



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur des Soins**

**Promotion 2005**

---

**LES RESTRUCTURATIONS  
HOSPITALIÈRES : LE RÔLE DU  
DIRECTEUR DES SOINS DANS LES  
FUSIONS DE BLOCS OPÉRATOIRES**

---

**Marie-Christine  
DOUETTÉ**

---

# Remerciements

---

Nous adressons nos remerciements à l'ensemble des intervenants et enseignants de l'École Nationale de la Santé Publique, qui par leurs cours, nous ont apporté un éclairage sur le sujet des restructurations hospitalières.

Nous remercions en particulier toutes les personnes qui se sont rendues disponibles pour nous permettre de réaliser nos entretiens.

De même, nous adressons nos plus sincères remerciements à Jo, Marie et Marie-Agnès, qui, avec beaucoup de gentillesse et de disponibilité, ont réalisé les relectures.

Enfin, nous remercions notre famille et nos amis qui nous ont soutenu et accompagné tout au long de ce travail.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LES RESTRUCTURATIONS D'ETABLISSEMENTS DE SANTE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Les restructurations hospitalières.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Le cadre réglementaire et historique .....	5
1.1.2 Les enjeux des restructurations .....	7
<b>1.2 Les concepts.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Les représentations sociales.....	11
1.2.2 La culture d'entreprise et l'identité au travail .....	14
1.2.3 Les valeurs .....	17
1.2.4 Le changement, ses enjeux et conséquences.....	18
1.2.5 Le processus de deuil .....	23
<b>2 L'ANALYSE DE TERRAIN .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 La méthodologie de l'enquête .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Les objectifs de l'étude et de l'analyse de terrain .....	25
2.1.2 L'entretien semi- directif, mode d'investigation retenu .....	25
2.1.3 Le public enquêté .....	26
2.1.4 Le choix des établissements, le contexte, l'historique.....	27
2.1.5 Les limites.....	28
<b>2.2 Les résultats .....</b>	<b>29</b>
2.2.1 Le déroulement des entretiens.....	29
2.2.2 Le profil des personnes interrogées.....	29
2.2.3 L'expression du ressenti par rapport au changement .....	30
2.2.4 Les opérations de fusions : forces et faiblesses, opportunités ou menaces.....	35
2.2.5 Les facteurs d'influence sur la fusion des unités .....	37
2.2.6 La discussion.....	40
<b>3 LES PROPOSITIