquer les différences post-fusion en matière d'identification et de satisfaction. La provenance du leader est à nouveau une influence considérable sur la confiance que les membres de l'unité manifestent envers ce dernier, laquelle confiance est à nouveau directement reliée à l'identification post-fusion des personnes.

Par ailleurs, ce cas de fusion ajoute à la compréhension du lecteur en démontrant que l'implantation graduelle de l'harmonisation professionnelle semble permettre aux parties prenantes d'accueillir avec davantage d'ouverture les interventions de gestion visant à homogénéiser les pratiques organisationnelles (ex. : la formation) et, ainsi, favoriser l'identification des gens à leur nouvelle unité. Ces courants de causalité contribuent à expliquer le scénario retrouvé quelques 11 années après le début de la fusion de l'USI du site B, soit la présence d'une nouvelle identité commune aux employés des deux spécialisations et la cohabitation des intensivistes des deux spécialisations.

9.6 Le cas du département d'orthopédie du site A : un résumé des courants de causalité

Les dirigeants du département d'orthopédie du site A décident d'implanter une harmonisation professionnelle rapide et en profondeur chez les employés, et une harmonisation moyennement profonde mais tout aussi rapide chez les chirurgiens des deux sites. Après de longues négociations syndicales jugées pénibles, quelques employés du site B acceptent de prendre part à la fusion. Des interventions sociales sont mises sur pied afin de rapprocher les deux sous-groupes d'employés, et le jumelage d'employés arrivés du site B avec des employés du site A est une stratégie fortement utilisée. Contrairement à la situation vécue par les employés, le travail des chirurgiens orthopédiques prend la forme d'un va-et-vient continu, pendant quelques années, entre les salles d'opérations au site A et la clinique de suivi externe au site B.

Du côté du leadership, l'infirmière gestionnaire provient du site A alors que le nouveau Directeur du département d'orthopédie provient du site B. Peu de collaboration existe entre ces deux gestionnaires, ce qui contribue à un leadership fragmenté; le leadership du directeur est très fort et est exercé, à quelques occasions, sans mobiliser les chirurgiens orthopédiques du site A et l'infirmière gestionnaire à la tête des employés. Ce leadership permet de faire avancer le projet de fusion, sans pour autant favoriser l'adhésion des chirurgiens orthopédiques et des employés dans ledit projet.

De manière générale, les employés et les chirurgiens provenant du site B sont moins déstabilisés que leurs vis-à-vis du site A, ce qui explique en partie leurs perceptions de menace identitaire inférieures. Il est à noter que l'absence de chambres fermées module l'effet de l'aménagement physique linéaire sur l'évolution des relations de confiance. Ainsi, par rapport aux employés des deux USI, les employés de la spécialisation orthopédique profitent d'une plus grande mobilité professionnelle à l'intérieur de l'unité, ce qui facilite leur adaptation et rehausse leur identification post-fusion. Plusieurs années après la fusion il existe une relative homogénéisation des identités des sites A et B, et ce, principalement chez les employés. Le processus d'intégration empreint d'un faible nombre d'interventions de gestion intégratrices pour les chirurgiens, ainsi que la grande spécialisation des chirurgiens des deux sites en matière de d'expertise chirurgicale, font en sortes que des distinctions identitaires post-fusion subsistent au sein du corps médical. Ce cas rétrospectif est également influencé par l'effet du temps, lequel génère des occasions d'échanger socialement et de collaborer sur le plan professionnel. Aussi, ce cas de fusion est caractérisé par l'absence d'intervention de gestion liée à la « **Nouvelle symbolique** » (15-21-31) et aux « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) (courants rattachés au processus de standardisation).

Les valeurs des variables servant de balises aux processus post-fusion sont présentées dans le tableau 9.8 ci-dessous. Les sections subséquentes introduisent les autres variables permettant d'expliquer les différences retrouvées entre les sous-groupes au chapitre des variables dépendantes, en débutant par le sous-groupe affichant le plus faible taux d'identification à la nouvelle unité fusionnée, soit les chirurgiens du site B (voir la figure 9.3).

Tableau 9.8 Les valeurs des variables post-fusion des sous-groupes du département d'orthopédie du site A

Les dimensions	Les chirurgiens du site B	Les chirurgiens du site A	Les employés du site B	Les employés du site A
12. Perceptions de menace identitaire pré-fusion (variable de départ)	Moyennement élevées (voir le tableau 6.9)	Élevées (voir le tableau 6.9)	Moyennement élevées (voir le tableau 6.9)	Faibles (voir le tableau 6.9)

Les dimensions	Les chirurgiens du site B	Les chirurgiens du site A	Les employés du site B	Les employés du site A
15. Degré d'harmonisation (variable de départ)	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Élevé	Élevé
9. Taille du groupe (variable de départ)	Élevée (de taille égale au sous-groupe du site A)	Élevée (de taille égale au sous-groupe du site B)	Faible (par rapport aux employés du site A)	Élevée (par rapport aux employés du site B)
13. Environnement favorisant les interactions (variable de départ)	Faiblement élevé	Faiblement élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé
18. Mobilité professionnelle (variable de départ)	Moyennement élevée	Moyennement élevée	Faible	Faible
26. Confiance envers autre sous-groupe (voir données qualitatives du chapitre 5)	Moyennement élevée	Moyennement élevée	Moyennement élevée	Moyennement élevée
29. Confiance en le leadership (voir données qualitatives du chapitre 5)	Moyennement élevée	Faible	Moyennement élevée	Élevée
32. Roulement de personnes (variable dépendante)	Faible	Faible	Élevé	Faible
31. Degré d'identification à la nouvelle unité (variable dépendante)	Moyennement élevé (voir le tableau 6.9)	Élevé (voir le tableau 6.9)	Élevé (voir le tableau 6.9)	Élevé (voir le tableau 6.9)
34. Satisfaction post-fusion (variable dépendante)	Élevée (voir le tableau 6.9)	Élevée (voir le tableau 6.9)	Élevée (voir le tableau 6.9)	Élevée (voir le tableau 6.9)
33. Scénario de la fin (variable dépendante)	Cohabitation (intégration faible - voir le tableau 6.9)	Cohabitation (intégration faible - voir le tableau 6.9)	Cohabitation (intégration forte - voir le tableau 6.9)	Cohabitation (intégration forte - voir le tableau 569)

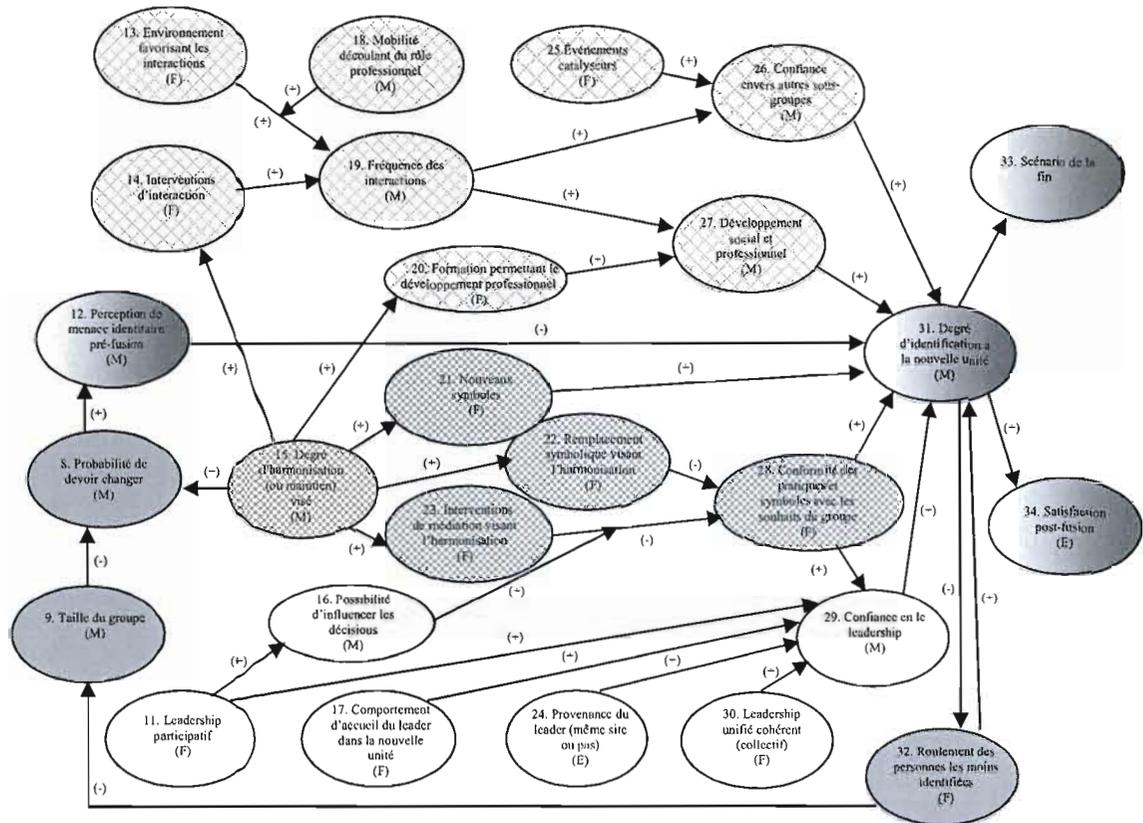


Figure 9.3

Les courants de causalité des variables post-fusion du département d'orthopédie du site A (valeurs tirées de la perspective des chirurgiens orthopédiques du site B)

9.6.1 Les chirurgiens orthopédiques du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé moyennement élevé)

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Le courant « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) : Pendant le transfert des activités de chirurgie électorale du site B vers le site A en moins de six mois, et la répartition du temps opératoire de manière égale entre les deux sous-groupes de chirurgiens, on tente de favoriser l'adaptation des chirurgiens du site B à cette réalité par la mise en œuvre d'un petit nombre d'événements sociaux (14). Cependant, la très grande taille du nouveau département d'orthopédie au site A et le fait de continuer pendant quelques années à faire de la clinique externe dans des bureaux fermés au site B, limitent la quantité

d'interactions non planifiées entre les chirurgiens des sites A et B réunis dans le même département (13). Même après la fermeture du site B, les chirurgiens provenant de ce site se promènent entre trois étages, soit le bloc opératoire au 8^e étage, l'étage des patients internes (hospitalisés) au 12^e étage, et la clinique externe au 5^e étage. Malgré une mobilité professionnelle moyennement élevée à l'intérieur du département (18), les quelques interactions informelles avec les chirurgiens du site A, dont pour fin de référencement de patients, sont grandement appréciées, mais elles ont presque uniquement lieu à la clinique externe (19). Au mieux, les chirurgiens du site B racontent que leur développement social et professionnel est moyennement élevé lors de la fusion (27), tout comme leur confiance envers les chirurgiens du site d'accueil (26). Globalement, ce courant de causalité ralentit leur identification à la nouvelle unité (31).

Pour ce qui est des courants «**Développement social et professionnel**» (15-20-27-31) et «**Événements catalyseurs**» (25-26-31), aucune intervention de gestion et aucun événement spécifique n'a été recensé. Toutefois, le temps favorise les contacts interpersonnels qui contribuent à fortifier le lien de confiance inter-groupe et à une identification plus forte des chirurgiens orthopédiques du site B à la nouvelle unité.

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant «**Interventions de médiation**» (15-23/16-28-31) : Mis à part un comité de planification de la fusion, jugé peu efficace par les chirurgiens du site B, très peu d'intervention de gestion visant la standardisation des pratiques par la médiation ne sont recensées au cours de la présente étude.

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant «**Confiance en le leader**» (11/16/28/17/24/30-29-31) : Le nouveau Directeur du département pratique un leadership jugé directif par les chirurgiens du site B (11), ce qui a pour cause de diminuer leur perception de pouvoir influencer les décisions prises au département (16). Puisque ce Directeur provient du site B (24), et donc qu'il prend des décisions en apparence davantage conformes avec la culture organisationnelle et l'identité

déjà existantes au site B, les chirurgiens du site B se sentent tout de même en position moyennement favorable pour influencer les décisions en conformité avec leurs pratiques et symboles (28). Cette perception de pouvoir décisionnel teinte la confiance que les chirurgiens du site B manifestent en le nouveau leader du département (29).

Or, le Directeur ne met pas sur pied de comportement visant spécifiquement à favoriser l'accueil des chirurgiens du site B (17), tout en agissant de manière quasi-autonome à l'intérieur du processus décisionnel du département, soit sans compter sur l'appui d'autres gestionnaires, chirurgiens ou employés (30). Globalement, les chirurgiens du site B manifestent une confiance moyennement élevée envers leur ancien Directeur, maintenant à la tête du département fusionné (29), mais les faits et gestes de ce dernier font en sorte que le courant de causalité ralentit leur identification à la nouvelle unité au site A.

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : Sans qu'il y ait de départs significatifs au sein des chirurgiens travaillant anciennement au site B, de nouveaux chirurgiens s'ajoutent en cours de fusion au corps médical du département (32). Ce faisant, la taille respective des chirurgiens provenant des anciens sites A et B diminue (9), ce qui abaisse quelque peu la capacité des chirurgiens du site B à négocier l'organisation du travail et, par conséquent, influence à la hausse leur probabilité de devoir changer de manière de travailler (8). Puisqu'ils se sentent dans une position moins favorable, entre autres au chapitre du temps d'accès au bloc opératoire, les perceptions de menace identitaire des chirurgiens du site B sont légèrement accrues par ce courant de causalité (12), et leur identification à la nouvelle unité est freinée (31).

La conclusion des chirurgiens orthopédiques du site B : Pour les chirurgiens du site B, la fusion représente un déménagement vers un site ayant été désigné comme le centre de traumatologie du CHU, ce qui, en soit, représente un contexte moins favorable au type de chirurgie qu'ils font, nommément la chirurgie élective. Puis, l'analyse du processus d'identification des chirurgiens orthopédiques du site B révèle qu'un très faible nombre d'interventions de gestion est mis en œuvre afin de faciliter leur adaptation à la fusion et

afin de favoriser leur identification à la nouvelle unité. De manière intéressante, le fait que le nouveau Directeur provienne du même site que ce sous-groupe de professionnels semble contribuer à rehausser leur niveau de confiance envers le leadership, mais sans que ce lien privilégié ne soit suffisant pour contrecarrer les freins à l'identification que représentent le déménagement très rapide et les pratiques de traumatologie en place au site A.

Le leadership très fort et relativement unidirectionnel du Directeur, additionné au faible nombre d'intervention de gestion ayant recours à la négociation - symbolique ou réelle - de la nouvelle réalité organisationnelle, font paraître lesdits changements comme imposés aux chirurgiens du site B (i.e. changements organisationnels et de rémunération), du moins au début de la fusion. Aussi, l'arrivée de nouveaux chirurgiens dans l'unité modifie les rapports de force; ces nouveaux venus contribuent à diminuer encore davantage le poids de l'opinion collective des chirurgiens du site B, ce qui accentue leur probabilité respective de devoir changer leurs manières de travailler, et ralentit significativement leur identification à la nouvelle unité.

Les six années écoulées entre la fusion et la collecte de données de la présente recherche, peut expliquer que l'insatisfaction initiale des chirurgiens du site B, racontée au chercheur pendant les entrevues, ait laissé place à une satisfaction post-fusion élevée (34). Il est à noter que leur niveau de satisfaction post-fusion est le septième plus élevé des 14 sous-groupes étudiés, ce qui représente une performance légèrement meilleure que leurs collègues du site A, qui se retrouvent au huitième rang (voir discussion du chapitre 5). Cependant, le déracinement identitaire engendré par la fusion, et une confrontation à la culture de traumatologie, était si important que, six ans plus tard, leur degré d'identification à l'unité fusionnée n'est que moyennement élevé (31).

9.6.2 Les chirurgiens orthopédiques du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé moyennement élevé)

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Tout comme leurs collègues du site B, les chirurgiens du site A font face à un faible niveau de « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31), ainsi qu'à l'absence d'interventions de gestion leur permettant de profiter d'une forme de « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31) et « **D'événements catalyseurs** » (25-26-31). Aussi, aucune intervention de gestion n'est recensée au chapitre des « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) visant les chirurgiens du site A. Finalement, des effets très semblables sont observés entre les chirurgiens des deux sites sur le plan du « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

La principale différence entre ces deux sous-groupes de chirurgiens se trouve sur le plan de la « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31). Chez les chirurgiens du site A, le style de gestion directif du nouveau Directeur (11), a pour conséquence de diminuer substantiellement leur perception de pouvoir influencer les décisions prises au département (16). Qui plus est, le fait que le Directeur provienne du site B (24), et donc qu'il tend à prendre des décisions qui sont en apparence davantage conformes avec l'identité propre aux sous-groupes du site B, rehausse significativement l'impression qu'ont ces mêmes chirurgiens d'être faiblement capables d'influencer les décisions en conformité avec leurs pratiques et symboles (28). Cette perception d'impuissance relative, influence considérablement à la baisse la confiance que les chirurgiens du site A manifestent envers leur nouveau leader (29).

De plus, le Directeur ne met pas sur pied de comportement visant spécifiquement à favoriser l'adaptation des chirurgiens du site A à leur nouvelle réalité, laquelle est empreinte de grandes concessions faites en ce qui a trait à l'accès au bloc opératoire (17). Les agissements du Directeur, peu appuyés sur les vues d'autres gestionnaires, chirurgiens ou employés, contribue au leadership fragmenté ajoutant aux inquiétudes des chirurgiens du site A (30). Globalement, les chirurgiens du site A manifestent une très faible confiance envers leur nouveau Directeur (29), ce qui diminue substantiellement leur identification à la nouvelle unité organisationnelle agrandie.

La conclusion des chirurgiens orthopédiques du site A: Pour les chirurgiens du site A, la fusion représente une diminution au chapitre de la rémunération, à cause du nombre accru de chirurgiens devant se partager le même nombre de salle d'opérations au site A. La provenance du site B du nouveau leader formel ne fait qu'ajouter au sentiment d'injustice, voire de colère, manifesté par les chirurgiens du site A, ce qui diminue significativement la confiance qu'ils ont en leur gestionnaire. Le leadership très fort et relativement unidirectionnel du Directeur, additionné au faible nombre d'intervention de gestion ayant recours à la négociation - symbolique ou réelle – de la nouvelle réalité organisationnelle, contribuent à ce que les changements liés à l'organisation du travail et à la rémunération soient perçus comme fortement imposés aux chirurgiens du site A. Puis, l'arrivée de nouveaux chirurgiens dans l'unité après la fusion contribue à diminuer le poids de leur opinion collective. Cette dynamique accentue leur probabilité respective de devoir changer leurs manières de travailler et freine leur identification à la nouvelle unité.

Plutôt que d'être touchés par un déracinement identitaire engendré par la fusion comme leurs collègues du site B, les chirurgiens du site A ont vécu une situation qui s'apparente rien de moins qu'à un état de crise. De nombreuses tractations musclées, souvent initiées par des membres de ce sous-groupe basé au site A, ont culminé avec le départ du directeur du département après six années à la barre de l'unité. Le temps écoulé entre la fusion et la collecte de données de la présente recherche peut à nouveau expliquer que l'insatisfaction initiale des chirurgiens du site A, lié à leur état momentané de crise, ait laissé place à une satisfaction post-fusion élevée (34), quoique quantitativement moins élevée que celle des chirurgiens du site B (voir la discussion du chapitre 6). Ce niveau de satisfaction post-fusion est le huitième plus élevé des 14 sous-groupes étudiés (les chirurgiens du site B sont au septième rang). L'état de crise dissipé six années plus tard, les chirurgiens orthopédiques du site A sont dorénavant nichés dans un hôpital supportant grandement les soins orthopédiques de traumatologie. Dans ce contexte, ils affichent un degré élevé d'identification au département fusionné (31).

9.6.3 Les employés de la spécialisation orthopédique du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Le courant « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) : La stratégie de transféré rapidement les activités du site B vers le site A, et d'harmoniser tout aussi vite les pratiques des deux sous-groupes d'employés (15), entraîne plusieurs interventions de gestion favorisant les interactions sociales et professionnelles, telles des rencontres regroupant tous les membres de l'équipe unifiée et des événements sociaux. (14). D'ailleurs, les employés du site B jugent que ces interventions contribuent significativement à augmenter la fréquence de leurs interactions dans l'unité (19), et ce, malgré le fait de travailler à présent dans une très grande unité linéaire comportant deux ailes (13). Il importe de noter que les employés du site B peuvent se retrouver et socialiser quotidiennement dans une grande salle de réunion au site A, laquelle sert aussi de salle à manger.

Aussi, les employés de la spécialisation orthopédique possèdent un peu plus de mobilité professionnelle que leurs vis-à-vis des deux USI généraux, puisqu'ils s'occupent généralement d'un plus grand nombre de patients, aux prises avec un problème de santé d'une intensité moindre que ceux retrouvés aux USI, et ce, sans être obligé de travailler dans une chambre de patients fermée (e.g. les PODS des USI). Ainsi, même si un employé est habituellement assigné à une seule aile de l'unité, la répartition de ses patients dans plus d'une chambre ajoute à sa mobilité professionnelle ainsi qu'au nombre d'interactions sociales et professionnelles qui se produisent tout au long de son quart de travail. Grâce à ces contacts répétés, les employés provenant du site B manifestent un niveau moyennement élevé de confiance envers leurs nouveaux collègues du site A (26) et profitent d'un développement social et professionnel relativement élevé (27). Ainsi, ce courant d'explication causale augmente l'identification des employés du site B à la nouvelle unité (31).

Le courant « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31) : Peu après leur transfert rapide vers le site A (15), les employés du site B apprécient le fait d'être jumelé à un collègue du site A et de recevoir de la formation en traumatologie, deux initiatives qui contribuent substantiellement au développement professionnel requis pour être fonctionnel

dans la nouvelle unité (20). Leur développement social et professionnel s'en trouve fortement rehaussé (27), ce qui favorise leur identification à la nouvelle unité (31).

Le courant « **Événements catalyseurs** » (25-26-31) : De façon notable, on raconte que l'arrivée des employés du site B génère un rapprochement catalytique entre les employés du site A faisant anciennement partie des ailes Est et Ouest (25). Le fait de devoir accueillir le mieux possible le précieux renfort arrivé du site B, représente soudainement l'objectif commun aux employés du site A, lequel objectif favorise la consolidation des liens de confiance au sein de l'équipe du site A. En parallèle, un phénomène de rapprochement semblable, tant sur le plan social qu'identitaire, s'opère entre les employés du site B et du site A (26). Ce courant de causalité contribue de manière importante à augmenter l'identification des employés du site B à leur nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) : Pour concrétiser le transfert des activités de la spécialisation orthopédique du site B vers le site A (15), quelques interventions de médiation ont lieu au sein du sous-groupe des employés (23). Afin de maximiser le succès de ses interventions, l'infirmière gestionnaire de l'unité adopte un leadership jugé participatif. Ainsi, malgré leur plus petite représentativité, les employés du site B se sentent dans une position relativement favorable pour influencer les décisions dans l'unité opérationnelle, entre autres en partageant avec leurs nouveaux collègues de travail leur expertise en matière de chirurgie orthopédique électorale (16). Précisément, les négociations syndicales obtiennent initialement du succès en garantissant tant l'ancienneté que les avantages sociaux des employés du site B, et ce, puisqu'on convient de conserver les deux syndicats (28). Par la suite, la présence de deux syndicats tend sporadiquement à diviser socialement les membres des anciens sites A et B puisque certaines activités sociales sont encore, six ans plus tard, exclusivement réservées aux membres d'un même syndicat. Dans les premiers temps qui suivent l'opérationnalisation de la fusion, ce courant de causalité tend à favoriser l'identification des employés du site B à leur nouvelle unité. Ainsi, ce courant de causalité agit dans le temps à titre de rappel occasionnel des identités d'origine, mais sans affaiblir l'identification des employés du site B à leur nouvelle unité.

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Les employés du site B apprécient le leadership participatif de leur nouvelle infirmière gestionnaire (11) ainsi que leur possibilité modérément élevée de pouvoir influencer les décisions (16) en conformité avec leurs anciennes pratiques et leur ancienne symbolique d'importance (28). Puis, l'infirmière gestionnaire met sur pied de nombreux comportements d'accueil (17), ce qui tend également à favoriser la confiance que les employés du site B lui manifestent (29).

Même s'ils conservent le même Directeur médical après la fusion, les employés du site B relèvent dorénavant de l'infirmière gestionnaire du site A (24). Puis, le leadership fragmenté retrouvé au département - le Directeur médical agissant de manière quasi-autonome (30), représente un second facteur qui ralentit l'émergence de la confiance envers le leadership chez les employés du site B. Malgré la provenance de la nouvelle gestionnaire, ses comportements font en sorte que les employés arrivés du site B affichent une confiance modérément élevée en son leadership (29), ce qui tend à favoriser leur identification à leur nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : La présence de perceptions de menace identitaire (12), et d'une plus faible identification à la nouvelle unité (31) précipite le départ de quelques individus provenant du site B avant d'être transférés au site A (32). Tel que décrit précédemment, ces départs entraîne une modification du positionnement du sous-groupe telle que leur identification à la nouvelle unité est initialement ralentit (9-8-12-31). Puis, à plus long terme, ce fort taux de roulement rehausse l'identification collective des employés du site B ayant accepté d'être transférés au site A, et ce, à leur nouvelle unité (31).

La conclusion des employés de la spécialisation orthopédique du site B : Principalement à cause des interventions de gestion, mais aussi d'une mobilité professionnelle supérieure à

celle des employés des deux USI généraux, les employés du site B bénéficient d'une fréquence d'interactions modérément élevée. Qui plus est, la formation qu'on leur offre – dont le jumelage avec des employés du site A – contribue significativement à leur identification à la nouvelle unité. Ajouté à l'effet bénéfique du style de gestion participatif de la gestionnaire, le jumelage permet aux employés arrivés du site B de partager leur expertise avec leurs collègues basés au site A.

De façon notable, l'arrivée des employés du site B représente un événement catalyseur au rapprochement identitaire au sein du groupe élargi d'employés, au sens où l'accueil des premiers devient soudainement la priorité des employés basés au site A. Ce cas de fusion illustre à nouveau que les interventions de médiation peuvent contribuer à l'émergence de l'identification à la nouvelle unité, du moins dans les premiers temps après la mise en oeuvre de la fusion, par leur conformité avec les pratiques et les symboles en vigueur avant la fusion. Quelques six années après la fusion, les employés du site B manifestent une satisfaction post-fusion élevée (34), soit une satisfaction légèrement plus élevée que celle de leurs collègues du site A d'un point de vue quantitatif (voir la discussion du chapitre 6); ce niveau de satisfaction est le cinquième plus élevé des 14 sous-groupes de professionnels étudiés. Puis, ces mêmes employés affichent un degré élevé d'identification à la nouvelle unité (31), une identification qui demeure quantitativement légèrement plus faible que celle affichée par leurs collègues du site A (voir la discussion du chapitre 6). En bref, la situation post-fusion vécue par ces employés représente une source de satisfaction professionnelle, et ce, même si leur expertise en soin orthopédique de type électif peut expliquer que leur identification à la nouvelle unité soit légèrement moins prononcée que chez les employés du site A.

9.6.4 Les employés de la spécialisation orthopédique du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

Tout comme leurs collègues du site B, les employés du site A profitent des mêmes leviers à l'identification que sont la « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31), ainsi que le « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31); en effet, les employés du site A se développent grandement sur le plan professionnel au contact de leurs

nouveaux collègues, au sens où ils apprennent à travailler avec les chirurgiens du site B. De plus, les employés du site A faisant anciennement partie des ailes Est et Ouest vivent un rapprochement social et professionnel substantiel au contact de leurs nouveaux collègues du site B, ce qui représente un « **Événement catalyseur** » (25-26-31).

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Une des différences entre ces deux sous-groupes d'employés se trouve au chapitre des « **interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) : Lors du transfert des activités vers le site A et de la mise en place de la polyvalence professionnelle (15), quelques interventions de médiation ont lieu au sein du sous-groupe des employés (23), dans un contexte de leadership jugé participatif. Grâce à ce style de gestion, mais surtout à cause de leur nombre majoritaire dans l'unité, les employés du site A se sentent dans une position très favorable pour influencer le processus décisionnel (16), soit une position significativement plus favorable que celle dans laquelle se retrouvent les employés du site B. En gardant les deux syndicats, on permet également à ces employés de conserver leur ancienneté et leurs avantages sociaux (28). Comme pour les employés du site B, quoique d'une manière plus prononcée, ce courant de causalité tend à favoriser l'identification des employés du site A à l'unité (31), mais sans leur rappeler ultérieurement les anciennes identités pré-fusion.

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Les employés du site A apprécient le leadership jugé participatif de l'infirmière gestionnaire (11) ainsi que leur possibilité élevée de pouvoir influencer les décisions (16) en conformité avec leurs pratiques et symboles d'origine (28). De plus, l'infirmière gestionnaire met sur pied de nombreux comportements d'accueil visant à favoriser l'adaptation de tous à la nouvelle réalité organisationnelle (17), ce qui tend également à favoriser la confiance que les employés du site A lui manifestent (29).

Même s'ils ont un nouveau Directeur médical (celui du site B), les employés du site A continuent à relever de « leur » infirmière gestionnaire, officiellement en charge de tous les

employés du département d'orthopédie (24). Le leadership fragmenté retrouvé dans le département, mené presque exclusivement par le Directeur médical (30), représente un facteur qui ralentit quelque peu l'émergence de la confiance envers le leadership au sens large, chez les employés du site A. Nonobstant ce leadership plus fragmenté, les employés du site A affichent quand même une confiance élevée en le leadership du département (29), principalement à cause de la présence de leur ancienne infirmière gestionnaire à la tête du département, ce qui tend à favoriser considérablement leur identification à l'unité opérationnelle agrandie (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : Faute de perceptions de menace identitaire (12), et fort d'un degré élevé d'identification à la nouvelle unité (31), très peu d'employés provenant du site A quittent le département d'orthopédie à la suite de la fusion (32), ce qui rend négligeable l'effet attribuable à ce courant de causalité.

La conclusion des employés de la spécialisation orthopédique du site A : L'arrivée des employés du site B représente un puissant événement catalyseur au rapprochement interpersonnel et professionnel entre les employés du site A. Par l'arrivée de ces personnes, on prend conscience de la futilité de continuer à catégoriser les employés basés au site A selon leur provenance des ailes Est et Ouest, et ce, par comparaison aux bouleversements vécus par leurs nouveaux collègues arrivés du site B. Un objectif commun aux employés des deux ailes du site A voit le jour, soit celui d'accueillir les nouveaux venus et de s'arrimer à eux afin d'apprendre à travailler avec les chirurgiens du site B. Dans ce cas de fusion encore, la provenance du leader demeure une influence importante sur la confiance que les membres de l'unité manifestent envers le leadership dans la nouvelle unité. En somme, six années après la fusion, les employés du site A manifestent une satisfaction post-fusion élevée (34), soit le sixième taux en importance parmi les 14 sous-groupes étudiés, ainsi qu'un degré élevé d'identification à la nouvelle unité (31). Il est à noter que leur niveau de satisfaction est quantitativement moins élevé que celui retrouvé chez les employés du site B, mais que la vocation d'ortho-trauma de la nouvelle unité peut expliquer leur

identification supérieure à celle retrouvée chez les employés du site B (voir la discussion du chapitre 6).

9.6.5 La conclusion du cas de l'orthopédie du site A

La rencontre des deux sous-groupes d'employés confirme l'effet des interactions, de la formation et des événements catalyseurs sur le degré d'identification à la nouvelle unité. Plus précisément, la rencontre de ces deux sous-groupes crée un puissant phénomène catalyseur au rapprochement identitaire qui, additionné au jumelage des individus à des fins de développement professionnel, rehausse la complémentarité professionnelle à la base des rapports existant entre les employés des sites A et B.

Le contexte retrouvé chez les chirurgiens, soit le rapprochement opérationnel très rapide d'identités fort différentes, sur une toile de fond teintée d'un leadership de type directif et fragmenté, produit des effets différents pour les membres des sites A et B. Les chirurgiens du site B réagissent par une moins grande identification au nouveau département à vocation première de traumatologie, alors que les chirurgiens « hôtes » vivent une crise découlant d'une détérioration, perçue et réelle, dans leurs conditions de travail (e.g. au chapitre de la rémunération). Tout comme pour l'USI du site B, le scénario retrouvé six années après le début de la fusion, tend à démontrer l'émergence d'une nouvelle identité commune aux employés des deux sites, alors que les deux sous-groupes de chirurgiens orthopédiques cohabitent au sein du département fusionné.

9.7 Le cas du département de radio-oncologie du site A : un résumé des courants de causalité

Tout comme pour la fusion de l'USI du site B, cette quatrième fusion étudiée s'amorce avec pour toile de fond un historique conflictuel entre les deux sous-groupes de médecins. Dans ce contexte, les dirigeants du CHU prônent une implantation de l'harmonisation professionnelle chez les technologues en radio-oncologie et chez les radio-oncologues des deux sites qui s'échelonne sur quelques années, et ce, principalement appuyée par des

échanges inter-sites en guise de formation. Il est à noter qu'un petit nombre d'interventions de gestion est initié par les dirigeants de l'unité fusionnée. Cependant, un cadre supérieur du département met sur pied un groupe de travail portant sur l'amélioration de la communication post-fusion au sein du département, une intervention qui contribue significativement à favoriser l'adaptation des employés.

Puis, après un revirement de situation inexplicable par les employés, leur nouveau chef de service provenant du site B est subitement remplacé par une personne provenant du site A. Aussi, le Directeur du département fusionné provient du site A. De façon notable, ce cas de fusion est caractérisé par la présence d'un leadership fragmenté qui contribue à démobiliser un grand nombre des employés et des radio-oncologues des deux sites. Au final, les employés et les intensivistes du site B vivent de fortes perceptions de menace identitaire, lesquelles mènent à de nombreux départs, et plus précisément au départ de tous les radio-oncologues de ce site. Le vaste aménagement physique de forme linéaire dicte aux gestionnaires la stratégie de regrouper les employés dans une des sections, et de regrouper le personnel infirmier avec les radio-oncologues dans l'autre section du département fusionné, ce qui a pour conséquence de diminuer le nombre de contacts inter-professionnels. Quelque temps seulement après la fusion, il existe une relative homogénéisation des identités des sites A et B, principalement en raison des départs massifs au sein de professionnels provenant du site B. Aussi, ce cas de fusion est caractérisé par l'absence d'intervention de gestion liée aux « **Remplacements symboliques** » (15-22-28-31) (courant rattaché au processus de standardisation).

Les valeurs des variables servant de balises aux processus post-fusion sont présentées dans le tableau 9.8 ci-dessous. Puis, les sections suivantes introduisent les autres variables expliquant les processus post-fusion chez les sous-groupes de personnes au chapitre des variables dépendantes, en débutant par le sous-groupe affichant le plus faible taux d'identification à la nouvelle unité fusionnée, soit les employés du site A (voir la figure 9.4).

Tableau 9.9 Les valeurs des variables post-fusion des sous-groupes du département de radio-oncologie du site A

Les dimensions	Les employés du site A	Les employés du site B	Les radio-oncologues du site A
12. Perceptions de menace identitaire pré-fusion (variable de départ)	Faibles (tableau 7.8)	Élevées (tableau 7.8)	Faibles (tableau 7.8)
15. Degré d'harmonisation souhaité (variable de départ)	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé
9. Taille du groupe (variable de départ)	Élevée (de taille supérieure au sous-groupe du site B)	Faible (de taille inférieure au sous-groupe du site A)	Élevée (de taille égale au sous-groupe du site B)
13. Environnement favorisant les interactions (variable de départ)	Faiblement élevé	Faiblement élevé	Faiblement élevé
18. Mobilité découlant du rôle professionnel (variable de départ)	Faible	Faible	Élevée
26. Confiance envers autre sous-groupe (voir données qualitatives du chapitre 5)	Moyennement élevée	Moyennement élevée	Faiblement élevée
29. Confiance en le leadership (voir données qualitatives du chapitre 5)	Moyennement élevée	Faiblement élevée	Élevée
32. Roulement des personnes les moins identifiées (variable dépendante)	Faible	Élevé	Faible
31. Degré d'identification à la nouvelle unité (variable dépendante)	Élevé (tableau 7.8)	Élevé (tableau 7.8)	Élevé (tableau 7.8)
34. Satisfaction post-fusion (variable dépendante)	Élevée (tableau 7.8)	Élevée (tableau 7.8)	Élevée (tableau 7.8)
33. Scénario de la fin (variable dépendante)	Absorption (intégration forte - voir le tableau 7.8)	Absorption (intégration forte - voir le tableau 7.8)	Absorption (intégration forte - voir le tableau 7.8)

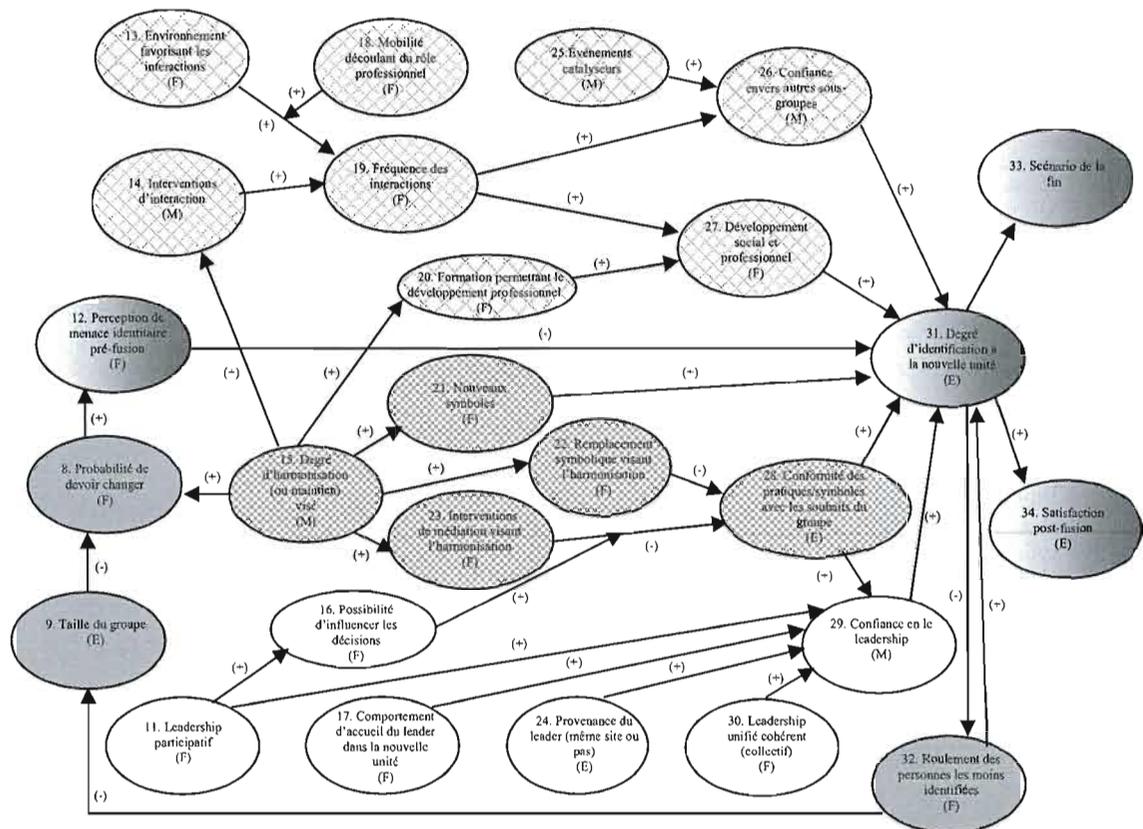


Figure 9.4

Les courants de causalité des variables post-fusion au département de radio-oncologie du site A (valeurs tirées de la perspective des employés provenant du site A)

9.7.1 Les employés de la spécialisation de radio-oncologie du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

Le courant « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31) : Pour harmoniser modérément les pratiques professionnelles des deux sous-groupes d'employés (15), les dirigeants de l'unité mettent en œuvre un petit nombre d'interventions de gestion qui génèrent des interactions, telles des rencontres de l'équipe unifiée (14). Sensible aux difficultés d'adaptation verbalisées par les employés, dans un contexte où le nombre

d'interventions de gestion est plutôt faible, un cadre supérieur du département met sur pied un groupe de travail visant à rapprocher les membres du nouveau département fusionné au chapitre de la communication. Ce groupe de travail vise plus spécifiquement un rapprochement inter-professionnels entre, d'une part, les employés des deux sites et, d'autre part, les radio-oncologues du site A. Ce groupe obtient un certain succès au sens où le nombre des communications et leur nature transparente sont rehaussés. Or, malgré cette intervention, le faible nombre d'interventions de gestion en général et la très grande unité linéaire (13) diminuent substantiellement la fréquence quotidienne des interactions dans l'unité fusionnée (19), même si les employés du site A ont la possibilité de se retrouver quotidiennement dans une grande salle à manger au site A. Le nombre plus faible d'interactions est à nouveau accentué par le fait que les technologues sont généralement postés sur une même machine ou, encore, sont attirés à un même processus tout au long de leur quart de travail (18). Par conséquent, le travail d'équipe avec leurs anciens collègues de travail, voire avec leurs nouveaux collègues, est moins courant. Pour ces raisons, le niveau de développement social et professionnel des employés du site A est relativement faible (27). Ayant déjà étudié avec la plupart de leurs nouveaux collègues arrivés du site B, les employés du site A manifestent une confiance moyennement élevée envers leurs nouveaux collègues (26); malgré ce niveau de confiance, la rareté des interactions diminue l'identification post-fusion de ces employés (31).

Le courant «**Développement social et professionnel**» (15-20-27-31) : Mis à part quelques occasions de coacher les employés du site B quant à l'utilisation de certaines technologies ou par rapport à des techniques de soins, l'effet de ce courant de causalité est négligeable.

Le courant «**Événements catalyseurs**» (25-26-31) : Le mécontentement partagé par les employés des sites A et B tant par rapport à l'isolement social que par rapport au style de gestion jugé directif des dirigeants du département (25), donne lieu à des contacts qui rapprochent ces deux sous-groupes et augmente la confiance témoignée par les employés du site A envers ceux du site B (26). Ce courant favorise l'identification des technologues du site A à la nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant « **Nouvelle symbolique** » (15-21-31) : À travers les visées d'harmoniser les pratiques professionnelles (15), les rénovations de l'unité au site A véhiculent une symbolique positive aux yeux des employés du site A (21), ce qui tend à favoriser leur identification à cette nouvelle unité qui, dorénavant, est à la fine pointe de la technologie (31).

Le courant « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) : Chez les technologues, l'harmonisation des pratiques (15) est opérationnalisée par une certaine participation à des comités de planification et à des négociations syndicales (23). Même s'ils ressortent fréquemment de ces discussions avec l'impression d'être relativement avantagés par rapport à leurs nouveaux collègues arrivés du site B, entre autres parce qu'ils représentent le sous-groupe « hôte » et parce que leur représentativité supérieure leur confère des chances légèrement meilleures d'influencer les décisions (16) de manière conforme avec leurs souhaits (28), les employés du site A demeurent sensibles au style de gestion jugé plus directif des dirigeants du département. Hormis une participation au groupe de communication qui leur confère l'impression de réellement faire valoir leur point de vue dans un contexte plus neutre, ce courant de causalité tend globalement à freiner l'identification à la nouvelle unité de ces employés du site A (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Le leadership en place au département de radio-oncologie est légèrement plus favorable à la participation des employés du site A au processus décisionnel (11), ce qui augmente leur possibilité d'influencer les décisions (16) en conformité avec leurs pratiques professionnelles et les symboles qui leur sont importants (28). Or, le style de gestion des leaders jugé fort et directif affecte à la baisse la confiance que les employés du site A manifestent envers le leadership de l'unité fusionnée (29).

Les comportements d'accueil manifestés par les leaders du département sont rares (17), mais le fait que le nouveau Directeur du département ainsi que le chef de service chez les technologues proviennent du site A (24), tend à augmenter la confiance des employés du site

A en le leadership de l'unité fusionnée (29). Cependant, la nature fragmentée du leadership retrouvé au département, mené fortement par le Directeur médical (30), représente un facteur qui s'ajoute au leadership directif pour freiner l'émergence de la confiance envers le leadership chez les employés du site A. Au final, ces employés du site A affichent une confiance tout au plus modérée envers le leadership du département (29), ce qui freine légèrement leur identification à l'unité fusionnée (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : À cause de perceptions de menace identitaire plus faibles (12) et d'un degré d'identification à la nouvelle unité relativement fort (31), presque aucun employé du site A quitte le département de radio-oncologie lors de la fusion (32), ce qui rend négligeable l'effet attribuable à ce courant de causalité.

La conclusion des employés de radio-oncologie du site A : En raison d'un plus petit nombre d'interventions de gestion au potentiel intégrateur, l'identification des employés du site A à leur nouvelle unité passe principalement un rapprochement significatif avec le sous-groupe d'employés du site B à travers la remise en question conjointe du style de leadership des dirigeants du département (un événement catalyseur), et par une nouvelle unité à la fine pointe de la technologie (symbolisme). On ne peut passer sous silence l'importance du groupe de travail portant sur l'amélioration des communications; cette intervention de gestion semble avoir constitué la seule véritable arène ayant permis aux employés du site A de participer à la négociation de leur nouvelle réalité organisationnelle d'une manière qui soit favorable à leur adaptation à la situation post-fusion. Il va sans dire que le fait d'accueillir la fusion contribue à faire vivre aux technologues en radio-oncologie du site A une réalité post-fusion relativement conforme à celle vécue avant la fusion. Ce statut quo organisationnel peut expliquer que leur niveau de confiance envers le leadership de l'unité soit un peu plus élevé que celui manifesté par les employés du site B.

Quelques mois après la fusion, les employés du site A manifestent une satisfaction post-fusion élevée (34), quoique quantitativement moins élevée que celle retrouvée chez les

employés arrivés du site B (voir la discussion du chapitre 7). Or, ce niveau de satisfaction est seulement le onzième en importance parmi les 14 sous-groupes étudiés par la présente recherche. De plus, ces employés affichent un degré élevé d'identification à la nouvelle unité (31) qui est quantitativement légèrement inférieur à celui retrouvé chez les employés arrivés du site B (voir la discussion du chapitre 7). Ces plus faibles niveaux de satisfaction et d'identification retrouvés chez les employés du site A peuvent être expliqués par leur expérience d'un statut quo professionnel sans réelle possibilité d'avancement, ainsi que par une charge de travail lourde et des relations de travail s'étant détériorées depuis l'avènement de la fusion.

9.7.2 Les employés de la spécialisation de radio-oncologie du site B (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

Tout comme leurs collègues du site A, les employés du site B vivent une même faible « **Fréquence des interactions** » (15-14-13/18-19-26/27-31), ainsi que le même « **Événement catalyseur** » (25-26-31) consistant à remettre conjointement en question le style de leadership dans l'unité fusionnée. Aussi, ces employés du site B perçoivent de manière similaire la « **Nouvelle symbolique** » (15-21-31) rattachée à l'environnement physique rénové.

LE PROCESSUS DE SOCIALIZATION

Une différence avec le sous-groupe de technologues du site A se trouve au chapitre du « **Développement social et professionnel** » (15-20-27-31). Dans une optique de polyvalence professionnelle, les dirigeants de l'unité offre de la formation aux employés du site B, principalement dans le but de leur permettre de se familiariser aux appareils retrouvés au site A (15). Puisque la technologie n'est pas toujours disponible au site A lors de leur période de formation, les technologues du site B jugent leur formation faiblement adaptée à leur besoin en développement professionnel pour faire face à la nouvelle réalité organisationnelle (20). Ainsi, les attentes en matière de développement professionnel cèdent le pas à une certaine amertume chez ces employés. De plus, les échanges inter-sites de personnel sont jugés moyennement pertinents par les employés du site B. Au final, ce

courant de causalité prive les employés du site B d'occasions de se développer socialement et professionnellement (27) et ralentit leur identification à la nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

Le courant « **Interventions de médiation** » (15-23/16-28-31) : Les employés provenant du site B jugent que l'annonce de la fusion, faite d'abord aux employés du site A, ainsi que le processus de nomination du chef de service allant chapeauter les deux sites, manquent considérablement de transparence et d'équité. En retour, ces perceptions teintent l'impact des interventions de médiation visant à promouvoir un degré modéré d'harmonisation professionnelle (15), telles les négociations syndicales et le comité de standardisation auxquels ne participent que quelques représentants du site B (23). Qui plus est, la décision de fusionner les deux syndicats fait perdre plusieurs privilèges à bon nombre d'employés basés au site B, tels leur ancienneté ainsi que leur priorité en ce qui a trait au choix des vacances et de la spécialisation professionnelle (e.g. la brachythérapie). Pour toutes ces raisons, les employés du site B se sentent dans une position très peu favorable pour influencer les décisions qui sont prises dans l'unité fusionnée (16), qu'elles soient ou non en conformité avec leurs pratiques professionnelles et les symboles qui leur sont importants (28). Ainsi, ce courant freine considérablement l'identification des employés du site B à leur nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS DE LÉGITIMATION

Le courant « **Confiance en le leader** » (11/16/28/17/24/30-29-31) : Le leadership en place au département de radio-oncologie tend à privilégier le point de vue des technologues du site A, qui sont plus nombreux, et donc à être moins favorable à la participation des employés du site B au processus décisionnel (11), ce qui diminue leur possibilité d'influencer les décisions (16) en conformité avec leurs pratiques professionnelles et symboles d'origine (28). Ce style de gestion affecte à la baisse la confiance que les employés du site B manifestent envers le leadership de l'unité fusionnée (29).

Puis, la rareté des comportements d'accueil manifestés par les leaders (17) se combine au fait que ces derniers proviennent du site A (24), pour diminuer à nouveau la confiance des employés du site B en le leadership de l'unité fusionnée (29). Puis, la nature fragmentée du leadership retrouvé au département (30), représente un autre facteur qui ralentit l'émergence de la confiance envers le leadership chez les employés du site B. En somme, ces employés affichent une faible confiance en le leadership du département (29), ce qui freine substantiellement leur identification à la nouvelle unité (31).

LE PROCESSUS D'ATTRITION

Le courant « **Roulement de personnel** » (12-31-32-9-8-12-31) : À cause de fortes perceptions de menace identitaire (12) et d'un plus faible degré d'identification à la nouvelle unité (31), la plupart des employés provenant du site B quittent le département de radio-oncologie plutôt que d'être transférés au site A (32). Tel que décrit précédemment dans le présent chapitre, ces départs entraîne une modification du positionnement de ce sous-groupe telle que leur identification à la nouvelle unité est initialement ralenti (9-8-12-31). De manière paradoxale, le départ de ces employés les plus mécontents de leur sort et les moins identifiés à la nouvelle unité (32) fait en sorte de rehausser, par la suite, l'identification à la nouvelle unité retrouvée collectivement chez les employés du site B arrivés au site A (31).

Il importe de souligner que pour palier à ces nombreux départs chez les employés du site B, plusieurs nouveaux employés rejoignent les rangs de l'unité au cours de la fusion. Or, ces nouveaux employés n'adoptent que faiblement les caractéristiques du profil identitaire de l'unité fusionnée, entre autres en remettant eux aussi en question le style de gestion qu'on y retrouve. Cette dernière particularité contribue, d'une manière singulière à ce cas de fusion, à resserrer les liens entre les sous-groupes d'employés tout en diminuant leur identification à la nouvelle unité fusionnée.

La conclusion des employés de radio-oncologie du site B : Chez les employés, ce dernier cas de fusion est dominé par un phénomène d'attrition du sous-groupe plus « faible » (i.e. moins nombreux) provenant du site B, généré par des mécanismes de gestion peu intégrateurs. Seuls un événement catalyseur (remise en question conjointe du style de

leadership retrouvé au département), un certain symbolisme (e.g. la modernité de l'environnement) et un phénomène d'attrition, sont relativement favorable à l'identification des employés du site B à la nouvelle unité. Plus précisément, les attentes en matière de développement professionnel retrouvées chez les employés du site B avant la fusion ne sont pas satisfaites pendant la fusion, ce qui leur crée des insatisfactions significatives. L'effet de ce plus petit nombre d'interventions de formation prend tout son sens lorsqu'on se rappelle que les employés du site B ont choisi d'être transférés au site A principalement pour profiter d'un avancement professionnel. Puis, le style de gestion en place et le faible nombre d'interventions de standardisation tendent à priver ces mêmes employés d'arènes leur permettant de négocier la nouvelle organisation du travail. Ainsi, les changements organisationnels découlant de la fusion sont majoritairement perçus par les employés site B comme étant imposés. Seul le groupe de travail visant l'amélioration de la communication dans l'unité fusionnée leur confère l'impression d'être un sous-groupe considéré au même titre que les autres sous-groupes faisant partie du département agrandi.

Qui plus est, la provenance du leadership en place au département fusionné s'additionne au leadership jugé directif pour ralentir l'émergence de la confiance des employés du site B envers les leaders, ce qui freine leur identification à la nouvelle unité et contribue fortement à leurs départs massifs. Or, ces départs expliquent aussi le niveau collectif élevé d'identification à la nouvelle unité une fois le transfert terminé (31), un niveau quelque peu supérieur à celui affiché par les employés du site A. Au final, les employés du site B arrivés au site A affichent un certain contentement lié à la modernité des lieux et à la fin des allers-retours épuisants entre les deux sites, ce qui explique que, quelques mois après la fusion, ils manifestent une satisfaction post-fusion élevée (34) qui soit quantitativement supérieure à celle retrouvée chez les employés du site A (voir la discussion du chapitre 7). Qui plus est, ce niveau de satisfaction est le quatrième en importance parmi les 14 sous-groupes étudiés lors de la présente recherche.

9.7.3 Les radio-oncologues du site A (degré d'identification à la nouvelle unité jugé élevé)

Puisque ce cas de fusion est caractérisé par le départ de tous les radio-oncologues basés au site B, tant le processus de socialisation que ceux dits de standardisation, de légitimation et d'attrition ont un impact négligeable sur le niveau d'identification et de satisfaction retrouvé chez les radio-oncologues du site A après la fusion.

La seule réelle nouveauté dans la réalité post-fusion des radio-oncologues du site A provient du fait de devoir interagir avec de nouveaux employés arrivés du site B. Globalement, dans ce contexte d'exode des médecins du site B, les radio-oncologues du site A manifestent une satisfaction post-fusion élevée (34), laquelle est tout juste supérieure aux employés du même site, ce qui les place au 10e rang parmi les sous-groupes de professionnels étudiés (voir la discussion du chapitre 7). De plus, ils affichent un degré élevé d'identification à la nouvelle unité (31), lequel degré est quantitativement supérieur à celui retrouvé chez les sous-groupes d'employés du département de radio-oncologie fusionné (voir la discussion du chapitre 7).

9.7.4 La conclusion du département de radio-oncologie du site A

Il importe de conclure en rappelant que ce cas de fusion est dominé par un phénomène d'attrition des sous-groupes les moins nombreux, provenant tous deux du site B, et ce, en grande partie à cause de l'absence d'intervention de gestion au potentiel intégrateur tant pour les employés que pour les médecins. Comparativement au trois autres cas de fusion, cette rareté d'interventions peut avoir créé une impression pour les sous-groupes en présence de subir les changements découlant de la fusion, plutôt que de les influencer. Chez les employés des deux sites, le groupe de travail portant sur l'amélioration de la communication inter-professionnelle a grandement contribué à favoriser leur adaptation aux changements découlant de la fusion. N'eut été de cette intervention, il est possible de croire que le processus de fusion aurait pu être le témoin d'un taux de roulement de personnel encore plus élevé. Puis, malgré la présence de certaines déceptions, la fusion continue à représenter une possibilité d'avancement professionnel pour les employés du site B ayant volontairement été transférés au site A, ce qui explique que leur identification et leur satisfaction post-fusion soient supérieures à celles retrouvés chez leurs nouveaux collègues du site A.

Aussi, même si la profession de médecin est généralement associée à un pouvoir décisionnel supérieur à celui retrouvé chez plusieurs autres professionnels de la santé, l'historique conflictuel et le style de leadership en vigueur au département de radio-oncologie fait en sorte que les radio-oncologues du site B sont dans une position très peu favorable pour influencer les décisions. Par ailleurs, le fort niveau d'identification et de satisfaction post-fusion chez les médecins du site A, s'explique principalement par le statu quo organisationnel que la fusion entraîne pour eux. Quelques mois après la fusion, quelques employés du site B sont absorbés par une grande majorité de personnes basées au site A, et la totalité des radio-oncologues du site B quitte le département de radio-oncologie de ce CHU.

9.8 L'effet des variables post-fusion sur le degré d'identification à la nouvelle unité : la théorie émergente et les contributions de la recherche

La présente section a pour but de présenter les douze (12) énoncés théoriques qui reflètent les phénomènes observés pendant la phase d'opérationnalisation de la fusion. Ces énoncés sont générés à partir des courants de causalité présentés tout au long du présent chapitre. Il importe de spécifier que chaque énoncé théorique s'applique à tous les sous-groupes de professionnels des quatre cas de fusion étudiés. Cependant, la nature exploratoire de la présente recherche fait en sorte que les énoncés théoriques produits demeurent à être répliqués par des travaux de recherche subséquents.

Chaque énoncé théorique est suivi d'une discussion ayant pour but d'articuler avec davantage de précision les constats liés à l'effet de quatorze (14) variables post-fusion. Les cinq premières variables, faisant partie du processus de socialisation, sont les interactions sociales et professionnelles, l'environnement physique, la confiance inter-groupe, les événements catalyseurs, ainsi que la formation. Puis, trois autres variables sont liées au processus de standardisation, soit la nouvelle symbolique, les remplacements symboliques et les interventions de médiation. Suivent ensuite les cinq variables propres au processus de légitimation, soit la confiance en le leader, le style de leadership, les comportements d'accueil du leader, la provenance de ce dernier, ainsi que l'aspect collectif du leadership.

Finalement, le roulement de personne est repris et expliqué (processus d'attrition). Le recours aux écrits portant sur les interventions de gestion en contexte de fusion permet ensuite de mettre en évidence les contributions de la présente recherche.

LE PROCESSUS DE SOCIALISATION

L'énoncé théorique 1 : l'identification par les interactions

Plus le processus de fusion offre aux personnes impliquées des occasions planifiées ou non d'interagir socialement et professionnellement, alors plus l'identification à la nouvelle unité tend à être élevée.

Les interventions favorisant les interactions, telles les rencontres d'équipe, permettent aux personnes d'obtenir l'information nécessaire entourant l'évolution du projet de fusion, en plus de leur permettre de faire la connaissance de leurs nouveaux collègues de travail. Ces interventions planifiées constituent entre autres un moment privilégié pour transmettre la vision des dirigeants aux professionnels et aux employés. Les fêtes sont également une forme d'intervention grandement appréciée, surtout dans un contexte où les aspects professionnels des sous-groupes sont potentiellement remis en question par la fusion. Le succès de ce type d'intervention de gestion résiderait principalement dans son potentiel à faire émerger la confiance interpersonnelle, en plus de contribuer au développement social et professionnel des personnes. Il est à noter que ces occasions d'interagir sont grandement influencées par le nombre et la nature des interventions de gestion, par la mobilité professionnelle des personnes, la taille et la forme de l'environnement physique, ainsi que par le temps.

La discussion qui suit a pour but de contraster les constats liés à l'effet des variables indépendantes post-fusion sur le degré d'identification à la nouvelle unité et à la satisfaction post-fusion, et ce, aux écrits scientifique sur le sujet. Les contributions de la présente recherche sont ainsi plus clairement mises en valeur.

Les interactions : D'après leurs travaux portant sur le sentiment d'appartenance à un groupe en contexte ambigu, problématique ou instable, Bartel et Dutton (2001) stipulent de l'identité d'un groupe serait la résultante d'un processus dialectique par lequel les membres

d'un groupe revendiquent les caractéristiques qui leur sont propres (*claiming*), alors que les autres groupes en contact avec le premier octroient de la crédibilité à cette identité revendiquée (*granting*). Or, selon Bartel et Dutton (2001), les interactions constitueraient un moyen par lequel des personnes ayant certaines ressemblances identitaires en viendraient à se percevoir, et à être perçues, comme des membres à part entière d'une même organisation.

Selon Larsson et Lubatkin (2001), en autant que l'autonomie des employés soit préservée pendant la fusion, les interventions de gestion agissant sur le tissu social tendraient à avoir un effet déterminant sur l'émergence d'une nouvelle culture, voire d'une nouvelle identité organisationnelle. Par exemple, ces auteurs parlent de programmes d'introduction, de visites et, le cas échéant, de retraites fermées, de célébrations et autres rites de socialisation, en tant qu'interventions favorisant la socialisation des personnes en contexte de fusion. Pour leur part, Jones et George (1998) avancent que des échanges comportementaux ayant lieu dans un contexte positif (ex. : événement d'accueil), seraient accompagnés d'humeurs et d'émotions qui contribuent à solidifier les liens sociaux, voire à développer des liens de confiance. Puis, dans leur étude empirique portant sur la construction de l'identité professionnelle, Chreim, Williams et Hinings (2007) ont trouvé que les interactions, telles les rencontres d'équipe et les interactions inter-groupes, pouvaient mener à une meilleure compréhension de la réalité d'autrui et au développement de liens de confiance, ce qui entraînerait de la collaboration et de la délégation.

La contribution de la recherche : La présente recherche confirme ce que les auteurs mentionnés ci-dessus avancent concernant l'effet des interactions sociales sur le tissu social et le processus d'identification à une organisation. Plus précisément, l'analyse des quatre cas de fusion permet de dégager le fait que les interactions agissent d'abord sur le développement social et professionnel des personnes concernées par la fusion, ainsi que sur l'émergence de liens de confiance inter-groupes, pour ensuite contribuer à leur identification à la nouvelle unité. Selon les données de la recherche, il est à noter que l'augmentation du nombre d'interactions dans l'unité fusionnée est généralement perçue favorablement par les parties prenantes à la fusion. Ainsi, ces interventions de gestion constituent peut-être une stratégie de rapprochement interpersonnel dans la nouvelle unité qui soit non menaçante et

qui produise moins de réactions antagonistes, et ce, même de la part des personnes les plus récalcitrantes vis-à-vis de la fusion.

L'énoncé théorique 2 : l'environnement physique

En modulant le nombre d'interactions sociales et professionnelles, la taille et la forme de l'environnement physique qui regroupe les sous-groupes influence l'identification des personnes à la nouvelle unité. Précisément, plus l'environnement est petit et de forme non linéaire plus les occasions d'interactions sont fréquentes et plus l'identification des personnes à la nouvelle unité tend à être élevée.

Quoique son effet soit modulé par la mobilité professionnelle, la taille et la forme de l'environnement physique de la nouvelle unité semble influencer l'émergence des relations de confiance et le développement des personnes, par la régulation de la fréquence des interactions quotidiennes non planifiées. À titre d'illustration, un vaste environnement linéaire oblige les gens à se déplacer, lorsqu'il est possible de le faire, afin d'échanger socialement ou d'obtenir de l'aide sur le plan professionnel. À l'opposé, dans une petite unité circulaire il est possible d'établir un contact visuel ou verbal direct afin de signifier son désir de socialiser ou son besoin d'aide. En diminuant le nombre des interactions, l'environnement (ex. : un grand environnement linéaire) ralentit l'émergence de la confiance interpersonnelle en plus de restreindre les occasions de développement social et professionnel, ce qui ralentit l'identification à la nouvelle unité. Qui plus est, l'isolement que peut causer un vaste environnement linéaire pourrait aussi affecter à la baisse la satisfaction post-fusion des personnes.

Tel que mentionné ci-dessus, une mobilité professionnelle accrue permet de maintenir une fréquence plus élevée d'interactions, et ce, malgré la forme et la taille de l'environnement physique. À ce chapitre, les membres du corps médical bénéficient d'une plus grande variété de rôles dans l'hôpital, ce qui leur confère une telle mobilité permettant, la plupart du temps, d'interagir socialement et professionnellement peu importe l'environnement physique. Contrairement aux médecins et aux chirurgiens, les employés sont plus dépendants de la forme de leur environnement de travail pour reconstruire leur tissu social après la fusion. Par exemple, les infirmières de l'USI du site A sont grandement affectées par le fait de travailler pendant plusieurs heures consécutives à l'intérieur, ou tout près, d'une chambre de patients fermées (i.e. le *pod*), répartie dans une vaste unité linéaire.

L'environnement physique: Selon Penn, Desyllas et Vaughan (1999), les personnes qui ont la possibilité de se déplacer dans une unité auraient une plus grande probabilité d'entreprendre une interaction sociale ou professionnelle avec d'autres personnes. Or, selon ces auteurs, la forme de l'environnement physique, ainsi que les meubles et les objets qui s'y trouvent, peuvent favoriser ou limiter ce nombre d'interactions (Penn et al., 1999). Pour leur part, Argyle et Dean (1965) prétendent qu'il existerait un niveau d'équilibre entre les besoins d'affiliation et d'intimité chez une personne. Par exemple, sans contact visuel les gens se sentiraient moins en communication avec autrui, voire privés de la satisfaction découlant de l'affiliation interpersonnelle (Argyle et Dean, 1965). À l'opposé, Argyle et Dean (1965) mentionnent que lorsque deux personnes sont très proches physiquement, des normes comportementales tacites tendraient à faire chuter le nombre et la durée des regards échangés, afin de préserver un certain niveau de confort. Donc, les personnes ajusteraient constamment leurs comportements de manière à préserver un niveau souhaité d'affiliation interpersonnelle, et ce, entre autres par l'entremise des contacts visuels (Argyle et Dean, 1965).

La contribution de la recherche : De manière intéressante, sans l'avoir initialement prévu, la présente recherche démontre l'effet considérable de l'environnement physique sur la fréquence des interactions non planifiées et, par conséquent, sur la confiance interpersonnelle et le degré d'identification à la nouvelle unité. Plus précisément, la forme et la taille de cet environnement influencent l'adaptation et le bien-être des gens en favorisant les échanges sociaux et professionnels ou, à l'opposé, en contribuant à leur isolement et donc au ralentissement de l'émergence de leur identification à la nouvelle unité. De plus, la présente recherche rend compte du lien subtil existant entre les trois variables que sont la forme de l'environnement physique, la mobilité professionnelle ainsi que le processus d'identification à l'organisation ou aux sous-groupes qui en font partie.

L'énoncé théorique 3 : les événements catalyseurs

La présence d'événements catalyseurs lors de la fusion favorise l'émergence de relations de confiance entre les membres des sous-groupes, ce qui tend à augmenter leur identification à la nouvelle unité.

Ces événements non planifiés ont parfois généré un objectif soudainement conjointement souhaité par les membres des différents sous-groupes, lequel objectif serait plus important que les enjeux identitaires ayant préalablement générés des perceptions de menace identitaires. De façon concrète un des cas étudié, un événement catalyseur a pris la forme du décès d'une personne à l'influence significative dans le groupe de travail. Dans un autre cas, il s'agissait de la remise en question conjointement par les différents sous-groupes d'une caractéristique identitaire présente dans l'unité après la fusion ou, encore, de l'arrivée d'un nouveau sous-groupe qui redirige les énergies des sous-groupes déjà présents dans l'unité fusionnée vers un objectif d'accueil et d'intégration. Par ailleurs, un événement catalyseur peut également être un phénomène plus routinier tel un patient dans un état critique nécessitant une collaboration inter-disciplinaire (i.e. inter-groupe). Malgré leur occurrence moins fréquente, les événements catalyseurs ont le potentiel de produire un certain rapprochement identitaire.

Les événements catalyseurs : Selon une étude de Chreim et al. (2007) réalisée dans le domaine médical, la présence d'interactions intensives entre des sous-groupes approchant de manières différentes les soins prodigués aux patients (e.g. lorsque des interactions se font entre des infirmières et des médecins), pourraient contribuer à ce que le sous-groupe réévalue ses décisions et ses pratiques professionnelles. Pour leur part, McKnight et al. (1998) avancent que les intentions de faire confiance à une autre personne seraient rehaussées après quelques interactions produites en tête-à-tête. Ces contacts, entre autres lorsqu'ils se produisent dans un contexte de dyade, permettent d'aller au-delà de l'information de surface (e.g. les idées préconçues) et de faire émerger une compréhension mutuelle de l'autre qui soit plus substantielle (McKnight et al., 1998). Puis, selon Sethi (2000), la promotion d'une identité englobante (« *superordinate identity* ») constitue une intervention de gestion pouvant produire des rapprochements significatifs entre les sous-groupes d'une organisation. La stratégie consisterait à favoriser l'identification des gens à un niveau supérieur par rapport à la fonction qu'ils occupent individuellement, comme à leur équipe de travail. Pour arriver à instaurer cette identité dite englobante lors d'une fusion, et donc pour détourner quelque peu l'attention des personnes des enjeux liés aux identités d'origine, les gestionnaires pourraient choisir de renforcer l'utilité et les succès de l'équipe de travail, plutôt que de renforcer le travail sur une base individuelle (Sethi, 2000).

Ce mécanisme pourrait s'appliquer, selon Sethi (2000), là où les membres des différents sous-groupes sont appelés à collaborer sur une base relativement fréquente.

La contribution de la recherche : Contrairement aux stratégies planifiées visant la promotion d'une nouvelle identité englobante (Sethi, 2000), les événements catalyseurs au processus d'identification à la nouvelle unité se produisent de manière fortuite tout au long des activités d'intégration. De manière cohérente avec les résultats de Chreim et al. (2007) et de McKnight et al. (1998), les événements catalyseurs non planifiés documentés dans la présente recherche semblent contribuer significativement à l'émergence de la confiance entre les membres de deux sous-groupes, pour ensuite favoriser leur identification à la nouvelle unité. C'est entre autres en déclassant certains enjeux liés à la menace identitaire, au profit d'un objectif commun aux membres des différents sous-groupes en présence, que semblent opérer les rapprochements catalytiques.

L'énoncé théorique 4 : la confiance inter-groupe

Plus les membres d'un sous-groupe font confiance aux membres d'un autre sous-groupe avec lesquels ils interagissent après la fusion, plus leur identification à la nouvelle unité tend à être élevée.

Le présent énoncé théorique est d'abord appuyé par les données qualitatives recueillies par les entrevues. Précisément, ces données empiriques témoignent du fait que le niveau de confiance inter-groupe serait une fonction de la fréquence des interactions sociales et professionnelles, ainsi que de la présence d'événements catalyseurs. De plus, l'énoncé théorique est appuyé par des corrélations significatives entre la confiance interpersonnelle retrouvée entre de nouveaux collègues de travail dans la nouvelle unité fusionnée (c'est-à-dire, la confiance entre des personnes faisant anciennement partie de sous-groupes distincts) et l'identification de ces personnes à la nouvelle unité fusionnée, et ce, lors des deux distributions du questionnaire (5 mois après la fusion $r = 0,447$ ($N=121$), $p=0.01$ et 17 mois après la fusion $r = 0,413$ ($N=56$), $p=0.01$).

Les relations de confiance : Dans leur article théorique, Mishra et Spreitzer (1998) proposent que les relations de confiance et les perceptions de justice (distributive, procédurale et interactive) pourraient contribuer à diminuer les résistances des personnes

touchées par un changement organisationnel, et ce, en remodelant leur interprétation du changement en question. Selon le texte théorique de McKnight et al. (1998), la confiance interpersonnelle initiale présente dans une nouvelle relation organisationnelle – telle celle retrouvée lors d’une fusion - serait une fonction des dispositions personnelles de chacun, de certains processus cognitifs, ainsi que de la confiance institutionnelle qui résulterait de la présence de structures et de filets de sécurité. Selon leur modèle théorique, Whitener et al. (1998) affirment que l’émergence et le développement des relations de confiance retrouvées à même une équipe de travail pourraient être significativement influencés par les actions du gestionnaire. Ainsi, les gestionnaires pourraient avoir une part d’imputabilité en ce qui a trait à la confiance que les employés manifestent entre eux et envers leur supérieur (Whitener et al., 1998). Maguire et Phillips (2008) avancent que l’ambiguïté de l’identité organisationnelle après une fusion, en ce qui a trait à ses aspects centraux, distinctifs et durables, pourrait contribuer à diminuer le niveau de confiance en l’organisation chez les parties prenantes. Puis, à mesure que la nouvelle identité se précise après la fusion, certaines personnes peuvent se sentir aliénées et, à nouveau, faire moins confiance à l’organisation.

La contribution de la recherche : Les résultats de la présente recherche sont cohérents avec ceux obtenus par Mishra et Spreitzer (1998) ainsi que Whitener et al. (1998), tout en précisant les facteurs qui favorisent, en amont, l’émergence de cette confiance inter-groupe pendant une fusion (e.g. la fréquence des interactions et la présence d’événements catalyseurs), puis en établissant un lien direct entre la confiance inter-groupe et le degré d’identification post-fusion.

L’énoncé théorique 5 : la formation des personnes

Plus la formation mise sur pied pendant la fusion permet aux personnes de se développer socialement et professionnellement, alors plus l’attrait pour la fusion est rehaussé à leurs yeux, et plus leur identification à la nouvelle unité tend à être élevée.

D’après les données, le souhait qu’ont les employés de se développer comme individu et comme professionnel, représente un levier significatif que peuvent utiliser les gestionnaires afin de mobiliser leurs employés dans le projet de fusion et, par le fait même, pour favoriser

leur identification à la nouvelle unité. Cependant, il est primordial que la formation soit perçue comme pertinente et enrichissante aux yeux de ces mêmes employés.

La formation : Afin de favoriser la socialisation des personnes en contexte de fusion, et donc de stimuler leur processus d'identification à la nouvelle unité, Larsson et Lubatkin (2001) privilégient spécifiquement certaines interventions qui contribuent à leur développement telles les programmes de formation. Ce type d'intervention de gestion aurait notamment un effet déterminant sur l'émergence d'une nouvelle culture et d'une nouvelle identité. Selon les résultats d'une étude empirique, Empson (2004) affirme que les interventions de gestion mises en place pour réaliser le processus d'acquisition d'une organisation, et plus précisément la formation offerte aux employés, contribuerait à l'émergence d'une nouvelle identité plus complexe (« *multi-layered identity* »). En s'appuyant sur leurs résultats empiriques, Yin et Uen (2006) avancent que la socialisation des professionnels nouvellement arrivés dans une organisation se ferait de manière particulièrement efficace par la mise en place un système de jumelage d'un professionnel plus expérimenté avec un professionnel qui l'est moins (e.g. la relation mentorale). Un tel jumelage favoriserait l'acquisition de connaissances et de savoir-faire, ce qui serait associé à une évaluation plus positive de l'organisation et à une identification accrue (Yin et Uen, 2006).

La contribution de la recherche : La présente recherche confirme l'importance de la formation professionnelle en tant qu'intervention de gestion d'importance en contexte de fusion, et ce, en ce qui a trait au développement de connaissances et d'habiletés comme précurseur au processus d'identification (Yin et Uen, 2006). Or, la recherche met au jour l'importance de la pertinence de ces programmes de formation pour les employés touchés par des objectifs de polyvalence professionnelle, et ce, comme condition essentielle à leur succès. Plus précisément, la formation doit leur permettre d'acquérir de nouvelles connaissances et habiletés leur permettant de devenir fonctionnel dans le nouveau contexte post-fusion. Puis, selon les données de la recherche, la formation peut représenter un fort attrait sur le plan de l'avancement professionnel pour les personnes en contexte de fusion. Lorsque ces deux conditions sont satisfaites, soit d'acquérir les compétences permettant d'être tout simplement opérationnel ou permettant de relever les nouveaux défis tant

attendus, alors la formation devient un levier qui contribue significativement à l'identification des personnes à la nouvelle unité. En somme, l'utilisation de ce type d'intervention de gestion semble délicate au sens où la formation permettrait d'attirer certaines personnes souhaitant un avancement professionnel dans leur carrière ou de prévenir le départ de personnes dans un contexte d'émergence rapide de la polyvalence professionnel, mais à la condition de répondre aux attentes des ces deux catégories de personnes.

LE PROCESSUS DE STANDARDISATION

L'énoncé théorique 6 : l'apport de la nouvelle symbolique

Plus les interventions de gestion produisent de nouveaux symboles partagés par les membres des différents sous-groupes en présence, alors plus le degré d'identification à la nouvelle unité tend à être élevé chez ces mêmes personnes.

À ce titre, la modernité de l'unité et de ses équipements sont de tels symboles favorisant l'identification des personnes à la nouvelle entité organisationnelle. La désuétude des équipements et de l'environnement de travail retrouvée dans la plupart des unités étudiées avant la fusion, dont au sein de l'unité de soins orthopédiques, donne du poids à ces deux dimensions symboliques au cours de la mise en œuvre des changements organisationnels. Il est fort à parier que certains autres symboles puissent agir de la même manière sur l'identification des gens, en autant que ces symboles soient jugés attrayants par les parties prenantes à la fusion.

Les nouveaux symboles : Dans leur étude empirique, Ravasi et Schultz (2006) stipulent que la gestion des symboles, dont ceux employés dans le discours organisationnel, serait parfois très efficace pour opérationnaliser une transformation sur le plan des valeurs, des attitudes et des comportements. Mael et Ashforth (1989) avancent que le gestionnaire se devrait de capitaliser sur la recherche perpétuelle d'une identité organisationnelle perçue comme positive par les membres de l'organisation, et ce, en promouvant de nouveaux noms, logos, et mascottes, ou encore un nouveau jargon ainsi que les nouveaux leaders. De façon similaire, Gioia et Thomas (1996) stipulent qu'une nouvelle image attrayante et unique pourrait favoriser l'adoption de changements organisationnels, et ce, au détriment de

l'ancienne image de l'organisation. Puis, selon Carroll (1995), les métaphores et autres symboles linguistiques pourraient être utilisés afin de redéfinir une identité. Cependant, alors que ces nouvelles métaphores auraient le pouvoir d'établir des liens entre les membres d'un groupe, et de favoriser l'émergence d'une nouvelle identité, elles pourraient aussi contribuer à diminuer l'identification au groupe chez les personnes se sentant aliénées par l'avènement du nouveau discours. Pour sa part, Biggart (1977) affirme que le gestionnaire devrait savoir habilement « imposer » et récompenser l'adoption des aspects constitutifs de la nouvelle identité. Selon ce chercheur, il importerait de conserver dans l'organisation certains anciens symboles identitaires, tel un pavillon, pour en faire la promotion et ainsi faciliter l'adaptation des gens à la fusion (Biggart, 1977).

La contribution de la recherche : Dans les quatre cas de fusion étudiés, les principaux leviers symboliques à l'identification à la nouvelle unité sont l'environnement physique et les technologies modernes que ce dernier peut comporter. Il est possible de penser que cette symbolique agit de manière à bonifier l'image de la nouvelle unité (Gioia et Thomas, 1996), tant aux yeux de ses membres que des personnes de l'externe. Vu encore autrement, cette nouvelle symbolique pourrait constituer un sujet commun dans le nouveau discours des professionnels et des employés de l'unité fusionnée (Carroll, 1995), voire représenter une source de fierté. Les résultats de la présente recherche mettent au jour l'importance de l'aspect fonctionnel rattaché aux symboles favorisant l'identification à la nouvelle unité. En somme, une symbolique judicieusement choisie pour son potentiel à faciliter concrètement le travail dans la nouvelle unité et à représenter tant une source de fierté qu'un facteur d'attraction pour les personnes, serait davantage une source d'identification chez les personnes touchées par une fusion entraînant des changements profonds en matière de pratiques professionnelles.

L'énoncé théorique 7 : les remplacements symboliques

Plus un remplacement symbolique pendant la fusion permet à un sous-groupe de préserver ses pratiques professionnelles et les symboles qui lui étaient importants avant la fusion, alors plus l'identification du sous-groupe à la nouvelle unité tend à être élevée.

Paradoxalement, pour favoriser l'identification à la nouvelle unité opérationnelle, les remplacements symboliques se doivent de pérenniser certains aspects des identités pré-

fusion, et ce, en matière de pratiques professionnelles et de symboles. À titre d'exemple, le nouveau code de couleur instauré dans les deux USI généraux fait suffisamment référence aux anciennes identités pour être un levier de changement jugé conforme aux pratiques et aux symboles en vigueur avant la fusion et, ainsi, favoriser tant l'adaptation des personnes que leur identification à la nouvelle unité.

Les remplacements symboliques : La stratégie de confluence de Chreim (2001) permettrait à certaines facettes d'une ancienne identité de demeurer tout au long du processus de fusion, pendant que de nouvelles bases identitaires sont jetées. La confluence représenterait une stratégie misant sur un symbolisme qui puisse remplacer certains éléments identitaires, tout en demeurant conforme à certaines pratiques et/ou symboles datant d'avant la fusion (Chreim, 2001). Selon cette auteure, un tel processus de remplacement identitaire serait accompli par une communication transparente partant des dirigeants de l'unité ou, encore, par la mise en commun d'idée lors de groupes de discussions (Chreim, 2001). La stratégie de la confluence amène naturellement celle qui consiste à modifier l'image des anciens sous-groupes et celle de la nouvelle entité, afin que l'ancienne image perde de son éclat au profit de la nouvelle, du moins en partie (Pratt, 2000). Cette intervention s'apparente à celles du « *sensebreaking* » et du « *sensemaking* » au cours desquelles une identité de départ est d'abord présentée comme faisant obstacle à une identité souhaitée (« *sensebreaking* ») pour ensuite être graduellement remplacée par de nouveaux idéaux (« *sensemaking* »). Quelques fois, les gestionnaires arrivent à cette fin en faisant miroiter les empêchements de l'identité originelle ou de certains de ses éléments constitutifs, pour que les parties concernées par la micro-fusion consentent à modifier leur identité.

La contribution de la recherche : Rejoignant les principes à la base de la stratégie de la confluence (Chreim, 2001), mais contrairement à certains aspects plus radicaux qui soutiennent la stratégie de « *sensebreaking* » (Pratt, 2000), les remplacements symboliques qui ont obtenus du succès dans les quatre cas de fusion étudiés se doivent d'ajouter une nouvelle symbolique sans que cette dernière vienne dénigrer les anciennes pratiques de travail et les anciens symboles d'importance avant la fusion. Reprenant l'exemple mentionné précédemment, le nouveau code de couleur instauré dans les deux USI généraux pour représenter les deux clientèles de patients remplace d'anciens symboles en apportant des

éléments de nouveauté qui, paradoxalement, rappellent suffisamment les identités médicale et chirurgicale d'origine aux employés pour être acceptés conjointement par les représentants de ces deux spécialisations. Ainsi, ce remplacement symbolique contribue à l'émergence de l'identification à la nouvelle unité chez les employés par une dynamique subtile pouvant représenter un défi de taille pour le gestionnaire à la tête du processus de fusion.

L'énoncé théorique 8 : les interventions de médiation

Plus les membres d'un sous-groupe ont la perception de pouvoir influencer à leur avantage les décisions ainsi que le nouveau profil identitaire par des interventions de médiation, plus l'identification à la nouvelle unité est favorisée chez ces mêmes membres.

En étant à même d'influencer les processus décisionnels conformément à leurs anciennes pratiques et à certains symboles d'importance avant la fusion, les personnes s'assurent de minimiser la probabilité de devoir modifier leur façon de travailler, surtout en contexte d'harmonisation professionnelle. Ainsi, ce sentiment de contrôle relatif permettrait de diminuer les perceptions de menace identitaire chez les personnes. À titre d'exemple, les employés des spécialisations médicale et chirurgicale de l'USI du site A sont dans une position relativement favorable pour influencer les décisions lors des interventions de médiation, tandis que ceux provenant de la spécialisation de radio-oncologie du site B le sont moins, ce qui tend à ralentir considérablement l'identification à la nouvelle unité chez ce dernier sous-groupe.

Les interventions de médiation (contribution de la recherche) : Aucun écrit portant sur les interventions de médiation en contexte de fusion n'est recensé par le chercheur de la présente recherche, ce qui confère une valeur ajoutée aux présents résultats. L'analyse des quatre cas de fusion démontre que le succès des interventions dites de médiation est une fonction de la possibilité qu'on les personnes d'influencer les décisions conformément à leurs anciennes pratiques de travail et aux symboles pré-fusion d'importance. Ainsi, comme le phénomène paradoxal découlant du fait de remplacer des symboles, les interventions de médiation à succès doivent favoriser la pérennité de la réalité organisationnelle pré-fusion des personnes afin de stimuler leur identification à la nouvelle unité. Il est à noter que le succès des interventions de médiation, et donc indirectement le pouvoir d'influence des

personnes, sont grandement influencés par le style de leadership en place dans l'unité organisationnelle. Par exemple, un style de leadership participatif favorise l'apport des personnes aux interventions de médiation et le succès de ces dernières, alors qu'un style plus directif limite tant l'influence des personnes que le succès de l'intervention.

LES PROCESSUS DE LÉGITIMATION

L'énoncé théorique 9 : la confiance en le leadership

Plus les personnes ont confiance en le leadership de l'unité fusionnée, laquelle confiance est une fonction de variables spécifiques (le style de leadership, les comportements d'accueil manifestés par le leader, la provenance du leader et l'aspect collectif du leadership), plus elles ont tendance à s'identifier à cette nouvelle unité.

Empiriquement, plusieurs variables influencent la confiance que les personnes manifestent en le leadership d'une unité opérationnelle en contexte de fusion, telles le style de leadership (ex. : participatif), les comportements d'accueil manifestés par le ou les leaders, la provenance du leader, ainsi que l'aspect collectif du leadership. Par exemple, avant même d'avoir été témoin du style de gestion de leur nouvelle infirmière gestionnaire, et des comportements d'accueil qu'elle met en œuvre pour favoriser l'adaptation de tous pendant la fusion, les employés de la spécialisation chirurgicale de l'USI du site B ont grandement confiance en « leur ancienne » infirmière gestionnaire, puisque cette personne provenant de la même spécialisation chirurgicale est déjà connue de leur part, et donc, jouit d'un capital politique déjà établi. Par opposition, les employés provenant de la spécialisation de radio-oncologie du site B font beaucoup moins confiance aux leaders du département de radio-oncologie, lesquels proviennent du site A et, par ailleurs, mettent en œuvre un style de gestion moins participatif, voire plus directif.

Le présent énoncé théorique est également appuyé par des corrélations significatives entre la confiance manifestée par les personnes envers les gestionnaires de la nouvelle unité fusionnée et leur identification à la nouvelle unité fusionnée, et ce, lors des deux distributions du questionnaire (5 mois après la fusion $r = 0,554$ ($N=118$), $p=0.01$ et 17 mois après la fusion $r = 0,597$ ($N=55$), $p=0.01$).

Le style de leadership : Le fait de donner la chance aux membres d'un sous-groupe de prendre part activement au processus décisionnel grâce à une gestion participative, représente un mécanisme qui permettrait de légitimer la fusion est de favoriser l'identification des personnes à la nouvelle unité. Dans leur étude empirique, Ullrich et al. (2005) ont trouvé que la perception de continuité entre les phases pré- et post-fusion serait un facteur qui favorise l'identification à l'unité fusionnée. Or, cette perception de continuité serait favorisée par le leadership de style participatif, entre autres au chapitre de l'élaboration de certains objectifs (Ullrich et al., 2005). Selon une étude qualitative menée par Empson (2004) auprès d'une firme de comptabilité ayant été acquise par une seconde firme oeuvrant dans le même domaine, les employés « acquis » apprécie le leadership de type attentionné (*sensitive*). Un tel type de leadership renvoie aux actions de parler au plus grand nombre d'employés possible pendant le changement organisationnel, en plus de prendre part aux événements sociaux organisés par les employés.

Puis, selon Whitener et al. (1998), le gestionnaire possède une grande responsabilité quant à la nature de la relation qu'il entretient avec ses employés. Or, selon ces auteurs, un fort niveau de confiance entre le gestionnaire et ses employés serait de grande importance pour maximiser le succès d'efforts de ré-ingénierie organisationnelle (Whitener et al., 1998). Il est possible de tracer un parallèle entre les propos de Whitener et al. (1998) et l'importance du style de gestion afin de favoriser l'adaptation des personnes en contexte de fusion.

La contribution de la recherche : La présente recherche confirme l'importance du leadership, et plus précisément celui de style participatif, en ce qui a trait à la possibilité des parties prenantes à la fusion d'influencer les décisions. Or, la recherche met au jour de façon intéressante un lien de causalité entre la présence d'un leadership participatif, une augmentation de la confiance manifestée par les personnes envers le leader et l'augmentation de l'identification de ces personnes à la nouvelle unité.

Les comportements d'accueil et les actions du leader: Plusieurs comportements d'accueil et de nombreuses actions initiés par le leader d'une organisation en transformation seraient à la base de la ré-identification des personnes à la nouvelle entité fusionnée. Sans établir de lien direct avec le lien de confiance, Larsson et Lubatkin (2001) avancent que les

interventions de gestion ayant un effet sur le tissu social dont celles visant à favoriser l'accueil des participants (ex. : les visites et les célébrations) tendraient à avoir un effet déterminant sur l'émergence d'une nouvelle identité. De plus, selon Ullrich et al. (2005), plus le leader d'un groupe essaie d'agir comme les membres du sous-groupe, en agissant comme un entrepreneur de l'identité organisationnelle, et plus serait stimulée l'identification organisationnelle chez les membres du groupe. D'après leur étude empirique, Kavanagh et Ashkanasy (2006) ont trouvé que les actions posées par le leader en contexte de fusion pourraient avoir un impact tangible sur la coopération des personnes et l'acceptation du changement. En traduisant spécifiquement des éléments de planification, de consultation ainsi que de transparence et de compassion pendant le processus d'intégration, les actions dites socio-émotives seraient les plus porteuses d'un effet positif sur le tissu humain (Kavanagh et Ashkanasy, 2006). En ce sens, les communications mises sur pied seraient l'outil de gestion principal à la base des actions socio-émotives. Qui plus est, ces mêmes auteurs avancent que le rythme de la fusion est un paramètre pouvant être contrôlé par le leader, lequel paramètre pourrait influencer les perceptions des personnes entourant le leadership en présence dans l'organisation (Kavanagh et Ashkanasy, 2006). Kavanagh et Ashkanasy (2006) stipulent qu'un changement planifié réalisé en étapes serait davantage garant de comportements empreints de coopération et d'acceptation chez les personnes, qu'un changement très rapide, ou très lent.

Pour leur part, van Knippenberg et van Knippenberg (2005) ont démontré en laboratoire, que les comportements et attitudes des membres d'un groupe seraient influencés par les comportements témoignant de sacrifice de la part du leader (i.e. le report de l'assouvissement des intérêts personnels du leader dans le but de desservir le groupe). Une relation positive existerait entre, d'une part, la productivité des membres du groupe, leurs perceptions d'efficacité en tant que groupe, leurs perceptions entourant le leader (e.g. le charisme du leader) et, d'autre part, les comportements de sacrifice du leader (van Knippenberg et van Knippenberg, 2005). Cette relation serait plus prononcée lorsque les caractéristiques du leader correspondent plus faiblement avec le membre prototype du groupe, tel que déterminé par l'identité (van Knippenberg et van Knippenberg, 2005). En somme, les membres d'un groupe seraient mobilisés par les comportements de leader

témoignant du souci envers autrui, et ce, d'une manière encore plus forte lorsque l'identité du leader est perçue comme différente de celle qui caractérise le groupe.

Ellemers et al. (2004) avancent que l'habileté du leader à communiquer afin de créer une perception d'identité partagée, serait un facteur d'importance qui sous-tend l'émergence des comportements souhaités de la part des employés. Pour leur part, Bartels et al. (2007) ont démontré qu'un climat de communication favorable, c'est-à-dire la perception qu'ont des employés quant à la qualité de leurs communications et de leurs relations interpersonnelles dans l'organisation, augmenterait l'identification de ces personnes à leur sous-groupe de travail. Bartels et al. (2006) ainsi que van Dick et al. (2006) ont trouvé que des communications organisationnelles perçues comme efficaces par les employés seraient associées à une plus forte identification post-fusion de leur part.

La contribution de la recherche : La présente recherche confirme les propos des différents auteurs cités ci-dessus. Cependant, la présente recherche va plus loin en mettant au jour le lien existant entre d'une part les comportements d'accueil et les actions du leader et, d'autre part, l'émergence – ou la consolidation – du lien de confiance qui unit les personnes à leur leader. Puis, de manière empirique dans les cas de fusion étudiés, ce lien de confiance semble favoriser l'identification des personnes à la nouvelle unité (voir la discussion précédente entourant la confiance envers le leadership).

La provenance du leader: Selon Hogg (2001), le leadership est un phénomène dialectique à l'intérieur duquel le rôle de leader et ceux détenus par les personnes dirigées sont interdépendants. Entre autres, au fur et à mesure que le groupe deviendrait une entité tangible, l'évaluation et les perceptions d'efficacité entretenues à l'égard du leader seraient une fonction de l'identité que ce même leader affiche (Hogg, 2001). En s'appuyant sur leur étude empirique, Ullrich et al. (2005) stipulent que l'efficacité du leadership en contexte de fusion et d'acquisition reposerait entre autres sur l'habileté de plaire aux membres d'un sous-groupe chapeauté par une même identité, une dynamique dont le succès serait étroitement lié à la concordance de l'identité du leader avec celle du groupe. Dans leur texte théorique, Ellemers et al. (2004) construisent une argumentation s'appliquant lorsque des personnes s'identifient davantage en fonction d'un groupe que d'attributs personnels (e.g.

pendant une fusion organisationnelle). Précisément, le leader pourrait arriver à motiver ses subordonnés non pas par l'expression de ses qualités individuelles (i.e. comportements équitables), mais par des comportements témoignant de l'identité sociale de ces mêmes employés. Puis, van Dick et al. (2007) ont démontré, à l'aide de deux études empiriques, qu'il existerait une relation positive entre la force de l'identification du leader à l'organisation et l'identification de ses subalternes à cette même organisation.

La contribution de la recherche : La présente recherche confirme que la provenance du leader semble influencer l'identification des personnes à la nouvelle unité. Lorsque le leader provient du même sous-groupe que certains employés ou médecins, alors leur identification à la nouvelle entité organisationnelle tend à être supérieure. Or, selon les données recensées, cette dynamique identitaire serait modulée par la confiance initiale que ces personnes manifestent envers le leader, et ce, dès les premiers instants de la fusion, soit avant même que le leader ait posé des comportements venant modifier ce lien de confiance initial. La logique étant que les membres d'un sous-groupe auraient tendance à évaluer plus positivement la performance de leur nouveau leader dans l'unité fusionnée, et à s'identifier à l'organisation post-fusion, si celui-ci faisait partie de la même équipe qu'eux avant la fusion. À leurs yeux, un tel leader déjà connu pourrait représenter un appui pouvant maximiser leur accès aux ressources et aux opportunités de développement, et ce, même dans la nouvelle unité.

Le leadership collectif : D'après leur étude empirique portant sur le leadership dans un grand hôpital aux prises avec un changement stratégique de taille, Denis et al. (1996) avancent que le leadership peut prendre une forme collective de manière à ce que soient formées diverses constellations d'acteurs jouant des rôles distincts mais interdépendants. Selon ces auteurs, un leadership dit collectif tendrait à favoriser l'opérationnalisation d'un changement organisationnel (Denis et al., 1996).

La contribution de la recherche : Un des mécanismes à la disposition du gestionnaire serait celui de consolider l'équipe à la tête du processus de fusion, dont il fait partie, afin de concentrer l'influence et les efforts vers un même objectif : l'opérationnalisation de la fusion. La présente recherche souligne l'importance du leadership collectif en contexte de

fusion hospitalière, tout en mettant au jour le fait que la provenance des personnes faisant partie de ce collectif semble influencer la confiance manifestée par les personnes touchées par la fusion envers le leadership. Précisément, la présence de leadership collectif permettrait de favoriser l'opérationnalisation de la fusion, alors que représentativité des principaux sous-groupes au sein de la constellation faisant foi de leadership collectif semble donner de la crédibilité à cette instance décisionnelle aux yeux des personnes touchées par une fusion (et par une remise en question identitaire potentielle). Par exemple, le leadership collectif retrouvé au sein de la fusion de l'USI généraux du site B regroupe un Directeur provenant de la spécialisation médicale et une infirmière gestionnaire provenant de la spécialisation chirurgicale. Cette représentativité des deux principales spécialisations semble avoir donné de la crédibilité au leadership manifesté pendant la fusion.

LE PROCESSUS D'ATTRITION (paradoxe)

La présente section présente les trois énoncés théoriques reliés au phénomène de roulement de personnes dans l'unité fusionnée, pour ensuite introduire une discussion recoupant ces mêmes trois énoncés.

L'énoncé théorique 10 : l'attrition des uns favorise l'identification des autres

Plus les membres insatisfaits d'un même sous-groupe quittent une unité fusionnée, plus le niveau global de l'identification à la nouvelle unité est rehaussé à l'intérieur de ce même sous-groupe.

Cette situation est entre autres observée chez les employés de la spécialisation de radio-oncologie quelques mois après leur transfert du site B vers le A, ainsi que chez les employés du département d'orthopédie du site B, arrivés au site A après des négociations syndicales éprouvantes. Or, il est constaté que malgré le départ des personnes les plus insatisfaites, celles qui demeurent dans la nouvelle unité fusionnée peuvent se sentir menacées après le départ de leurs anciens collègues. Ainsi, le onzième énoncé théorique découle du dixième.

L'énoncé théorique 11 : les départs accentuent la perception de menace identitaire

Plus il y a de départs au sein d'un même sous-groupe de personnes, plus les personnes qui choisissent de rester font face à une probabilité élevée de devoir modifier leur manière de travailler et, donc, moins l'identification à la nouvelle unité est élevée chez ces personnes.

Les départs agissent directement sur le nombre de personnes provenant d'un sous-groupe qui choisissent de demeurer dans l'unité fusionnée. En nombre réduit, les employés et les médecins faisant partie d'un même sous-groupe ont tendance à craindre de devoir modifier « leur » façon de travailler à la suite de la fusion, et peuvent alors percevoir une menace planant sur leur identité (voir la discussion du chapitre 8). En somme, le départ de personnes appartenant à un même sous-groupe tend à augmenter la période de temps requise pour que les membres restant, s'identifiant potentiellement déjà faiblement à la nouvelle unité, puissent amorcer leur processus d'identification à la nouvelle unité. Cette situation est observée chez les employés de l'USI du site B, et plus précisément chez ceux de la spécialisation chirurgicale, ainsi qu'au sein du sous-groupe composé des employés de la radio-oncologie du site B.

L'énoncé théorique 12 : l'arrivée de nouvelles personnes en cours de fusion

Lorsque le profil identitaire de l'unité fusionnée est attrayant (contenu, force, source), alors l'arrivée pendant et après la fusion de nouveaux professionnels de la santé venant de l'extérieur du CHU contribue à la fois à l'adoption du nouveau profil identitaire et à la diminution de l'importance des anciens profils identitaires.

Une telle situation tend à faire diminuer les perceptions de menace identitaire des membres de l'unité opérationnelle, tous sous-groupes confondus. Il est intéressant de noter que la remise en question du profil identitaire de la nouvelle unité fusionnée, observée au département de radio-oncologie, peut entre autres s'expliquer par le fait que certaines caractéristiques du nouveau profil identitaire, telles que le style de gestion et l'approche auprès du patient, sont moins désirables aux yeux d'une cohorte de plus jeunes employés arrivés après la fusion.

Le départ et l'arrivée de personnes (contribution de la recherche) : Aucune littérature portant sur l'effet du roulement de personnes en contexte de fusion n'est recensée par le chercheur de la présente étude. Les résultats de la présente étude constituent ainsi une contribution sur le sujet. Plus précisément, les données démontrent que le départ de personnes appartenant à un même sous-groupe pourrait produire deux phénomènes distincts

se déroulant, paradoxalement, en parallèle. Premièrement, le départ des personnes les moins identifiées à la nouvelle unité, et les plus insatisfaites de la fusion, augmente la probabilité à laquelle font face les membres de ce même sous-groupe demeurant en poste de devoir modifier leur manière de travailler. Cette perception d'affaiblissement du sous-groupe placerait les personnes ayant choisi de rester dans une position de plus grande vulnérabilité face à la négociation de la nouvelle réalité organisationnelle, ce qui tendrait à augmenter leur perception de menace identitaire et à ralentir leur identification à la nouvelle unité. Paradoxalement, le départ des personnes les moins satisfaites, et l'arrivée potentielle de nouveaux professionnels pendant la fusion, contribueraient à rehausser le niveau d'identification à la nouvelle unité fusionnée retrouvé à l'intérieur de ce même sous-groupe. Ce deuxième phénomène d'identification par attrition prend une ampleur plus significative lorsque plusieurs personnes quittent presque simultanément l'unité fusionnée, comme ce fut le cas chez les employés de la spécialisation de radio-oncologie du site B. Bref, les départs massifs des uns contribueraient à une hausse subite de l'identification collective chez les autres, sans pour autant éliminer les perceptions de menace identitaire et les sources d'insatisfaction chez ces derniers. Il est possible de croire que l'ensemble du processus de fusion ainsi que les interventions de gestion, puissent ensuite intervenir sur le phénomène d'attrition pour contenir ou augmenter les perceptions de menace identitaire découlant de la taille réduite du sous-groupe.

Le retour sur le cadre conceptuel

En tentant de prédire le niveau d'identification à la nouvelle unité, la satisfaction post-fusion des personnes en contexte de fusion et la forme de l'intégration identitaire, et ce à partir de la résultante de la rencontre de profils identitaires et des interventions de gestion, le cadre conceptuel de la recherche a permis une analyse explicative des processus en cours pendant la fusion. Le cadre conceptuel révèle notamment l'effet considérable des interactions planifiées et non planifiées sur le processus d'identification. Il permet également de mettre au jour plusieurs phénomènes, dont l'effet de la forme et de la taille de l'environnement physique, celui des événements catalyseurs au processus d'identification, ainsi que l'effet paradoxal sur le processus identitaire des remplacements symboliques, des interventions de médiation et de l'attrition des personnes. Finalement, le cadre conceptuel permet de

souligner l'aspect fortement social du leadership en contexte de fusion, ainsi que de décortiquer les variables influençant la confiance envers ce leadership puis l'identification post-fusion. L'étude a permis de confirmer la proposition de recherche selon laquelle les interventions mises sur pied par les gestionnaires pendant la micro-fusion d'unités opérationnelles peuvent influencer significativement tant le processus d'intégration sur le plan de la rencontre identitaire que les résultats de la micro-fusion au chapitre du degré d'identification, de la satisfaction et du scénario d'intégration identitaire (proposition 4 dans le deuxième chapitre). Il importe aussi de mentionner que la puissance explicative du cadre conceptuel s'est avérée accentuée par la découverte de nouvelles variables telle la forme et la taille de l'environnement physique ainsi que les événements catalyseurs.

En somme, il semble que la simple présence d'interventions de gestion n'entraîne pas automatiquement l'identification et la satisfaction post-fusion des personnes, même lorsqu'elles sont utilisées avec une bonne volonté telle que décelée par la majorité des employés et des professionnels rencontrés. D'autres facteurs tels la mobilité professionnelle, l'environnement physique servant de réceptacle au processus d'intégration organisationnelle, les événements catalyseurs non planifiés, ainsi que la pertinence des interventions de développement professionnel en contexte d'une augmentation de la polyvalence professionnelle, ont un impact substantiel sur l'identification et la satisfaction post-fusion. De plus, le désir retrouvé chez les personnes en ce qui a trait à une certaine conformité professionnelle et symbolique pendant et après la fusion, tout comme la provenance des leaders et la résultante complexe du processus d'attrition, représentent d'autres facteurs ayant une influence significative sur les variables dépendantes étudiées. Ces explications représentent un avancement de la connaissance théorique entourant tant le processus d'intégration identitaire en contexte hospitalier, que l'influence des gestionnaires à la tête de tels changements organisationnels d'envergure. Il se dégage de la présente recherche le constat que pour réussir à rassembler divers sous-groupes autour d'une même identité, laquelle serait le fruit de divers processus d'intégration, il importe de prendre en compte les identités d'origine, mais aussi plusieurs variables et processus, dont certains sont sous le contrôle des leaders. Ainsi, la présente étude constitue un pas vers l'élaboration d'un modèle théorique plus exhaustif permettant d'expliquer et d'orienter un processus d'intégration identitaire, dans le but de favoriser l'adaptation des personnes.

Chapitre X

LA CONCLUSION

La présente recherche avait pour but de répondre aux deux questions que sont : (1) comment les profils identitaires des sous-groupes d'origine présents en contexte de micro-fusion influencent-ils le déroulement de la fusion et ses résultats au chapitre du degré et de la forme d'intégration identitaire atteints après la fusion, ainsi que de la satisfaction des personnes touchées par cette dernière, puis (2) comment les interventions de gestion mises en place lors d'une micro-fusion influencent-elles le déroulement de la fusion, le degré et la forme d'intégration identitaire atteints après la fusion, ainsi que le niveau de satisfaction des personnes. Tel qu'expliqué au chapitre 2, la démarche reposait sur le postulat que la rencontre de profils identitaires différents influence le processus de fusion en créant une perception de menace identitaire plus ou moins élevée. Puis, il était également supposé que les interventions de gestion mises en œuvre influenceraient tant le processus d'intégration que les résultats finaux (i.e. l'identification et la satisfaction post-fusion, ainsi que le scénario d'ajustement qui en émergerait).

La nature des résultats de la recherche confirme qu'il est pertinent d'étudier la problématique identitaire, tout comme les interventions de gestion, en contexte de fusion organisationnelle. D'après les données obtenues, les profils identitaires présents a priori et les interventions de gestion mises en œuvre pour réaliser la fusion et pour favoriser l'adaptation, influencent les perceptions de menace identitaire, tout comme l'identification à la nouvelle unité, la satisfaction post-fusion ainsi que le scénario retrouvé quelque temps après la fusion. Les prochaines sections reprennent les contributions les plus intéressantes de la recherche, en débutant par l'exposition des résultats rattachés à la phase

pré-fusion. Il est important de souligner qu'étant donné le caractère exploratoire de la recherche, ces résultats devront être vérifiés par des études plus poussées.

10.1 Les contributions de la recherche pour la compréhension de la phase pré-fusion

Le cadre conceptuel et la méthodologie employés ont d'abord permis de confirmer l'influence des constituants du profil identitaire, en plus de mettre au jour l'effet significatif de la désirabilité du changement organisationnel ainsi que de la probabilité de modifier sa manière de travailler après la fusion.

Précisément, la recherche a permis de confirmer les propositions de recherche selon lesquelles les perceptions de menace identitaires chez les personnes sont accrues avant la fusion par la présence de contenus identitaires différents (proposition 1), par un nombre restreint de sources d'identification sujettes à être modifiées (proposition 2) ainsi que par une force d'identification élevée avant la fusion (proposition 3). Cependant, la puissance explicative du profil identitaire s'est avérée bonifiée par les variables contextuelles que sont l'attrait que représente la fusion organisationnelle et à la probabilité de modifier sa manière de travailler à la suite de la fusion. La prochaine section présente de manière plus détaillée les principales contributions de la phase pré-fusion.

10.1.1 Les manifestations contextuelles du profil identitaire

La présente recherche a d'abord pu reproduire les résultats de bon nombre d'auteurs s'étant penchés sur l'effet de l'identité, entre autres comme variable de la saillance des frontières inter-groupes (Tajfel, 1974; Tajfel, 1978a et 1978b; Turner, 1978; Tajfel, 1981; Hogg et Abrams, 1990), comme générateur de perceptions de menace identitaire en contexte de changement social ou professionnel (Ibarra, 1999; Chreim, 2001; Ibarra et Petriglieri, 2007; Callan, Gallois, Mayhew, Grice, Tluchowska et Boyce, 2007) ou, encore, en facteur influençant la force de l'identification post-fusion (Bartels et al., 2006; van Dick et al., 2006; Ullrich et al., 2005; van Leeuwen et al., 2003). Selon les résultats de la présente recherche, les différences identitaires (contenu de l'identité) entre des sous-groupes de

professionnels tendent à générer la crainte chez les personnes que leurs acquis identitaires ne seront plus aussi importants dans le nouveau contexte organisationnel, ce qui tendrait à entraîner des perceptions de menace avant le début de la fusion.

Les résultats permettent également de confirmer que la force de l'identification modulerait l'intensité des réactions des personnes touchées par la fusion. Par exemple, la rencontre de deux sous-groupes à l'identification d'origine forte produirait plus de perceptions de menace identitaire et de comportements de préservation identitaire de part et d'autre que lorsque la force d'identification entre deux sous-groupes est différente et/ou plus faible. De plus, les résultats de la recherche mettent au jour l'impact des sources d'identité pendant la fusion. Précisément, au cours de la fusion, les employés tendent à craindre d'être déracinés de leur groupe de travail et de devoir reconstruire leur réseau social, et ce, en plus d'avoir à protéger certaines de leurs anciennes caractéristiques professionnelles, deux éléments fortement liés à leur source première d'identification nommément le sous-groupe de travail. D'ailleurs, il se dégage des résultats que l'influence du site (hôpital) en contexte de fusion inter-site est plutôt modéré, et ce par rapport à l'hypothèse de départ; les employés et les médecins semblent vivre des enjeux identitaires et d'adaptation qui sont davantage reliés à leur réalité quotidienne vécue au sein de leur sous-groupe de travail. Ainsi, basés sur les résultats, il appert que c'est lorsque la forme, voire l'existence, de ce même sous-groupe d'appartenance agissant à titre d'importante source d'identification sont menacées par l'intégration imminente avec une autre entité organisationnelle (e.g. un autre sous-groupe) que ses membres perçoivent le plus de menaces identitaires. En revanche, la présence de plusieurs sources d'identification découlant, par exemple, de l'appartenance à quelques sous-groupes différents dans l'hôpital, serait porteur de zones de stabilité identitaire contribuant à rehausser la tolérance et la flexibilité vis-à-vis les changements entraînés par la fusion.

De façon particulièrement intéressante, la recherche met au jour l'aspect contextuel du profil identitaire, précisément au sens où la manifestation tangible pendant la fusion de ses éléments constitutifs (i.e. les différences identitaires, la force de l'identification et le nombre de sources d'identification) ne prend pas à tous coups la forme d'une augmentation significative des perceptions de menace identitaire. En effet, l'attrait que représentent les changements découlant de la fusion, tout comme la probabilité de devoir changer sa manière

de travailler à la suite de la fusion, deux variables pouvant varier en fonction du contexte et de l'historique en place, viendraient exacerber ou contenir l'effet du profil identitaire. En somme, l'attrait que représente la fusion pour les personnes ainsi que la probabilité à laquelle ces derniers sont confrontés de devoir modifier leur manière de travailler, sont deux variables d'importance, partiellement sous le contrôle du gestionnaire (e.g. le gestionnaire peut influencer le rythme de la fusion et l'ampleur des changements organisationnels) qui, en retour, peuvent moduler les réactions des personnes touchées par la fusion, telles les perceptions de menace identitaire, la satisfaction post-fusion ainsi que l'identification à la nouvelle entité sociale et organisationnelle après la fusion.

10.1.2 L'effet du statut du sous-groupe sur l'attrait de la fusion

La présente recherche ajoute à la compréhension actuelle de l'effet du statut sur les perceptions de menace identitaire en période de fusion, et ce, en offrant une autre piste d'explication à ce phénomène déjà documenté (Terry, 2001). Précisément, les résultats de la recherche laissent entrevoir qu'une compréhension plus détaillée et réaliste chez les personnes des changements à venir découlant de la fusion, une compréhension qui tend à se raffiner à l'approche des changements organisationnels, puisse faire en sorte que les perceptions de menace identitaire initiales (plus faibles chez le sous-groupe au statut plus élevé et plus fortes chez le sous-groupe au statut plus faible) basculent lorsque la fusion devient imminente, voire lorsqu'elle prend forme concrètement. Autrement dit, la mise en œuvre imminente de la fusion semble amener la compréhension que des changements, aussi circonscrits ou minimes soient-ils, sont potentiellement inévitables pour toutes les personnes touchées par la fusion, et ce, sans égard au statut. Aussi, la stratégie de polyvalence professionnelle annoncée consistant à standardiser les pratiques de travail dans l'unité fusionnée et, donc, à entraîner des changements identitaires pour les deux sous-groupes en présence, semble accentuer cette même prise de conscience et contribuer à l'attrait de la fusion pour le sous-groupe au statut plus faible ainsi qu'à hausser les perceptions de menace identitaire pour celui au statut plus élevé.

10.1.3 La taille du sous-groupe et la probabilité de conserver ses acquis

Une fois réalisée, la recherche réplique également les résultats de Hewstone et al. (2001) selon lesquels des inégalités inter-groupes directement attribuables, aux yeux des personnes, au rapport de nombre, diminueraient l'occurrence de négociations manifestées avec véhémence par les « opprimés » au sujet de leur réalité organisationnelle inéquitable. La présente recherche nuance la compréhension du lecteur au chapitre de ce phénomène. Précisément, alors que les membres d'un sous-groupe minoritaire percevant une inégalité ont tendance à faire valoir leur point de vue avec moins de véhémence à l'« autre » sous-groupe avec lequel la fusion a lieu, les résultats démontrent qu'ils sont par ailleurs plus enclins à manifester leur insatisfaction aux membres de leur sous-groupe, voire à quitter l'organisation à la suite de la fusion. Ce dernier phénomène mériterait d'être pris en compte par le gestionnaire au moment de planifier la mise en œuvre de la fusion.

10.2 Les contributions de la recherche à la compréhension de la phase post-fusion

En analysant le niveau d'identification à la nouvelle unité, la satisfaction post-fusion des personnes et la forme de l'intégration résultant du changement organisationnel, et ce à partir de la présence d'interventions de gestion servant à réconcilier les différences retrouvées au chapitre des profils identitaires, le cadre conceptuel de la recherche a permis de mieux expliquer les processus en cours pendant et peu après une fusion. De manière plus détaillée, la présente recherche a permis de confirmer la proposition de recherche selon laquelle les interventions de gestion pendant la micro-fusion d'unités opérationnelles peuvent influencer significativement tant le processus d'intégration sur le plan de la rencontre identitaire que les résultats de la micro-fusion au chapitre du degré d'identification, de la satisfaction post-fusion et du scénario d'intégration identitaire (proposition 4). La puissance explicative du cadre conceptuel s'est avérée accentuée par la découverte empirique de nouvelles variables telles que la forme et la taille de l'environnement physique ainsi que l'occurrence d'événements catalyseurs au processus identitaire.

Les résultats révèlent notamment l'effet considérable des interactions planifiées et non planifiées sur le processus d'identification, mettant entre autres au jour l'effet de la forme et de la taille de l'environnement physique sur le tissu social. Les événements catalyseurs au

processus d'identification, ainsi que l'effet paradoxal tant des remplacements symboliques que des interventions de médiation et de l'attrition des personnes sont également au nombre des résultats particulièrement intéressants. Aussi, les résultats permettent d'apprécier l'aspect fortement social du leadership en contexte de fusion, et de décortiquer au passage les variables influençant, d'une part, la confiance envers ce leadership puis l'identification post-fusion.

En somme, il semble que la simple présence d'interventions de gestion n'entraîne pas automatiquement l'identification et la satisfaction post-fusion des personnes, même lorsqu'elles sont perçues comme étant utilisées avec bonne volonté par une majorité des employés et des professionnels concernés. D'autres facteurs tels la mobilité professionnelle, l'environnement physique servant de réceptacle au processus d'intégration organisationnelle, les événements agissant à titre de catalyseurs non planifiés, ainsi que la pertinence des interventions de développement professionnel en contexte d'augmentation de la polyvalence professionnelle, auraient un impact substantiel sur l'identification et la satisfaction post-fusion. De plus, le désir retrouvé chez les personnes en ce qui a trait à une certaine conformité professionnelle et symbolique entre les phases pré et post-fusion (i.e. souhait de statut quo), tout comme la provenance des leaders et la résultante complexe du processus d'attrition, représentent d'autres facteurs influençant significativement ces mêmes variables dépendante.

10.2.1 Les interactions interpersonnelles et l'influence de l'environnement et de la mobilité professionnelle

La présente recherche confirme ce que de nombreux auteurs avancent concernant l'effet des interactions sociales sur le tissu social et sur le processus d'identification (Bartel et Dutton, 2001; Larsson et Lubatkin, 2001). Cependant, la recherche permet d'offrir une explication causale quant au développement de l'identification à l'organisation après une fusion. Plus précisément, les données permettent de dégager le fait que les interactions agissent d'abord sur le développement social et professionnel des personnes concernées pas la fusion, pour ensuite favoriser l'émergence de liens de confiance inter-groupes, lequel lien contribue à son tour à stimuler l'identification à la nouvelle unité. Les données de la recherche révèlent

également que l'augmentation du nombre d'interactions dans l'unité fusionnée est généralement perçue favorablement par les parties prenantes à la fusion, et ce, en particulier lorsque des objectifs managériaux visent en grande partie à rendre polyvalents les employés et le corps médical sur le plan professionnel. Ainsi, ces interventions de gestion constituent peut-être une stratégie de rapprochement interpersonnel répondant à un besoin d'affiliation dans la nouvelle unité qui soit non menaçante et qui produise moins de réactions antagonistes, et ce, même de la part des personnes considérées récalcitrantes vis-à-vis de la fusion.

Or, de manière particulièrement intéressante et sans l'avoir initialement prévu, la présente recherche démontre l'effet considérable de l'environnement physique sur la fréquence des interactions non planifiées et, par une série de liens causaux, sur l'émergence de la confiance interpersonnelle puis de l'identification des personnes à la nouvelle unité. Plus précisément, la forme et la taille de l'environnement influenceraient l'adaptation et le bien-être des gens en favorisant les échanges sociaux et professionnels ou, à l'opposé, en contribuant à leur isolement et donc ultimement au ralentissement de l'émergence de leur identification à la nouvelle unité. La présente recherche va un peu plus loin afin de décortiquer le lien subtil existant entre les trois variables que sont la forme de l'environnement physique, la mobilité professionnelle ainsi que l'identification à l'organisation, un lien permettant d'expliquer avec plus de précision que le processus d'identification repose en grande partie sur le potentiel d'affiliation, de collaboration voire d'anticipation dont l'environnement est porteur de par sa forme et son étendue.

10.2.2 L'effet intégrateur des événements catalyseurs

Contrairement aux stratégies planifiées visant la promotion d'une nouvelle identité englobante (Sethi, 2000), les résultats de la recherche révèlent que les événements catalyseurs au processus d'identification à la nouvelle unité se produiraient de manière fortuite tout au long des activités d'intégration. Selon les résultats, et de manière cohérente avec certains auteurs (McKnight et al., 1998; Chreim et al., 2007), les événements catalyseurs non planifiés peuvent dans certains cas contribuer significativement à l'émergence du lien de confiance entre les membres de deux sous-groupes préalablement

distincts, ce qui favoriserait ensuite leur identification à la nouvelle unité. Ce serait entre autres en déclassant certains enjeux liés à la menace identitaire, au profit d'un objectif commun aux membres des différents sous-groupes en présence (e.g. besoin de socialisation ou de collaborer), que semblent opérer les rapprochements catalytiques. En somme, les événements dits catalyseurs permettraient à l'attention de chacun d'être portée sur autre chose que les perceptions de menace identitaire pré- et post-fusion.

10.2.3 Le paradoxe de la standardisation : la nouveauté instaurée dans le respect de la tradition

Rejoignant les principes à la base de la stratégie de la confluence (Chreim, 2001), mais contrairement à certains aspects plus radicaux qui sous-tendent la stratégie de « *sensebreaking* » abordée par certains auteurs comme Pratt (2000), les remplacements symboliques ayant obtenus du succès dans les quatre cas de fusion étudiés se doivent d'ajouter une nouvelle symbolique qui ne dénigre pas les anciennes pratiques de travail et les anciens symboles d'importance avant la fusion. Reprenant un exemple mentionné précédemment, le nouveau code de couleur instauré dans les deux USI généraux pour représenter les deux clientèles de patients remplace d'anciens symboles, tout en apportant des éléments de nouveauté qui, paradoxalement, rappellent suffisamment les identités médicale et chirurgicale d'origine aux employés pour être acceptés conjointement par les représentants de ces deux spécialisations, lesquelles sont rattachées à des identités différentes. Ainsi, un tel remplacement symbolique peut contribuer à l'émergence de l'identification à la nouvelle unité chez les employés par une dynamique subtile pouvant représenter un défi de taille pour le gestionnaire à la tête du processus de fusion.

Par ailleurs, aucun écrit portant sur les interventions de médiation en contexte de fusion n'a été recensé par la présente recherche, ce qui confère une valeur ajoutée aux résultats obtenus. Précisément, les résultats démontrent que le succès des interventions dites de médiation est une fonction de la possibilité qu'on les personnes d'influencer les décisions conformément à leurs anciennes pratiques de travail et aux symboles pré-fusion d'importance. Ainsi, comme le phénomène dialectique découlant du remplacement de symboles, les interventions de médiation à succès doivent reposer sur la pérennisation des

aspects propres à la réalité pré-fusion, et ce, afin de promouvoir une certaine cohabitation des réalités pré- et post-fusion. C'est ce mélange de statut quo et de changements graduels qui, en retour, favoriseraient l'identification des personnes à la nouvelle unité organisationnelle. Les données mettent aussi au jour le fait que le succès des interventions de médiation, et indirectement le pouvoir d'influence des personnes, sont grandement influencés par le style de leadership en place dans l'unité organisationnelle. Par exemple, un style de leadership participatif favorise tant l'apport des personnes aux interventions de médiation que le succès de ces dernières, alors qu'un style plus directif limite l'influence des personnes aussi bien que le succès de l'intervention.

10.2.4 Le leadership en contexte de fusion : un phénomène à teneur inter-groupe

Il se dégage de la présente recherche que l'identification des personnes à la nouvelle unité opérationnelle après la fusion serait directement liée à la confiance manifestée en les leaders à la tête du processus de fusion. Or, à son tour, ce lien de confiance serait prédit par un ensemble de facteurs, dont le style de leadership, les comportements d'accueil et les actions du leader, la provenance de ce dernier, ainsi que l'aspect collectif du leadership. L'effet isolé de chacun de ces facteurs, mais aussi leur effet combiné, expliquent avec plus de précision les relations de confiance qui lient les gestionnaires à leurs relevants et, ultimement, sont des variables explicatives significatives servant à mieux comprendre les variations documentées quant à l'identification post-fusion des personnes à leur nouvelle unité. Le reste de la section rappelle avec plus de précisions le rôle joué par le style de leadership, les comportements d'accueil et les actions des leaders, la provenance du ou des leaders à la tête de la fusion, ainsi que le leadership collectif pendant un tel changement organisationnel.

Le style de leadership : La présente recherche confirme d'abord l'importance du leadership, et plus précisément celui de style participatif, en ce qui a trait à la possibilité des parties prenantes à la fusion d'influencer les décisions, ce qui augmente leurs perceptions de continuité ainsi que leur identification à l'unité fusionnée (Ullrich et al., 2005). Or, la recherche suggère de façon intéressante un lien de causalité entre la présence d'un

leadership participatif, l'augmentation de la confiance manifestée par les personnes envers le leader puis l'augmentation de l'identification de ces mêmes personnes à la nouvelle unité.

Les comportements d'accueil et les actions du leader: Les résultats confirment les propos des différents auteurs traitant des comportements des leaders en contexte de fusion (van Knippenberg et van Knippenberg, 2005; Kavanagh et Ashkanasy, 2006; Bartels et al., 2006; van Dick et al., 2006), tout en allant au-delà de leur discussion en dégageant le lien existant entre, d'une part, les comportements d'accueil et les actions du leader et, d'autre part, l'émergence ou la consolidation du lien de confiance qui unit les professionnels et les médecins à leur leader. Tel qu'appuyé de manière empirique dans les cas de fusion étudiés, ce lien de confiance favorise l'identification des personnes à la nouvelle unité.

La provenance du leader: Puis, selon les résultats, la provenance du leader semble influencer l'identification des personnes à la nouvelle unité. Lorsque le leader provient du même sous-groupe que les employés ou les médecins, alors leur identification à la nouvelle entité organisationnelle tend à être supérieure. L'analyse de la réalité vécue par les différents sous-groupes révèle que cette dynamique identitaire serait modulée par la confiance initiale que les personnes manifestent envers le leader, dès les premiers instants de la fusion, soit avant même que le leader ait posé des comportements « post-fusion » venant favoriser ou non ce lien de confiance initial. La logique étant que les membres d'un sous-groupe auraient tendance à évaluer plus positivement la performance de leur nouveau leader dans l'unité fusionnée, et indirectement à s'identifier à l'organisation que ce dernier dirige à présent, si ce leader faisait partie de la même équipe qu'eux avant la fusion. Aux yeux des personnes touchées par la fusion, un tel leader déjà connu pourrait représenter un allié pouvant maximiser leur accès aux ressources et aux opportunités de développement dans la nouvelle unité.

L'aspect inter-groupe du leadership collectif: Un levier de changement à la disposition du gestionnaire serait celui de consolider l'équipe à la tête du processus de fusion, une équipe dont il fait partie, afin de renforcer l'influence socio-politique, et les efforts de changements vers un même objectif : la mise en œuvre de la fusion. La présente recherche confirme l'importance du leadership collectif en contexte de fusion hospitalière, mais, par rapport à la

littérature traitant du sujet (Denis et al., 1996), avance le fait que l'aspect inter-groupe (i.e. l'aspect identitaire) de la composition de ce collectif influencerait significativement la confiance manifestée par les personnes touchées par la fusion envers le leadership. Précisément, alors que la présence à elle seule d'un leadership collectif permettrait de favoriser la mise en oeuvre de la fusion, la représentativité des principaux sous-groupes, et donc des différentes identités, au sein du collectif faisant foi de leadership semble rehausser la crédibilité de cette instance décisionnelle aux yeux des personnes touchées par une fusion (et par une remise en question identitaire potentielle). En retour, cette crédibilité accrue agirait à titre de levier sur le processus d'identification post-fusion des gens. Par exemple, le leadership collectif retrouvé au sein de la fusion de l'USI généraux du site B regroupe un Directeur provenant de la spécialisation médicale et une infirmière gestionnaire provenant de la spécialisation chirurgicale. Cette représentativité des deux principales spécialisations (i.e. identités) parmi les dirigeants les plus influents de la fusion semble, selon les données, avoir contribué à faire en sorte que les changements organisationnels mis en place par ces derniers pendant la fusion aient plus fréquemment été acceptés par les personnes touchées par la fusion, du moins en tant qu'initiatives jugées équitables selon une perspective intergroupe.

10.2.5 Le paradoxe du roulement de personnel

Aucune littérature portant sur l'effet du roulement de personnes en contexte de fusion n'a été recensée par le chercheur de la présente étude. Ainsi, les résultats obtenus constituent une contribution sur le sujet du roulement de personnel pendant une fusion organisationnelle. Plus précisément, les données démontrent que le départ de personnes appartenant à un même sous-groupe pourrait produire deux phénomènes distincts se déroulant, paradoxalement, en parallèle. Premièrement, le départ des personnes les moins identifiées à la nouvelle unité, lesquelles sont généralement les plus insatisfaites de la fusion, augmente la probabilité à laquelle font face les membres de ce même sous-groupe demeurant en poste de devoir modifier leur manière de travailler. Aux yeux de ceux qui restent, le départ de collègues entraînerait une perception d'affaiblissement du sous-groupe qui les placerait dans une position de plus grande vulnérabilité face à la négociation de la nouvelle réalité organisationnelle, ce qui tendrait à augmenter leurs perceptions de menace

identitaire et à ralentir leur identification à la nouvelle unité. Or, paradoxalement, le départ des personnes les moins identifiées, et l'arrivée potentielle de nouveaux professionnels pendant la fusion, contribueraient aussi à rehausser le niveau collectif d'identification à la nouvelle unité fusionnée retrouvé à l'intérieur du sous-groupe. Ce deuxième phénomène d'identification par attrition prend une ampleur plus significative lorsque plusieurs personnes quittent presque simultanément l'unité fusionnée, entre autres comme ce fut le cas chez les employés de la spécialisation de radio-oncologie du site B. Bref, les départs massifs des uns contribueraient à une hausse subite de l'identification organisationnelle collective chez les autres, sans pour autant éliminer les perceptions de menace identitaire et les sources d'insatisfaction chez les personnes toujours en poste. Cependant, il a été noté que l'ensemble du processus de fusion ainsi que les interventions de gestion, peuvent intervenir sur le phénomène d'attrition en contenant, en diminuant ou en augmentant les perceptions de menace identitaire découlant de la taille réduite du sous-groupe, et donc, peuvent influencer le nombre des départs subséquents.

10.3 Les autres résultats à retenir

On ne peut passer sous silence certains autres résultats dignes de mention, permettant de mieux comprendre les processus de fusion sur le plan humain. La présente section traite de ces autres résultats pertinents en contexte de fusion, soit la subtilité des relations de confiance intergroupe et la pertinence rattachée à la formation offerte aux personnes et aux nouveaux symboles instaurés dans l'unité.

La subtilité des relations de confiance intergroupe : Les résultats de la présente recherche sont cohérents avec ceux obtenus par de nombreux auteurs (Mishra et Spreitzer, 1998; McKnight, Cummings et Chervany, 1998; Maguire et Phillips, 2008) en ce qui a trait à l'importance de la confiance en contexte de fusion. Or, les résultats mettent au jour une série de facteurs qui agissent en amont pour favoriser l'émergence de cette confiance intergroupe pendant une fusion. La fréquence des interactions spontanées et planifiées, telle que modulée par les interventions de gestion et l'environnement physique ainsi que la présence d'événements catalyseurs au rapprochement identitaire, sont au nombre de ces facteurs

explicatifs. Puis, de par la méthodologie employée, la recherche permet d'établir empiriquement un lien causal entre la confiance inter-groupe et le degré d'identification à l'organisation post-fusion. Ainsi, à la lumière de ces résultats, des dynamiques observées relativement tôt dans le processus de fusion (e.g. le nombre d'interactions sociales et professionnelles) peuvent être plus facilement rattachées à l'émergence de la confiance inter-groupe, laquelle émergence est d'une importance capitale au processus d'identification à la nouvelle unité.

La pertinence de la formation et de la nouvelle symbolique : La présente recherche confirme l'importance de la formation professionnelle en tant qu'intervention de gestion d'importance en contexte de fusion, en ce qui a trait au développement de connaissances et d'habiletés comme précurseur au processus d'identification (Yin et Uen, 2006). Or, la recherche met au jour l'importance de la pertinence de ces programmes de formation, d'un point de vue pragmatique, pour les personnes touchées par des objectifs de polyvalence professionnelle, et ce, comme condition essentielle au succès de ce type d'intervention de gestion. Plus précisément, la formation doit permettre aux parties prenantes d'acquérir de nouvelles connaissances et habiletés leur permettant de devenir fonctionnel le plus rapidement possible dans le nouveau contexte post-fusion. De plus, selon les données de la recherche, la formation pourrait également servir à confirmer l'attrait que représente la fusion sur le plan de l'avancement professionnel des personnes. Lorsque ces deux conditions sont satisfaites, soit d'acquérir les compétences permettant d'être fonctionnel dans la nouvelle réalité organisationnelle ou, encore, permettant de relever les nouveaux défis tant attendus (i.e. un élément relié à l'attrait), alors la formation devient un levier contribuant significativement à l'identification à la nouvelle unité d'un plus grand nombre de personnes, c'est-à-dire les personnes craignant d'être moins compétents après la fusion et ceux et celles souhaitant diversifier leurs compétences. En somme, l'utilisation de ce type d'intervention de gestion dans un contexte d'émergence rapide de la polyvalence professionnelle semble délicate au sens où pour qu'on bénéficie de son potentiel de rétention des personnes, voire d'attraction, la formation doit répondre aux attentes de pragmatisme retrouvées chez les personnes touchées par la fusion.

Puis, les principaux nouveaux leviers symboliques contribuant à l'identification à la nouvelle unité, tels que retrouvés dans les données, sont l'environnement de travail et les technologies modernes que ce dernier peut comporter. Bien qu'il soit probable d'avancer que cette symbolique agisse de manière à bonifier l'image de la nouvelle unité (Gioia et Thomas, 1996), voire qu'elle constitue un sujet commun dans le discours post-fusion des personnes touchées par la fusion (Carroll, 1995), les résultats de la présente recherche isolent l'importance de l'aspect fonctionnel rattaché aux nouveaux symboles pour que ceux-ci favorisent l'identification à la nouvelle unité. En somme, et rejoignant la notion de pragmatisme discutée précédemment dans la présente section, une nouvelle symbolique judicieusement choisie entre autres pour son potentiel à faciliter concrètement le travail dans la nouvelle unité, et à représenter tant une source de fierté qu'un facteur d'attraction pour les personnes, serait un levier d'identification plus puissant au sein des personnes touchées par une fusion entraînant des changements profonds sur le plan des pratiques professionnelles.

10.4 Les implications théoriques de la recherche

Grâce aux analyses de la présente recherche ainsi qu'aux énoncés théoriques explicatifs produits, la recherche a permis de confirmer l'utilité de concepts théoriques déjà documentés dans la littérature afin d'étudier le phénomène des fusions hospitalières. À titre d'exemple, la force de l'identification à un sous-groupe d'appartenance et les relations de confiance, sont des concepts théoriques ayant été repris par le chercheur. Cependant, la recherche repose sur certaines implications théoriques qui lui sont propres et la présente section discute brièvement de ces dernières.

Tout d'abord, les résultats confèrent une valeur ajoutée au fait d'utiliser le profil identitaire afin de mieux tenir compte tant des éléments constitutifs (le contenu identitaire) centraux, distinctifs, et relativement enduring que de la force du lien identitaire (force d'identification) et des racines qui abreuvent l'identité en contenus (les sources d'identification), dans le but de mieux expliquer le processus identitaire en contexte de fusion. Entre autres, cette matrice d'analyse plus exhaustive permet au chercheur d'expliquer avec davantage de précisions les comportements des personnes faisant face aux changements organisationnels découlant de la

fusion (e.g. comportement de préservation identitaire ou attrait manifesté pour la fusion), et ce, précisément grâce au regard plus nuancé et précis permis par le concept de profil identitaire. Par exemple, une telle lentille théorique a permis de mieux comprendre que la diversification du nombre de sources d'identification puisse permettre à des personnes touchées par une fusion d'arborer une attitude d'ouverture, et ce, malgré une force d'identification élevée.

Toujours selon les résultats de la recherche, l'étude d'une fusion organisationnelle, particulièrement lorsque cette dernière entraîne des changements profonds et relativement rapides sur le plan des pratiques de travail - lesquelles pratiques représentent une source d'identification potentielle importante pour les professionnels du milieu de la santé -, représenterait un contexte tout désigné pour l'emploi du concept théorique de « perceptions de menace identitaire ». En plus d'avoir été inclus a priori dans le cadre conceptuel, l'importance de ce concept de « perceptions de menace identitaire » a pu être confirmée empiriquement.

Par rapports aux écrits sur le sujet, la présente recherche contribue sur le plan théorique par l'élaboration d'un modèle relativement exhaustif entourant la nature et l'impact d'un bon nombre d'interventions de gestion pouvant être utilisées pour démarrer puis réaliser la mise en œuvre de l'intégration de deux sous-groupes affichant des identités organisationnelles différentes. L'aspect dialectique qui sous-tend le fonctionnement des interventions visant le remplacement de symboles et celles de médiation s'avère être particulièrement intéressant.

Aussi, il été anticipé à l'amorce du projet de recherche d'observer quelques temps après une fusion, un certain nombre d'éléments propres à une identité entièrement nouvelle. Or, les résultats tendent à démontrer que l'identité organisationnelle en place après plusieurs années est rarement composée d'éléments constitutifs entièrement nouveaux, telle l'abolition pour tous les chirurgiens orthopédiques du CHU d'une pratique privée réalisée dans les bureaux de la clinique externe de l'hôpital. Plutôt, la résultante identitaire post-fusion est généralement le fruit de la disparition graduelle d'éléments de contenu identitaire propre à un sous-groupe (e.g. les rondes au chevet du patient ne sont plus effectuées rapidement et de manière moins détaillée par certains anciens intensivistes chirurgicaux dans la nouvelle USI

du site B) au profit d'éléments provenant de l'autre sous-groupe (e.g. les rondes auprès du patient sont dorénavant plus longues et faites en profondeurs dans l'USI du site B, à la manière de l'ancienne spécialisation « médicale »).

10.5 Les implications pratiques de la recherche

La recherche permet d'améliorer la connaissance existant sur les processus en cours pendant la mise en oeuvre d'une fusion sur le plan humain, dont au chapitre de la rencontre identitaire initiale, des processus de socialisation, de standardisation, de légitimation et d'attrition. Concrètement pour le gestionnaire, cette connaissance peut se traduire en prise de conscience, voire en gestes, pouvant être appliqués pendant la planification et la mise en oeuvre de la fusion (e.g. les rencontres d'information, les événements sociaux, etc.). La présente section reprend et discute des principales implications pratiques découlant de la recherche, rattachées entre autres aux dynamiques inter-groupes en général et aux comportements pouvant être manifestés par le leader.

Les dynamiques inter-groupes en contexte de fusion: Tout d'abord, la présence d'identités ne serait-ce que légèrement différentes pendant la fusion engendre presque inévitablement une augmentation de la saillance des frontières inter-groupes. Un tel contexte, tend à augmenter le nombre et la force de certains comportements spécifiques chez les personnes appartenant anciennement aux anciens sous-groupes, tels que l'émergence d'un discours à la fois en faveur de son ancien sous-groupe et antagoniste vis-à-vis l'autre sous-groupe, une diminution dans la motivation, la mobilisation et la satisfaction au travail, voire le départ des personnes les plus insatisfaites. Le gestionnaire se doit, à tout le moins de prendre ses réactions et ses enjeux identitaires au sérieux, que ce soit en tendant l'oreille ou en mettant en branle certaines actions.

Selon les résultats de la présente recherche, le gestionnaire aurait avantage à être particulièrement soucieux des rapports de force entre les sous-groupes découlant directement du nombre de personnes dans chaque sous-groupe affecté par la fusion. Plus précisément, le gestionnaire gagnerait à être particulièrement présent auprès des membres

du sous-groupe minoritaire, souvent plus silencieux comparativement aux sous-groupes plus nombreux, afin de connaître leurs perceptions vis-à-vis la nouvelle réalité organisationnelle, et essayer de favoriser leur adaptation aux changements organisationnelle, voire pour contenir leur départ. D'ailleurs, le défi de l'attrition, pouvant résulter de dynamiques identitaires inter-groupes particulièrement tendues mais aussi des interventions de gestion ou de leur absence, représente un défi de taille pour le gestionnaire. Par le départ de ressources, et ce d'une manière paradoxale, le gestionnaire risque de perdre une expertise professionnelle à court terme tout en améliorant potentiellement la cohésion au sein de la nouvelle grande équipe par le départ des personnes les moins satisfaites des changements. Ainsi, les instances décisionnelles doivent décider soit d'intervenir pour essayer de garder leur main-d'œuvre (e.g. dans le cas d'une expertise professionnelle rare) malgré la présence d'insatisfactions – au risque d'échouer et de perdre ces personnes quand même –, ou de retenir avec moins d'énergie ces personnes insatisfaites afin de remédier de manière prioritaire à l'atmosphère de travail, en recrutant possiblement de nouvelles ressources. Selon les données de la recherche, il arrive que les départs puissent accélérer, voire faciliter, l'implantation de changements organisationnels. La vigilance est donc de mise pour le gestionnaire.

Les comportements du leader : Agissant à titre de leader à la tête du processus de fusion, le gestionnaire aurait intérêt à planifier les changements organisationnels découlant de la fusion et à communiquer les étapes à venir aux personnes concernées, et ce, dans le but de minimiser les impacts sur les activités quotidiennes (e.g. créer involontairement un manque de personnel qualifié) de même que pour diminuer le plus possible les perceptions d'incertitude chez les personnes. Qui plus est, le gestionnaire envoie se faisant le message que le processus de fusion sera géré de manière transparente. Aussi, des comportements d'accueil manifestés envers toutes les personnes faisant partie de la nouvelle équipe agrandie seraient perçus comme un intérêt manifesté par la direction de l'unité concernant le bien être des personnes; en retour, cette perception d'intérêt favoriserait tant l'adaptation de tout un chacun, que l'identification à la nouvelle unité fusionnée. Il appert que la mise en œuvre assez rapidement dans le processus d'intégration d'interventions dites sociales (e.g. fêtes, sorties, etc.), même lorsque des objectifs managériaux visent une polyvalence professionnelle pouvant entraîner certaines tensions inter-groupes pendant les heures de

travail, constitueraient un moyen significativement moins menaçant de stimuler l'émergence de liens sociaux dans la nouvelle équipe agrandie. En retour, ces liens sociaux pourraient générer des effets positifs sur le tissu humain en situation professionnelle (i.e. échanges interpersonnels, travail d'équipe, lien de confiance). Étant donné l'importance des relations interpersonnelles dans la nouvelle unité, pour assouvir un besoin d'affiliation chez les personnes et pour stimuler l'émergence de liens de confiance, le gestionnaire pourrait essayer de créer un contexte de travail propice à l'émergence, planifiées ou non, d'occasions d'interagir et de collaborer (e.g. créer des rapprochements physique par la création d'une salle à utilisation commune aux différents sous-groupes). Aussi, une formation relativement technique ainsi que de nouveaux symboles reposant tous deux sur des assises pragmatiques (i.e. d'une utilité transférable rapidement dans la réalité du travail) favoriseraient l'efficacité de la main d'œuvre et, à nouveau, l'identification à la nouvelle unité.

Par ailleurs, le gestionnaire à la tête d'un processus de fusion se doit de faire attention aux choix imposés aux personnes, lesquels peuvent diminuer substantiellement leur mobilisation dans le projet de fusion et ralentir leur processus d'identification à la nouvelle unité. Le gestionnaire devrait également dégager des résultats de cette recherche que le fait de préserver certains des aspects professionnels, organisationnels et symboliques d'importance avant la fusion pendant l'harmonisation des pratiques de travaux et le remplacement de symboles d'importance, favoriserait l'acceptation de ces interventions managériales par les personnes concernées ainsi que leur identification à la nouvelle unité. Toutes choses étant égales par ailleurs, la présence d'identités fortement différentes ou d'un historique conflictuel entre deux sous-groupes aux identités divergentes, peut inciter le gestionnaire à réaliser l'intégration assez rapidement afin d'éviter que les sous-groupes ne se polarisent davantage autour d'un discours identitaire. Or, le gestionnaire devrait en parallèle penser à ne pas accélérer le processus de fusion au point de créer des impacts indésirables sur les personnes (e.g. engendrer un manque de préparation nécessaire pour soigner une nouvelle population de patients). Sans la planification requise, des telles actions accélérées peuvent entraîner des erreurs auxquelles le gestionnaire doit remédier en urgence en plus de devoir gérer l'effervescence quasi-quotidienne découlant des changements organisationnels (e.g. heures de travail accrues, incertitude plus forte).

10.6 Les forces et les limites méthodologiques

La démarche inductive d'analyse, basée sur les trois canons classiques de l'inférence, et fermement enracinée dans les données empiriques, représente un exemple de méthodologie efficace dans la production de nouvelles connaissances. Plus précisément, afin de répondre aux questions de recherche en analysant le processus d'intégration à l'aide de la trame temporelle des événements, quatre études de cas ont été utilisées. Les forces et les faiblesses de la méthodologie employée par le chercheur sont exposées dans la présente section.

Les forces

L'étude de cas : Tel que conseillé par Eisenhardt (1989), l'utilisation de l'étude de cas a favorisé la description détaillée des processus ainsi que la construction de théories (1989). Le fait d'avoir eu recours à l'analyse de quatre cas a permis la réplication des relations examinées, avec pour avantage d'accroître le potentiel de généralisation des conceptualisations produites et d'éviter le plus possible certains biais de la part du chercheur (Leonard-Barton, 1990; Eisenhardt, 1989).

Le devis de recherche Pour réaliser une analyse en profondeur des processus identitaires à l'oeuvre en contexte de micro-fusion, quatre (4) secteurs du CHU parmi les 20 initialement envisagés, ont été retenus en raison de leur potentiel à générer des dynamiques identitaires observables (Eisenhardt, 1989).

Deux cas de micro-fusion se déroulant à l'intérieur d'un même site (intra-site) ont été retenus. Cette approche a permis de compléter et de raffiner les données obtenues par le premier cas, augmentant ainsi la validité du processus analytique. Puis, cette approche a été répétée avec deux cas de micro-fusion se déroulant sur des sites hospitaliers différents (inter-site). La présence de cas intra-sites et inter-sites a permis au chercheur de mieux comprendre l'effet identitaire attribuable au site, lors d'un processus d'intégration. Ce choix a aussi permis de maximiser le potentiel de généralisation attribuable aux résultats de l'analyse.

Pour chaque paire de cas, un cas a été analysé en temps réel (étude longitudinale) et l'autre de façon rétrospective. Tel que conseillé par Leonard-Barton (1990), la présence de deux cas en temps réel a permis au chercheur de pouvoir observer un processus de fusion pendant qu'il se déroule, caractérisé par une quantité de détails significativement plus élevée dans les propos des personnes interviewées. Ce type d'analyse en temps réelle a permis la production d'une théorie davantage empreinte de la causalité inhérente au phénomène observé ce qui, augmente la validité interne de la théorie produite (Leonard-Barton, 1990). Puis, l'étude de deux cas rétrospectifs a offert au chercheur un portrait plus exhaustif de la fusion incluant entre autres le scénario de la fin (Leonard-Barton, 1990). Le processus qui a consisté à comparer et à contraster les énoncés théoriques produits à l'aide de chacune de ces deux approches (temps réel et rétrospectif) a contribué à augmenter la validité interne des relations de causalité identifiées entre différentes variables (Leonard-Barton, 1990).

Puis, le fait d'avoir réalisé 71 entrevues a permis au chercheur d'obtenir un maximum de données détaillées facilitant la reconstitution des événements, entre autres pour les cas rétrospectifs où les personnes interviewées ne se souvenaient pas des mêmes événements en raison du temps s'étant écoulé. Cette richesse des données a contribué à rehausser la profondeur des analyses réalisées et la validité des énoncés théoriques produits. Finalement, la combinaison de données qualitatives et quantitatives a contribué à enrichir les analyses processuelles, permettant au chercheur d'offrir une explication causale, et donc de prédire, un bon nombre des phénomènes observés.

En somme, les résultats de la présente recherche qualitative renforcent l'importance de tenir compte du contexte sur le plan méthodologique, ainsi que de la temporalité des événements, afin de mieux apprécier la complexité des phénomènes qui ont lieu sur le tissu humain pendant une fusion, dont le processus d'identification.

Les limites : Le chercheur a fait face à la possibilité de traiter des données moins précises spécifiquement à cause de l'aspect rétrospectif de deux des cas de fusion étudiés. Le temps passé peut avoir contribué, entre autres effets, à homogénéiser les points de vue et à aplanir leur intensité. Par ailleurs, certains des résultats de la recherche reposent sur un petit nombre de données qualitatives et/ou quantitatives, obligeant le chercheur à parler de

tendance empirique plutôt que d'une donnée empirique valide. La réplication du présent devis de recherche pourrait entre autres palier à cette faiblesse méthodologique, en validant ces tendances empiriques émergentes.

L'attrition des personnes, mais aussi le questionnaire orienté uniquement vers le point de vue de l'ensemble des personnes après la fusion, plutôt que sur la réalité de chaque sous-groupe, a privé le chercheur de la possibilité de produire des comparatifs par sous-groupe de professionnels entre les données quantitatives recueillies aux temps 1 et 2 (impossibilité d'effectuer des tests de T à échantillons pairés). Finalement, l'aspect longitudinal de la portion quantitative de la méthodologie employée est relativement peu exploité.

10.7 Les pistes de recherche éventuelle

Il semble envisageable de pouvoir généraliser les résultats ci-présents à d'autres sous-groupes de professionnels évoluant en contexte médical et vivant la fusion de leurs activités quotidiennes, tant à cause de l'importance de l'acte professionnel pour ces personnes qu'à cause des effets attribuables à la remise en cause de leurs identités organisationnelle et professionnelle pendant la fusion. La taille des cas de fusion étudiés dans la présente recherche, ainsi que leur nombre (réplication théorique au sein de quatre contextes différents) permettent de penser qu'une partie des résultats pourraient aussi s'appliquer à d'autres enjeux managériaux (e.g. acquisition), à d'autres contextes organisationnels (e.g. autre type d'organisation de service) voire, vu le rôle social du groupe de travail dans la présente étude, à d'autres échantillons de personnes non professionnelles. Il va sans dire que le potentiel de généralisation des résultats de la présente recherche doit être testé à l'aide d'autres recherches.

Une première autre piste de recherche consisterait à reproduire le devis de la présente recherche mais en substituant les employés médicaux et le corps médical par d'autres sous-groupes (ex. : des ingénieurs). Ceci permettrait de généraliser les résultats obtenus au-delà d'un seul grand groupe socio-démographique tiré du milieu hospitalier, à une majorité de professionnels. Aussi, le fait de développer davantage l'aspect quantitatif dans une autre recherche pourrait permettre de d'augmenter la puissance explicative des énoncés théoriques

formulés par le présent chercheur. De manière particulièrement intéressante, d'autres études longitudinales reposant sur un découpage temporel plus fin (e.g. cueillettes de données réalisées à trois ou quatre reprises, espacées d'environ six mois), permettraient entre autres de produire une compréhension plus détaillée de certains phénomènes clés tels ceux paradoxaux (e.g. expliquer pourquoi et à quel moment les membres d'un sous-groupe au statut plus élevé vivant moins de perceptions de menace identitaire avant la fusion, percevraient plus de menace que l'autre sous-groupe plus tard durant la fusion). Un tel devis comportant un plus grand nombre de moments réservés à la cueillette de données permettrait de mieux identifier les raisons qui sous-tendent ces phénomènes sociaux plus complexes.

Pour le moment, les résultats obtenus représentent un avancement de la connaissance entourant tant les processus d'intégration identitaire en contexte de fusion hospitalière, que l'influence des gestionnaires à la tête de tels changements organisationnels. Il se dégage de la présente recherche le constat que pour maximiser les chances de rassembler et de mobiliser divers sous-groupes dans un même projet de fusion, sans nécessairement que ce soit autour d'une seule nouvelle identité organisationnelle, il importe de prendre en compte les identités d'origine, mais aussi plusieurs variables et processus, dont certains sont sous le contrôle des gestionnaires (i.e. les interventions de gestion). Selon les données, une fusion en milieu hospitalier serait le fruit de dynamiques d'intégration spécifiques agissant quelques fois concurremment et avec des impacts divergents (e.g. : l'impact des processus de socialisation sont modulés par l'environnement physique). Ainsi, la présente étude constitue un pas vers l'élaboration d'un modèle théorique plus exhaustif permettant d'expliquer et d'orienter un processus de fusion organisationnelle, dans le but de mieux tenir compte de la complexité des enjeux humains et de favoriser l'adaptation des personnes.

APPENCICE A

LE QUESTIONNAIRE

Projet de recherche sur les processus d'intégration post-fusion

QUESTIONNAIRE
(Adapté pour l'USI généraux du site A)

PRINTEMPS 2002

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Ce questionnaire a pour but de mettre en évidence les facteurs clés associés au développement du lien d'identification lors de la fusion d'unités opérationnelles telle que la vôtre. Votre participation permettra de dégager des sources potentielles d'amélioration au plan de la gestion et de la communication au sein de l'équipe de travail. Les résultats seront remis au gestionnaire de votre unité sous la forme d'un rapport dont vous pourrez prendre connaissance.

DIRECTIVES

Nous vous invitons à répondre aux questions de façon spontanée. Il n'y a pas de limite de temps pour répondre à ce questionnaire. **Cela devrait prendre environ 30 minutes.**

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT

Le questionnaire est anonyme. Les informations recueillies resteront strictement confidentielles. Seuls les membres du groupe de recherche auront accès à ces données. **Le rapport qui sera remis à votre gestionnaire ne contiendra aucune information permettant d'identifier les répondants.**

Vous êtes entièrement libre de répondre à ce questionnaire. Le fait de remplir ce questionnaire sera considéré comme votre consentement à participer à ce programme de recherche sur les processus organisationnels qui ont une influence significative lors de la fusion d'unités opérationnelles.

Prière de nous retourner le questionnaire complété par courrier interne dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe.

Merci de votre collaboration ! En espérant que vous choisirez de répondre à toutes les questions!

Pour des questions ou commentaires, contactez Yann Hébert ou Ann Langley.

Yann Hébert, candidat au doctorat
Université du Québec à Montréal
Tel: (450)-667-6125
yann.hebert@internet.uqam.ca

Ann Langley, Professeure titulaire
École des Hautes Études Commerciales
Tel: (514)-340-7748
ann.langley@hec.ca

PREMIÈRE PARTIE

Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés qui suivent.

1 = Totalemment en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalemment en accord

	1	2	3	4	5	6	7
1. Je me sens attaché à ma profession.							
2. Pour réussir dans mes fonctions, je dois continuellement acquérir de nouvelles connaissances.							
3. J'ai choisi d'œuvrer dans cet établissement pour l'avancement de ma carrière.							
4. Lorsque quelqu'un critique le CHU, je le prends comme une insulte personnelle.							
5. Je suis très intéressé à ce que pensent les gens qui ne font pas partie du CHU au sujet de notre organisation.							
6. Je me sens attaché au CHU.							
7. Je songerais à quitter le CHU si ce dernier devait réduire les avantages et les responsabilités liés à mon poste.							
8. Lorsque je parle du CHU, j'utilise le « nous » plutôt que le « ils ».							
9. Je suis fier d'appartenir au CHU parce que son équipe de haute direction surpasse, de façon significative, les autres centres hospitaliers de même taille et de même vocation au plan de la qualité de gestion.							
10. Le CHU surpasse, de façon significative, les autres centres hospitaliers de même taille et de même vocation au plan des technologies disponibles.							
11. Lorsque je parle du site A, j'utilise le « nous » plutôt que « ils ».							
12. Le site A surpasse, de façon significative, les autres hôpitaux de même taille et de même vocation au plan des technologies disponibles.							

1 = Totalemment en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalemment en accord

	1	2	3	4	5	6	7
13. Le site A surpasse, de façon significative, les autres hôpitaux de même taille et de même vocation au plan de <u>l'environnement de pratiques professionnelles</u> .							
14. Je prévois demeurer au CHU au cours des prochaines années.							
15. Une grande partie de ma stimulation intellectuelle provient de mes collègues du CHU.							
16. Lorsque quelqu'un critique site A je le prends comme une insulte personnelle.							
17. Je suis très intéressé à ce que pensent du site A les gens des autres sites du CHU.							
18. Je me sens attaché au site A.							
19. Le CHU surpasse, de façon significative, les autres centres hospitaliers de même taille et de même vocation au plan de <u>l'environnement de pratiques professionnelles</u> .							
20. Une grande partie de ma stimulation intellectuelle provient de mes anciens collègues du site (hôpital) où je travaillais avant la fusion.							
21. Avant la fusion, si j'éprouvais des difficultés au travail, je savais que mes collègues essaieraient de m'aider.							
22. Avant la fusion, je pouvais compter sur la plupart de mes collègues de travail pour qu'ils respectent leurs engagements							
23. Lors de la fusion, le superviseur (infirmière gestionnaire, assistante infirmière gestionnaire) de l'unité de soins intensifs a toujours été juste dans ses rapports avec moi.							
24. Depuis la fusion, si j'éprouve des difficultés au travail je sais que mes collègues provenant des unités avec lesquelles mon unité a été fusionnée essaieront de m'aider.							
25. Depuis la fusion, je peux compter sur la plupart de mes collègues provenant des unités avec lesquelles mon unité a été fusionnée pour qu'ils respectent leurs engagements.							

1 = Totalemment en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalemment en accord

	1	2	3	4	5	6	7
26. Avant la fusion, j'avais entièrement confiance en les compétences de mes collègues de travail.							
27. Avant la fusion, la plupart de mes collègues faisaient leur travail même en l'absence des superviseurs.							
28. Avant la fusion, je pouvais me fier sur mes collègues de travail pour qu'ils ne compliquent pas mon travail en réalisant un travail nonchalant.							
29. Depuis la fusion, j'ai entièrement confiance en les compétences des gens provenant des unités avec lesquelles mon unité a été fusionnée.							
30. Depuis la fusion, la plupart de mes collègues provenant des unités avec lesquelles mon unité a été fusionnée font leur travail même en l'absence des superviseurs.							
31. Depuis la fusion, je peux me fier sur les membres provenant des unités avec lesquelles mon unité a été fusionnée pour qu'ils ne compliquent pas mon travail en réalisant un travail nonchalant.							
32. Le superviseur (infirmière gestionnaire, assistante infirmière gestionnaire) de l'unité de soins intensifs est une personne de confiance.							
33. Dans cette fusion de l'unité de soins intensifs, les dirigeants du CHU tentent sincèrement de respecter le point de vue des employés.							
34. Il est possible de faire confiance aux dirigeants du CHU pour prendre les bonnes décisions concernant l'avenir de l'institution.							
35. Les dirigeants du CHU semblent faire un travail efficace.							
36. Je sais comment le superviseur (infirmière gestionnaire, assistante infirmière gestionnaire) de l'unité de soins intensifs va agir (On peut être sûr qu'il agira en conformité avec ce que je crois).							

37. J'ai confiance en l'institution (CHU) pour qu'elle me traite de façon équitable.							
--	--	--	--	--	--	--	--

1 = Totalemment en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalemment en accord

	1	2	3	4	5	6	7
38. Lorsque quelqu'un critique l'unité de soins intensifs, je le prends comme une insulte personnelle.							
39. Je suis très intéressé par ce que pensent les gens des autres unités de l'unité de soins intensifs.							
40. Je me sens attaché à l'unité de soins intensifs.							
41. J'ai confiance que le superviseur (infirmière gestionnaire, assistante infirmière gestionnaire) de l'unité de soins intensifs agira en fonction de mes intérêts.							
42. L'unité de soins intensifs surpasse, de façon significative, les autres unités de même taille et de même vocation dans les autres hôpitaux au plan des technologies disponibles.							
43. L'unité de soins intensifs surpasse, de façon significative, les autres unités de même taille et de même vocation dans les autres hôpitaux au plan de l'environnement de pratiques professionnelles.							
44. Les hauts dirigeants du CHU n'ont pas des buts et des objectifs bien définis pour le CUSM.							
45. L'unité de soins intensifs est composée de plusieurs personnes qui s'identifient fortement au CHU.							
46. Je prévois demeurer à l'unité de soins intensifs au cours des prochaines années.							
47. Je suis stimulé dans mon travail à cause de mes collègues de l'unité de soins intensifs.							
48. J'ai une bonne connaissance de l'histoire du site A.							

1 = Totalemment en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalemment en accord

	1	2	3	4	5	6	7
49. L'unité de soins intensifs est composée de plusieurs personnes qui s'identifient fortement au site A.							
50. Lorsque je parle de l'unité de soins intensifs, j'utilise le « nous » plutôt que « ils ».							
51. L'unité de soins intensifs surpasse, de façon significative, les autres unités de même taille et de même vocation dans les autres hôpitaux au plan de <u>la qualité de gestion</u> .							
52. Les succès de l'unité de soins intensifs sont « mes succès ».							
53. L'unité de soins intensifs est dirigée par un superviseur (infirmière gestionnaire, assistante infirmière gestionnaire) (gestionnaires) avec de bonnes connaissances entourant l'histoire et les traditions du site A.							
54. J'ai une bonne connaissance de l'histoire de mon ancienne unité.							
55. L'unité de soins intensifs est dirigée par un superviseur (infirmière gestionnaire, assistante infirmière gestionnaire) qui a une bonne connaissance de l'histoire et des traditions de son ancienne unité.							
56. Plusieurs de mes collègues s'identifient fortement à leur ancienne unité.							
57. Le superviseur (infirmière gestionnaire, assistante infirmière gestionnaire) de l'unité de soins intensifs <i>n'a pas</i> une série de buts et d'objectifs bien définis pour cette nouvelle unité.							
58. Plusieurs de mes collègues s'identifient fortement à l'unité de soins intensifs fusionnée.							

Je sens que je fais partie...

1 = Totalemment en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalemment en accord

	1	2	3	4	5	6	7
59. Du CHU.							
60. Du site A.							
61. De mon ancienne unité de service.							
62. De l'unité de soins intensifs (ma nouvelle unité).							

Comment croyez-vous que l'unité de soins intensifs se positionne par rapport à d'autres unités faisant le même travail dans d'autres hôpitaux, concernant ...

1 = Très inférieur à la moyenne
2 = Assez inférieur à la moyenne
3 = Un peu inférieur à la moyenne
4 = Ni en inférieur, ni supérieur
5 = Un peu supérieur à la moyenne
6 = Assez supérieur à la moyenne
7 = Très supérieur à la moyenne

	1	2	3	4	5	6	7
63. La qualité des services offerts.							
64. La qualité de son personnel.							
65. La qualité de la gestion du service.							
66. Le climat en général.							
67. Le côté innovateur de l'unité.							
68. Sa réputation et son prestige.							

Depuis la fusion, comment croyez-vous que les items suivants ont évolués?

1 = Très détérioré
2 = Assez détérioré
3 = Un peu détérioré
4 = Ni détérioré, ni amélioré
5 = Un peu amélioré
6 = Assez amélioré
7 = Très amélioré

	1	2	3	4	5	6	7
69. La qualité des services offerts.							
70. La qualité de son personnel.							
71. La qualité de la gestion du service.							
72. Le climat en général.							
73. Le côté innovateur de l'unité.							
74. Sa réputation et son prestige.							
75. L'organisation du travail							

En général, comment pensez-vous que des unités opérationnelles semblables à la vôtre, offrant des services similaires dans d'autres hôpitaux, évaluent l'unité de soins intensifs, concernant...

1 = Évaluation très négative
2 = Évaluation assez négative
3 = Évaluation un peu négative
4 = Évaluation ni négative, ni positive
5 = Évaluation un peu positive
6 = Évaluation assez positive
7 = Évaluation très positive

	1	2	3	4	5	6	7
76. La qualité des services offerts.							
77. La qualité de son personnel.							
78. La qualité de la gestion du service.							
79. Le climat en général.							
80. Le côté innovateur de l'unité.							
81. Sa réputation et son prestige.							

En général, comment évaluez-vous l'unité de soins intensifs concernant ...

1 = Évaluation très négative
2 = Évaluation assez négative
3 = Évaluation un peu négative
4 = Évaluation ni négative, ni positive
5 = Évaluation un peu positive
6 = Évaluation assez positive
7 = Évaluation très positive

	1	2	3	4	5	6	7
82. La qualité des services offerts.							
83. La qualité de son personnel.							
84. La qualité de la gestion du service.							
85. Le climat en général.							
86. Le côté innovateur de l'unité.							
87. Sa réputation et son prestige.							

Jusqu'à quel point les éléments suivants sont une source d'incertitude pour vous quant à votre avenir dans l'organisation...

1 = Jamais une source d'incertitude
2 = Très rarement une source d'incertitude
3 = Rarement une source d'incertitude
4 = La moitié des fois une source d'incertitude
5 = Souvent une source d'incertitude
6 = Très souvent une source d'incertitude
7 = Toujours une source d'incertitude

	1	2	3	4	5	6	7
88. Si je changerai de poste (mutation de poste).							
89. Si je changerai d'équipe de travail.							
90. Si je perdrai mon emploi.							
91. Si j'aurai à changer de localisation géographique.							
92. Si je pourrai influencer le changement.							

93. Si ma charge de travail sera stable.							
94. S'il y aura possibilité de promotion.							
95. Si j'aurai à développer de nouvelles compétences.							
96. Si je pourrai garder mon réseau de personnes avec qui j'ai noué des liens d'amitié.							
97. Si l'organisation sera un bon endroit de travail.							
98. Si je m'adapterai à la nouvelle culture organisationnelle.							

Présentement, lorsque vous pensez à la fusion, jusqu'à quel point êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les éléments suivants...

1 = Totalement en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalement en accord

	1	2	3	4	5	6	7
99. La fusion qui a créé l'unité de soins intensifs n'aurait pas dû avoir lieu.							
100. La plupart de mes collègues acceptent dorénavant la fusion des unités formant la nouvelle unité de soins intensifs comme étant une bonne idée.							
101. Dans l'unité de soins intensifs, il y a beaucoup de friction entre les gens qui appartenaient auparavant à des unités différentes.							
102. Nous sommes meilleurs en tant que groupe de travail depuis la fusion.							
103. J'envisage positivement mon avenir avec l'unité de soins intensifs.							
104. Mon attitude générale au travail est influencée de façon défavorable par la perception que j'ai de mon avenir dans l'unité de soins intensifs.							
105. Un engagement intense dans mon travail au sein de l'unité de soins intensifs n'en vaut pas la peine.							
106. Je n'arrive pas à prendre le dessus dans mon travail à l'unité de soins intensifs.							
107. Il fait bon travailler pour l'unité de soins intensifs.							
108. L'unité de soins intensifs considère le bien-être de ses employés comme étant aussi important que sa productivité ou son budget.							
109. Mon attitude générale envers le travail est influencée négativement par la situation que je vis au							

sein de l'unité de soins intensifs.							
110. D'après mon expérience, l'unité de soins intensifs traite bien ses employés.							

1 = Totalement en désaccord
2 = Assez en désaccord
3 = Un peu en désaccord
4 = Ni en désaccord, ni en accord
5 = Un peu en accord
6 = Assez en accord
7 = Totalement en accord

	1	2	3	4	5	6	7
111. La situation générale au sein de l'unité de soins intensifs ne m'encourage pas à faire de mon mieux.							

DEUXIÈME PARTIE :**Informations générales**

1. Quel âge avez-vous?

- Moins de 20 ans
- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 à 69 ans
- Plus de 69 ans

2. Quel est votre genre?

- Masculin
- Féminin

3. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint (diplôme obtenu)?
(Cochez une seule réponse)

- Secondaire
 - Collégial (CÉGEP)
 - Baccalauréat
 - Études graduées (maîtrise ou doctorat)
 - Autre, SVP spécifiez : -
-

4. Quel est le titre de votre profession ou métier?

5. Depuis combien d'années exercez-vous votre métier (profession)?

- Moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- Plus de 20 ans

Votre emploi actuel

6. Combien d'années de service avez-vous accumulées au CHU (incluant les années précédant la création de l'appellation « CHU »)?

- Moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- Plus de 20 ans

7. Avez-vous travaillé dans une des unités qui ont fusionné?

- Oui
- Non (**Passez à la question 9**)

8. Si oui, pendant combien de temps?

- Moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- Plus de 20 ans

9. À quel site (hôpital) travailliez-vous **avant la fusion**?

- Aucun
- Site A
- Site B
- Site C
- Site D
- Site E
- Plusieurs sites

10. **Avant la fusion**, pendant combien de temps avez-vous travaillé à ce site (hôpital)?

- Moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- 5 à 10 ans

- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- Plus de 20 ans
- Ne s'applique pas

11. À quel site travaillez-vous maintenant (**depuis la fusion**)?

- Site A
- Site B
- Site C
- Site D
- Site E
- Plusieurs sites

12. Quel est le type de votre poste actuellement (cadre, employé)?

13. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste?

- Moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- Plus de 20 ans

14. Est-ce un poste :

- Permanent à temps plein?
- Permanent à temps partiel?
- Temporaire à temps plein?
- Temporaire à temps partiel?

Vous avez des commentaires sur ce questionnaire?

Si vous désirez discuter du contenu du questionnaire, n'hésitez pas à contacter Yann Hébert, étudiant au doctorat, ou la professeure Ann Langley. Voir deuxième page (directives, etc) pour leurs coordonnées

APPENCICE B

LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Cher participant, chère participante,

La recherche en sciences humaines requiert le consentement de ses participants. Nous vous demandons de lire attentivement le document qui suit et, si vous acceptez de participer à cette recherche, de bien vouloir signer ce dernier.

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre les processus organisationnels ayant une influence significative sur la fusion d'unités opérationnelles telle que la vôtre. L'étude met l'accent sur l'adaptation de chaque membre de l'unité à la fusion. Plus précisément, nous souhaitons recueillir de l'information sur les communications interpersonnelles et les mécanismes de gestion utilisés pour favoriser une adaptation à la fusion. Je suis un étudiant au doctorat en psychologie industrielle et organisationnelle à l'Université du Québec à Montréal. Ce projet de recherche servira à la rédaction de ma thèse de doctorat. Je réalise cette étude sous la supervision de Ann Langley, professeure de management à L'École des Hautes Études Commerciales (HEC). Notre équipe de recherche se compose de trois autres membres dont monsieur XYZ, du Groupe de recherche et développement en organisation du travail de votre CHU.

Si j'accepte de participer à cette étude, je consens à accorder une entrevue à un membre de l'équipe de recherche. J'accepte aussi que l'entrevue soit enregistrée. Cette entrevue sera gardée confidentielle et anonyme. Les notes d'entrevue et la cassette audio seront gardées en lieu sûr par le chercheur principal, Yann Hébert. Le contenu de l'entrevue sera effacé dès qu'il sera transcrit. Les réponses seront compilées de manière globale (et non individuelle). Le contenu de l'entrevue sera uniquement utilisé à des fins de recherche. Je comprends que je peux mettre fin à cette entrevue en tout temps. L'équipe de recherche m'assure que toutes les informations que je dévoile seront strictement confidentielles.

Yann Hébert

Date:

Téléphone :

Votre collaboration est importante pour le succès de ce projet de recherche et c'est pourquoi elle est grandement appréciée. Si vous désirez de plus amples informations sur ce projet de recherche, n'hésitez pas à contacter le chercheur principal, Yann Hébert : yann.hebert@internet.uqam.ca. Vous pouvez aussi contacter Ann Langley : ann.langley@hec.ca

APPENCICE C

LE CANEVAS D'ENTREVUE

Canevas d'entrevue – Identité et mécanismes de gestion

Introduction

1. Pourriez-vous me donner un bref aperçu de votre cheminement de carrière (comment vous êtes arrivé dans cette organisation)? Depuis **combien de temps** êtes vous à l'emploi de l'organisation (du CHU, du site, de l'unité)? (Important : noter le site du participant).
2. Quelles sont actuellement vos **responsabilités** au sein de l'unité?

Historique & mécanismes de gestion

3. Pouvez-vous me raconter **l'histoire de la fusion** de votre unité? **Qu'est-ce qui a été fait – les grands événements? Par qui** ces choses ont été faites? Qui sont les **acteurs clé** dans la fusion que vous vivez (qui a le **leadership** dans la fusion que vous vivez)?
4. **Quels sont les bons coups** qui ont eu lieu durant la fusion? Quels sont les **moins bons coups** qui ont eu lieu durant la fusion?
5. Pouvez-vous me décrire le **cœur (core) de l'organisation du travail** dans votre **unité avant la fusion**? En quoi est-elle différente dans la **nouvelle unité** (depuis la fusion)? Y a-t-il eu des changements dans la manière de planifier et d'organiser le travail? Pouvez-vous me décrire le **climat** qui régnait dans votre ancienne unité? En quoi diffère-t-il dans votre **nouvelle unité**?
6. Que pensez-vous des **changements liés à la fusion**? Comment les avez-vous vécus?
7. Comment les relations entre les **membres anciennement d'unités différentes** ont évoluées jusqu'à présent? Comment les relations entre les membres faisant partie de mêmes unités avant la fusion ont évolués? (Quel rôle jouent vos **collègues** (anciens et nouveaux) dans cette fusion?)
8. Quel rôle joue votre **supérieur** (gestionnaire) dans la gestion de cette fusion? Quels sont les **mécanismes** qu'il a mis en place pour faciliter la fusion (adaptation)? Qu'avez-vous **apprécié**? Qu'avez-vous trouvé **plus difficile**? Que souhaiteriez-vous voir?
9. Comment les relations entre professionnel (ex : entre infirmières et médecins) ont évolué avec la fusion? Quels ont été les mécanismes mis en place pour faciliter l'adaptation mutuelle? Qu'est-ce que vous apprécié? Qu'est-ce que vous trouvez plus difficile? Que souhaiteriez voir à ce niveau (interventions)?
10. Quel rôle jouent les **dirigeants du CHU** (DSI, DSP, DG) dans la gestion de la fusion (**ça peut être leur impression**)? Quels sont les mécanismes mis en place par la

direction pour faciliter la fusion (adaptation)? Qu'avez-vous **apprécié**? Qu'avez-vous trouvé **plus difficile**? Que souhaiteriez-vous voir?

Questions précises...

Interactions : À quels **comités ou réunions** avez-vous participé afin de discuter des questions entourant la fusion? **Qui en faisait partie**? Qu'est qui a été **utile** dans ces démarches? **Moins utile**?

Structures de médiation : Comment a-t-on fait **pour résoudre certains conflits ou désaccords liés à la fusion**? Quelles **instances** ont influencé le déroulement de la fusion (syndicats, associations professionnelles, Université, haute direction, etc)? Qui en fait partie? Quelles influences ont été **utiles**? **Moins utiles ou dérangeantes**?

Leadership : Selon vous, où se situe le **leadership** dans cette fusion (personnes, groupe de personnes, instances décisionnelles, etc)? Quel leadership a été **utile**? **Moins utile**?

Vision : Existe-t-il une **vision** à travers cette fusion? **Comment vous la décririez**? Est-elle **attirante et crédible**? Selon vous, comment l'unité devrait fonctionner après la fusion?

Identité

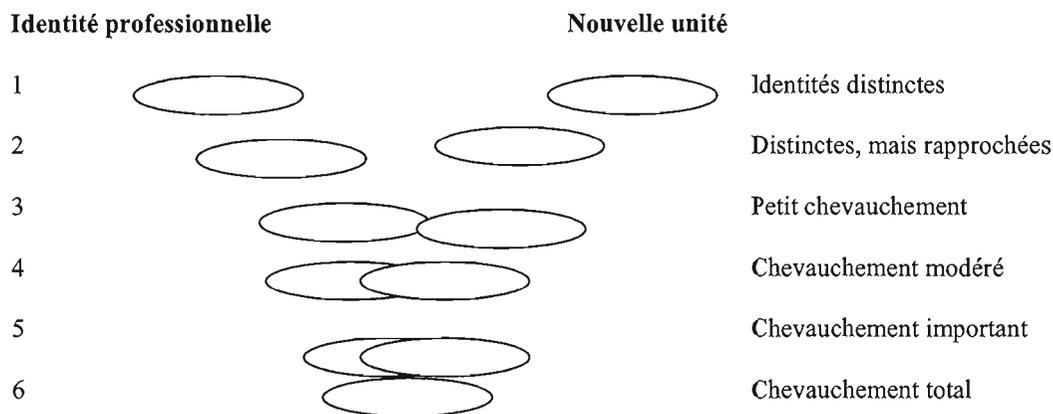
11. Lorsque vous pensez à votre **unité actuelle**, comment répondez-vous à la question '**Qui sommes nous**'? (ex : les **particularités** de votre unités – dont la **culture et l'atmosphère**? les **forces et faiblesses** de votre unité? Quand vous pensez à votre unité, **de quoi êtes-vous fier**? **Qu'est-ce qui vous distingue** en tant qu'unité de soin? **Quelles sont l'histoire et les traditions** de votre unité (côté endurent de l'identité)? **RÉPÉTER QUESTIONS POUR ANCIENNE UNITÉ.**
12. Comment décririez-vous les **unités avec lesquelles vous êtes fusionnés**? Y avait-il des différences entre votre ancienne unité et celles avec lesquelles vous avez fusionné?
13. Lorsque vous pensez à votre **site (hôpital) actuel**, comment répondez-vous à la question '**Qui sommes nous**'? (ex : les **particularités** de votre site – incluant la **culture et l'atmosphère**? les **forces et faiblesses** de votre site? Quand vous pensez à votre site, **de quoi êtes-vous fier**? **Qu'est-ce qui vous distingue** en tant qu'hôpital? **Quelles sont l'histoire et les traditions** de votre hôpital (côté endurent de l'identité)? **RÉPÉTER POUR ANCIEN SITE, SI NÉCESSAIRE**
14. Lorsque vous pensez au **CHU**, comment répondez-vous à la question '**Qui sommes nous**'? (ex : les **particularités** du CHU – **culture et atmosphère**? les **forces et faiblesses** du CHU? Quand vous pensez au CHU, **de quoi êtes-vous fier**? **Qu'est-ce qui vous distingue** en tant que Centre hospitalier universitaire (CHU)?

15. Est-ce que vous **vous identifiez à votre profession**? Que voulez-vous dire par 'oui' ou 'non'? À quoi feriez-vous **référence** pour répondre à la question précédente (ex : formation, l'organisation du travail, conditions de travail, collègues, une vision, des valeurs, etc)?

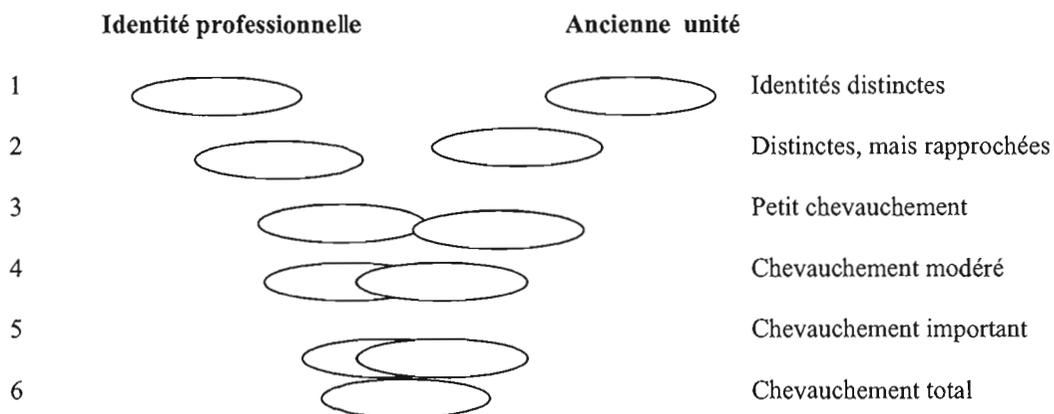
Satisfaction

16. Quelles sont vos **sources de satisfaction** dans la fusion des unités? Qu'elles ont vos sources d'**insatisfaction**? Brièvement, quel est votre **niveau de satisfaction depuis la fusion (échelle de 1 à 10)**? Qu'était-il avant cette fusion?
17. Comment la fusion de votre unité influence-t-elle vos **perspectives et plans de carrière**? Diriez-vous que la fusion a créé **plus d'incertitude** pour vous? Si oui, de quelle façon?
18. Pour conclure, veuillez m'indiquer le schéma qui représente le mieux la fusion présentement (voir pages suivantes) :

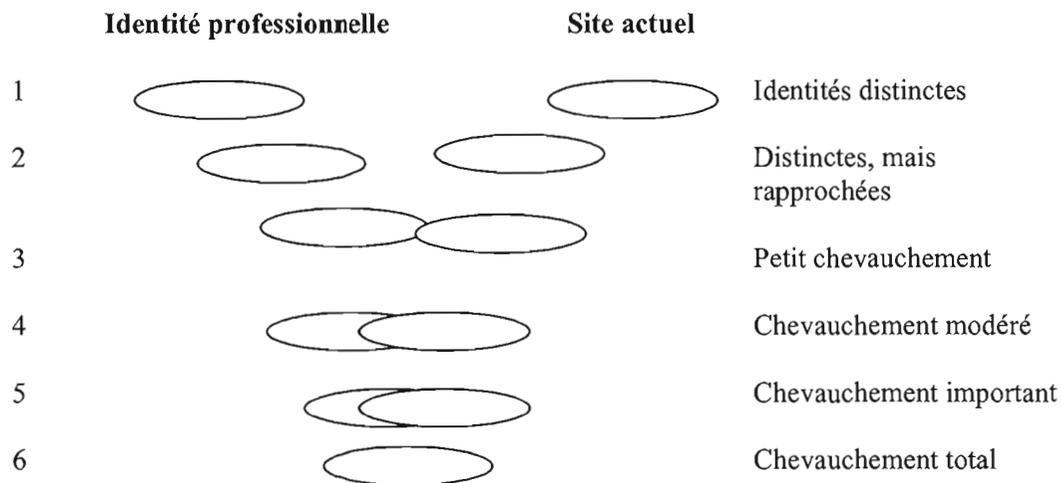
I. Lors de cette fusion, quel schéma représente le mieux le degré de chevauchement qu'il y a entre votre **identité professionnelle (à gauche)** et ... l'identité de votre **nouvelle unité (à droite)** ?
Encercler le chiffre de gauche.



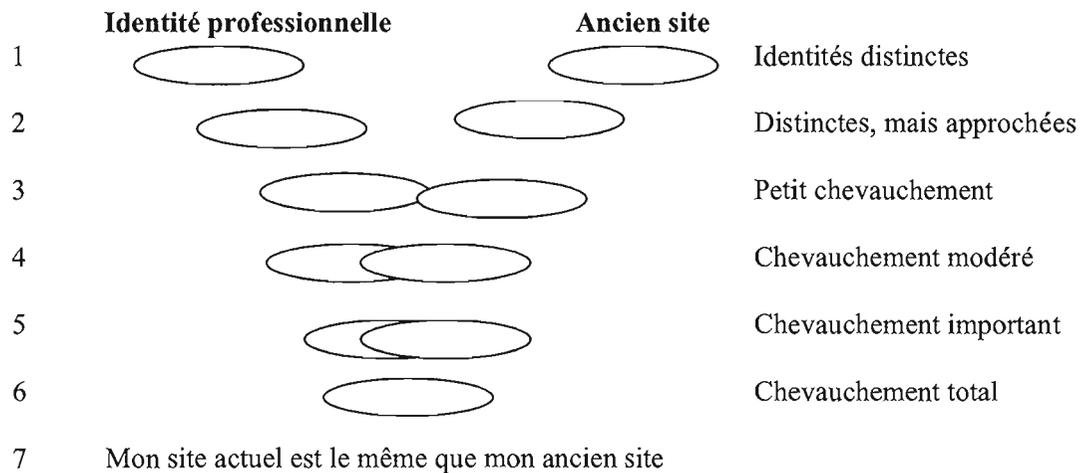
II. Lors de cette fusion, quel schéma représente le mieux le degré de chevauchement qu'il y a entre votre **identité professionnelle (à gauche)** et ... l'identité de votre **ancienne unité (à droite)** ? Encercler le chiffre de gauche.



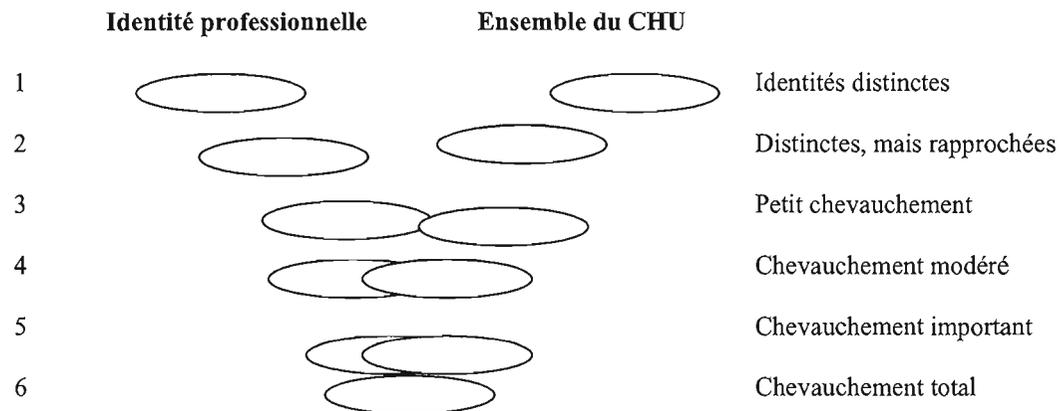
III. Lors de cette fusion, quel schéma représente le mieux le degré de chevauchement qu'il y a entre votre **identité professionnelle (à gauche)** et ... l'identité de votre **site/hôpital actuel (à droite)** ? Encercler le chiffre de gauche.



IV. Lors de cette fusion, quel schéma représente le mieux le degré de chevauchement qu'il y a entre votre **identité professionnelle (à gauche)** et ... l'identité de votre **ancien site/hôpital (à droite)** ? Encercler le chiffre de gauche.



V. Lors de cette fusion, quel schéma représente le mieux le degré de chevauchement qu'il y a entre votre **identité professionnelle (à gauche)** et ... l'identité de l'**ensemble du CHU (à droite)** ? Encercler le chiffre de gauche.



RÉFÉRENCES

- Abrams, A., Kaori, A. et Hinkle, S. (1998). Psychological attachment to the group : cross-cultural differences in organizational identification and subjective norms as predictors of workers' turnover intentions, *Personality and social psychology bulletin*, 24(10), 1027-1039.
- Abrams, D. et Hogg, M. A. (1990). *Social identity theory: constructive and critical advances*. Springer Verlag New York, New York.
- Adler, N. (1994). *Comportements organisationnels. une approche multiculturelle*. Repentigny, Qc : Éditions Reynald Goulet inc.
- Albert, S. (1998). The definition and metadefinition of identity, In D. Whetten and P. Godfrey (eds.), *Identity in organizations: building theory through conversations* : 1-13. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Albert, S. et Whetten. D. A. (1985). Organizational identity. In L.L. Cummings & B.M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior* (vol. 6 and 7). Greenwich, CT : JAI.
- Alexander, J.A., Halpern, M.T. et Lee, S.-Y.D. (1996). The short-term effects of merger on hospital operations, *Health services research*, 30(6), 827-847.
- Andreopoulos, S. (1997). The folly of teaching-hospital mergers, *The New England journal of medicine*, 336(1), 61-64.
- Argyle, M. et Dean, J. (1965). Eye-contact, distance and affiliation, *Sociometry*, 28, 289-304.

- Armenakis, A.A, Harris, S.G. et Mossholder, K.W. (1993). Creating readiness for organizational change, *Human relations*, 46(6), 681-703.
- Armstrong-Stassen, M., Cameron, S. J., Mantler, J. et Horsburgh, M. E. (2001). The impact of hospital amalgamation on the job attitudes of nurses, *Canadian journal of administrative sciences*, 18(3), 149-162.
- Ashforth, B.E., Harrison, S.H., Corley, K.G. (2008). Identification in organizations: an examination of four fundamental questions, *Journal of management*, 34(3), 325-374.
- Ashforth, B. E. et Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: the influence of identity, *Academy of management review*, 18(1), 88-115.
- Ashforth, B. E. et Johnson, S. A. (2001). Which hat to wear? The relative salience of multiple identities in organizational contexts, In Hogg, M.A. et Terry, D. J.(eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 31-48. Psychology press.
- Ashforth, B.E. and Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization, *Academy of management review*, 14(1), 20-39.
- Ashforth, B. E., Saks, A.M. et Lee, R. T. (1998). Socialization and newcomer adjustment : the role of organizational contexte, *Human relations*, 51(7). 897-925.
- Bacharach, S. B. (1989). Organizational theories: some criteria for evaluation, *Academy of management review*, 14(4), 496-515.
- Balmer, J.M.T. et Dinnie, K. (1999). Merger madness: the final coup de grâce, *Journal of general management*, 24(4), 53-70.
- Bartel, C. et Dutton, J. (2001). Ambiguous organizational memberships:constructing organizational identities in interactions with others, In Hogg, M.A. et Terry, D. J.(eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 115-130. Psychology press.

Bartel, C.A. (2001). Social comparisons in boundary-spanning work: effects of community outreach on members' organizational identity and identification, *Administrative science quarterly*, 46(2001), 379-413.

Bartels, J., Douwes, R., De Jong, M. et Pruyn, A. (2006). Organizational identification during a merger: determinants of employees' expected identification with the new organization, *British journal of management*, 17, S49-S67.

Bartels, J., Pruyn, A., de Jong, M. et Joustra, I. (2007). Multiple organizational identification levels and the impact of perceived external prestige and communication climate. *Journal of organizational behavior*, 28, 173-190.

Biggart, N.W. (1977). The creative-destructive process of organizational change: the case of the Post Office, *Administrative science quarterly*, 22, 410-426.

Bilodeau, H. (1996). Étude de la relation entre les conditions organisationnelles et le type de relation médecins-hôpital dans les hôpitaux de soins de courte durée canadiens, Thèse de doctorat en santé communautaire, option organisation des soins, Université de Montréal.

Brewer, M.B. et Pierce, K.P. (2005). Social identity complexity and outgroup tolerance. *Personality and social psychology bulletin*, 31, 428-437.

Brickson, S. et Brewer, M. (2001). Identity orientation and intergroup relations in organizations, In Hogg, M.A. et Terry, D. J.(eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 49-65. Psychology press.

Bruhn, J.G. (2001). Learning from the politics of a merger: when being merged is not a choice, *Health care manager*, 19(3), 29-41.

Buono, A.F., Bowditch, J.L. et Lewis III, J.W. (1985). When cultures collide: the anatomy of a merger, *Human relations*, 38(5), 477-500.

Callan, V.J., Gallois, C., Mayhew, M.G., Grice, T.A., Tluchowska, M. et Boyce, R. (2007). Restructuring the multi-professional organization: professional identity and adjustment to change in a public hospital, *JHSA*, 448-477.

Carroll, C. (1995). Rearticulating organizational identity : exploring corporate images and employee identification, *Management learning*, 26(4), 463-482.

Cartwright, S et Cooper, C. L. (1993). The role of culture compatibility in successful organizational marriage, *Academy of management executive*, 7(2), 57-70.

Chreim, S. (2001). Organizational identification during major change : the dynamics of dissociation and re-association, *Academy of management proceedings and membership directory*, B1-B6.

Chreim, S., Williams, B.E. et Hinings, C.R. (2007). Interlevel influences on the reconstruction of professional identity, *Academy of management journal*, 50(6), 1515-1539.

Clegg, C. W. et Wall, T. D. (1981). A note on some new scales for measuring aspects of psychological well-being at work, *Journal of occupational psychology*, 54, 221-225.

Comtois, É. (août 2001). Étude du discours de fusion dans les hôpitaux québécois : un choix efficient ou une mode managériale?, Mémoire de maîtrise, MBA-recherche, UQÀM.

Connor, R.A., Feldman, R.D., Dowd, B.E. et Radcliff, T.A. (1997). "Which types of hospitals mergers save consumers money?" *Health affairs*, 16(6), 62-74.

Cook, J. et Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfilment, *Journal of occupational psychology*, 53, 39-52.

Corbin, J. et Strauss, A. (1990). Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria, *Qualitative sociology*, 13(1), 3-21.

Covin, T. J, Sightler, K. W., Kolenko, T. A. et Tudor, R. K (1996). AN investigation of post-acquisition satisfaction with the merger, *Journal of applied behavioral science*, 32(2), 125-142.

Dempsey, M. et Mc Kevitt, D. (2001). Unison and the people side of mergers, *Human resource management journal*, 11(2), 4-16.

Denis, J.-L., Lamothe, L. et Langley, A. (1998). The dynamics of teaching hospital mergers,

Academy of management conference, San Diego, August 1998.

Denis, J.L., Langley, A. et Cazale, L.(1996). Leadership and strategic change under ambiguity. *Organization studies*, 17(4), 673-699.

Deslauriers, J.-P. (1997). L'induction analytique, In Poupart, J., Groulx, L.H. Deslauriers, J.-P., Lapierre, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (eds.), *La recherche qualitative :enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 293-307. Gaëtan Morin Éditeur.

DiMaggio, P. and Powell, W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American sociological review*, 42(2), 147-160.

Dukerich, J. M., Golden, B. R. et Shortell, S. M. (2002). Beauty is in the eye of the beholder: the impact of organizational identification, identity and image on the cooperative behaviours of physicians, *Administrative science quarterly*, 47, 507-533.

Dutton, J.E. et Dukerich, J.M. (1991). Keeping an eye on the mirror: image and identity in organizational adaptation, *Academy of management journal*, 34(3), 517-554.

Dutton, J.E., Dukerich, J.M. et Harquail, C.V. (1994). Organizational images and member identification, *Administrative science quarterly*, 39, 239-263.

Edwards, M.R. (2005). Organizational identification: a conceptual and operational review. *International journal of management reviews*, 7(4), 207-230.

Edwards, M.R. et Peccei, R. (2007). Organizational identification: development and testing of a conceptually grounded measure. *European journal of work and organizational psychology*, 16(1), 25-57.

Eisenhardt, K.M. (1989). Building theories from case study research, *Academy of management review*, 14(4), 532-550.

Ellemers, N., De Gilder, D. et Haslam, S.A. (2004). Motivating individuals and groups at work : a social identity perspective on leadership and group performance. *Academy of management review*, 29 (3), 459-478.

- Elsbach, K.D. et Kramer, R.M. (1996). Members' responses to organizational identity threats: encountering and countering the Business Week rankings, *Administrative science quarterly*, 41, 442-476.
- Empson, L. (2004). Organizational identity change: managerial regulation and member identification in an accounting firm acquisition, *Academy of management best conference paper*, D1-D6.
- Erikson, E. (1964). Insight and responsibility, cité de Gioia, D.A. (1998). From individual to organizational identity, In D. Whetten and P. Godfrey (eds.), *Identity in organizations: building theory through conversations* : 17-31. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine, *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Faucher, M. (septembre 1999). La gestion de l'intégration dans une fusion d'organisations professionnelles de cultures différentes, Mémoire de maîtrise, MBA-recherche, UQÀM.
- Fiol, C.M., Hatch, M.J. et Golden-Biddle, K. (1998). Organizational culture and identity: what's the difference anyway? In D. Whetten and P. Godfrey (eds.), *Identity in organizations: building theory through conversations*: 56-59. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Francfort, I., Osty, F., Sainsaulieu, R. et Uhalde, M. (1995). *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Gaertner, S.L., Bachman, B.A., Dovidio J. et Banker, B.S. (2001). Corporate mergers and stepfamily marriages : identity, harmony and commitment. In Hogg, M.A. et Terry, D. J.(eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 265-282. Psychology press.
- Gagnon, S. (2001). The medical and surgical intensive care units at site A : a study on satisfaction at work and perceptions regarding the merger. pp.73.
- Gioia, D. A. et Chittipeddi, C. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation, *Strategic management journal*, 12, 433-448.
- Gioia, D. A., Schultz, M. et Corley, K.G. (2000). Organizational identity, image, and adaptive instability, *Academy of management review*, 25(1), 63-81.

Gioia, D.A. (1998). From individual to organizational identity, In D. Whetten and P. Godfrey (eds.), *Identity in organizations: building theory through conversations* : 17-31. Thousand Oaks, CA : Sage.

Gioia, D.A. et Thomas, J.B. (1996). Identity, image, and issue interpretation: sensemaking during strategic change in academia, *Administrative science quarterly*, 41, 370-403.

Giroux, N. (2001). La gestion discursive des paradoxes de l'identité, Xième Conférence de l'association internationale de management stratégique.

Glynn, MA. (2000). When cymbals become symbols: conflict over organizational identity within a symphony orchestra, *Organization Science*, 11(3), 285-298.

Goffman, E. (1959). The presentation of self in everyday life, cité de Gioia, D.A. (1998). From individual to organizational identity, In D. Whetten and P. Godfrey (eds.), *Identity in organizations: building theory through conversations* : 17-31. Thousand Oaks, CA : Sage.

Golden, B. et Rao H. (1997). Breaches in the Boardroom : Organizational identity and conflicts of commitment in a nonprofit organization, *Organization Science*, 8(6), 593-611.

Gould, L. J., Ebers, R. E. et McVicker Clinchy, R. (1999). The systems psychodynamics of a joint venture : anxiety, social defenses, and the management of mutual dependence, *Human relations*, 52(6), 697-722.

Gustafson, L. et Reger, R. K. (1995). Using organizational identity to achieve stability and change in high velocity environments, *Academy of management journal*, Best paper proceedings 1995, 464-472.

Harrison, J.D. (2000). Multiple imaginings of institutional identity: a case study of a large psychiatric hospital, *The journal of applied behavioral science*, 36(4), 425-455.

Haslam, S.A., Ryan, M.K., Postmes, T., Spears, R., Jetten, J. et Webley, P. (2006). Sticking to our guns: social identity as a basis for the maintenance of commitment to faltering organizational projects, *Journal of organizational behavior*, 27, 607-628.

Haspelagh, P.C. et Jemison, D.B. (1987). Acquisitions: myths and reality, *Sloan management*

review, 28(2), 53-58.

Hewstone, M., Martin, R., Hammer-Hewston, C., Crisp, R. J. et Voci, A. (2001). Majority-minority relations in organizations: challenges and opportunities, In Hogg, M.A. et Terry, D. J.(eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 67-86. Psychology press.

Hogg, M. A. (2001). Social identification, group prototypicality, and emergent leadership, In Hogg, M.A. et Terry, D. J.(eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 197-212. Psychology press.

Hogg, M.A. et Abrams, D. (1998). *Social identification: a social psychology of intergroup relations and group processes*, London, Routledge.

Hogg, M.A. et Terry, D.J. (2000). Social identity and self-categorization processes in organizational contexts, *Academy of management review*, 25(1), 121-140.

Hogg, M.A. et Abrams, D. (1990). Social motivation, self-esteem, and social identity, In Abrams, D. et Hogg, M. A. (eds.). *Social identity theory: constructive and critical advances* : 28 à 47Springer Verlag New York.

Hosmer, L.T. (1995). Trust: the connecting link between organizational theory and philosophical ethics, *Academy of management review*, 20(2), 379-403.

Howell, D.C. (2002). *Statistical methods for psychology*, 5th edition, Duxbury Thomson learning.

Ibarra, H. (1999). Provisional selves: experimenting with image and identity in professional adaptation, *Administrative science quarterly*, 44(764-791).

Ibarra, H. et Petriglieri, J. (2007) Impossible selves : image strategies and identity threat in professional women's career transitions. *INSEAD working papers collection*, 69, 1-35.

Jones, G.R. et George, J.M. (1998). The experience and evolution of trust: implications for cooperation and teamwork, *Academy of management review*, 23(3), 531-546.

Kaplan, R.M. et Saccuzzo, D. P. (1997). *Psychological testing : principles, applications, and issues*, 4th edition, Brooks / Cole Publishing company.

- Kassirer, J.P. (1996). Mergers and acquisitions – Who benefits? Who loses?, *The New England journal of medicine*, 334(11), 722-723.
- Kavanagh, M. H. et Ashkanasy, N. M. (2006). The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger, *British journal of management*, 17, S81-S103.
- Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel, *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 6(2), 132-148.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data, *Academy of management review*, 24(4), 691-710.
- Larsson, R. et Lubatkin, M. (2001). Achieving acculturation in mergers and acquisitions : an international case survey, *Human relations*, 54(12), 1573-1607.
- Lemieux, S. (2007). Un marché en effervescence, *Les Affaires*, 8 au 14 décembre 2007, p. 61.
- Leonard-Barton, D. (1990). A dual methodology for case studies. Synergistic use of a longitudinal single site with replicated multiple sites. *Organization science*, 1(3), 228-266.
- Lievens, F., Van Hove, G. et Anseel, F. (2007) Organizational identity and employer image: towards a unifying framework. *British journal of management*, 18, S45-S59.
- Luther King Jr., M. (1958). *Stride toward freedom : the Montgomery story*, cité de Hogg, M.A. and Abrams, D. (1998). *Social identification: a social psychology of intergroup relations and group processes*, London, Routledge.
- Mael, F. A. et Ashforth, B. E. (1995). Loyal from day one : biodata, organizational identification, and turnover among newcomers, *Personnel psychology*, 48, 309-333.
- Mael, F. et Ashforth, B.E. (1992). Alumni and their alma mater: a partial test of the reformulated model of organizational identification, *Journal of organizational behavior*, 13, 103-123.
- Maguire, S. et Phillips, N. (2008). 'Citibankers' at Citigroup : a study of the loss of institutional trust after a merger, *Journal of management studies*, 45(2), 372-401.

McDougall, W. (1921). The group mind, cité de Hogg, M.A. and Abrams, D. (1998). *Social identification: a social psychology of intergroup relations and group processes*, London, Routledge.

McKnight, D.H., Cummings, L.L. et Chervany, N.L. (1998). Initial trust formation in new organizational relationships, *Academy of management review*, 23(3), 473-490.

Melewar, T.C. et Harrold, J. (2000). The role of corporate identity in merger and acquisition activity, *Journal of general management*, 26(2), 17-31.

Miles, M. B et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*, Éditions De Boeck Université.

Mishra, A.K. et Spreitzer, G. M. (1998). Explaining how survivors respond to downsizing : the roles of trust, empowerment, justice, and work redesign, *Academy of management review*, 23(3), 567-588.

Nahavandi, A. and Malekzadeh, A.R. (1988). Acculturation in mergers and acquisitions, *Academy of management review*, 13(1), 79-90.

Penn, A., Desyllas, J. et Vaughan, L. (1999). The space of innovation : interaction and communication in the work environment, *Planning and design*, 26, 193-218.

Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, In Poupart, J., Groulx, L.H. Deslauriers, J.-P., Lapierre, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 113-167. Gaëtan Morin Éditeur.

Platt, G. (2008). Cross-border mergers set record, as global consolidation continues in many industries. *Global finance*, 22(2), 62-65.

Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considerations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, In Poupart, J., Groulx, L.H. Deslauriers, J.-P., Lapierre, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* : 173-206. Gaëtan Morin Éditeur.

- Pratt, M.G. (1998). To be or not to be: central questions in organizational identification, In D. Whetten and P. Godfrey (eds.), *Identity in organizations: building theory through conversations*: 171-207. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pratt, M.G. (2000). The good, the bad, and the ambivalent: managing identification among Amway distributors, *Administrative science quarterly*, 45 (2000), 456-493.
- Pratt, M.G. et Foreman, P.O. (2000). Classifying managerial responses to multiple organizational identities, *Academy of management review*, 25(1), 18-42.
- Pratt, M.G. et Rafaeli, A. (1997). Organizational dress as a symbol of multilayered social identities, *Academy of management journal*, 40(4), 862-898.
- Pratt, M.G., Rockmann, K.W. et Kufmann, J.B. (2006). Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residence, *Academy of management journal* 49(2), 235-262.
- Ravasi, D. et Schultz, M. (2006). Responding to organizational identity threats: exploring the role of organizational culture. *Academy of management journal*, 49(3), 433-458.
- Riketta, M. et Nienaber, S. (2007). Multiple identities and work motivation: the role of perceived compatibility between nested organizational units, *British journal of management*, 18, S61-S77.
- Ring, S.P. et Van de Ven, A.H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships, *Academy of management review*, 19(1), 90-118.
- Rink, F. et Ellemers, N. (2007). Diversity as a basis for shared organizational identity: the norm congruity principle, *British journal of management*, 18, S17-S27.
- Ryan, R.M. et Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being, *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Schein, E. H. (1990). Organizational culture, *American Psychologist*, 45(2), 109-119.
- Schweiger, D.M et Denisi, A.S. (1991). Communication with employees following a merger: a longitudinal field experiment, *Academy of management journal*, 34(1), 110-135.

- Scott, S.G. et Lane, V.R. (2000). A stakeholder approach to organizational identity, *Academy of management review*, 25(1), 43-62.
- Seo, M.G. et Hill, N.S. (2005). Understanding the human side of merger and acquisition: an integrative framework, *The journal of applied behavioural science*, 41(4), 422-444.
- Sethi, R. (2000). Superordinate identity in cross-functional product development teams: its antecedents and effects on new product performance, *Academy of marketing science journal*, 28(3), 330-344.
- Skernivitz, S. (2008). Merger activity, *Managed healthcare executive*, 18(5), 21-22.
- Snail, T.S. et Robinson, J.C. (1998). Organizational diversification in the American hospital, *Annual review of public health*, 19, 417-453.
- Spector, P.E. (1997). Job satisfaction: application, assessment, cause, and consequences, Thousand Oaks, Sage publications inc.
- Strauss, S.E. et Sackett, D.L. (1998). Using research findings in clinical practice, *BMJ*, 317, 339-342.
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social science information*, 13(2), 65-93.
- Tajfel, H. (1978a). Social categorization, social identity and social comparison. In Tajfel, H. (eds). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*: 61-67. Academic Press Inc., New York.
- Tajfel, H. (1978b). The achievement of group differentiation. In Tajfel, H. (eds). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*: 77-86. Academic Press Inc., New York.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: studies in social psychology*. Cambridge university press.

- Taylor, D.M. et Moghaddam, F. M. (1994). *Theories of intergroup relations: international social psychological perspectives*. Praeger publishers, Westport.
- Terry, D. J. (2001). Intergroup relations and organizational mergers, In Hogg, M.A. et Terry, D. J. (eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 229-247. Psychology press.
- Terry, D. J. et Callan, V. J. (1998). In-group bias in response to an organizational merger. *Group dynamics : theory, research, and practice*, 2(2), 67-81.
- Terry, D. J. et O'Brien, A. T. (2001). Status, legitimacy, and in-group bias in the context of an organizational merger. *Group processes and & Intergroup relations*, 4(3), 271-289.
- Terry, D. J., Carey, C. J., et Callan, V. J. (2001). Employee adjustment to an organizational merger: an intergroup perspective. *Personality and social psychology bulletin*, 27(3), 267-280.
- Turner, J. (1978). Social categorization and social discrimination in the minimal group paradigm. In Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*: 101-133. Academic Press Inc., New York.
- Ullrich, J., Wieseke, J. et Van Dick, R. (2005). Continuity and change in mergers and acquisitions: a social identity case study of a German industrial merger, *Journal of management studies*, 42, 1549-1569.
- Van de Ven, A.H. (1992). Suggestions for studying strategy process, *Strategic management journal*, 13(special issue), 169-188.
- Van Dick, R., Hirst, G., Grojean, M.W. et Wieseke, J. (2007). Relationships between leader and follower organizational identification and implications for follower attitudes and behaviour, *Journal of occupational and organizational psychology*, 80, 133-150.
- Van Dick, R., Ullrich, J. et Tissington, P.A. (2006). Working under the black cloud: how to sustain organizational identification after a merger. *British journal of management*, 17, S69-S79.
- Van Knippenberg, D. et Van Schie, E. C. M. (2000). Foci and correlates of organizational identification, *Journal of occupational and organizational psychology*, 73(2), 137-147.

- Van Knippenberg, B., Martin, L. et Tyler, T. (2006). Process-orientation versus outcome-orientation during organizational change: the role of organizational identification, *Journal of organizational behavior*, 27, 685-704.
- Van Knippenberg, B. et Van Knippenberg, D. (2005). Leader self-sacrifice and leadership effectiveness: the modulating role of leader prototypicality, *Journal of applied psychology*, 90 (1), 25-37.
- Van Knippenberg, D. et Van Leeuwen, E. (2001). Organizational identity after a merger : sense of continuity as the key to post-merger identification, In Hogg, M.A. et Terry, D. J.(eds). *Social identity processes in organizational contexts*: 249-264. Psychology press.
- Van Leeuwen, E., Van Knippenberg, D. et Ellemers, N. (2003). Continuing and changing group identities: the effects of merging on social identification and ingroup bias, *Personality and social psychology bulletin*, 29(6), 679-690.
- Vandenbroucke, J.P. (1996). Evidence-based medicine and « médecine d'observation », *Journal of clinical epidemiology*, 49(12), 1335-1338.
- Weick, K. E. (1989). Theory construction as disciplined imagination, *Academy of management review*, 14(4), 516-531.
- Whetten, D. (1998). Preface: why organizational identity, and why conversations. In Whetten, D. et Godfrey, P. C. (eds). *Identity in organizations : building theory trough conversations*: vii-xi. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Whetten, D. A. (1989). What constitutes a theoretical contribution?, *Academy of management review*, 14(4), 490-495.
- Whetten, D. et Godfrey, P. C. (1998). *Identity in organisations: building theory trough conversations*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Whitener, E.M., Brodt, S.E., Korsgaard, M.A. et Werner, J.M. (1998). Managers as initiators of trust : an exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy behavior, *Academy of management review*, 23(3), 513-530.

Yi, X. et Uen, J.F. (2006). Relationships between organizational socialization and organization identification of professionals: moderating effects of personal work experience and growth need strength, *Journal of American academy of business, Cambridge*, 10 (1), 362-371.

Yin, R. (1984). *Case study research*. Beverly Hills, CA: Sage publications.

Zaheer, A., McEvily, B. et Perrone, V. (March-April 1998). Does trust matter? exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance, *Organization science*, 9(2), 141-159.

Zand, D.E. (1972). Trust and managerial problem solving, *Administrative science quarterly*, 17, 229-239.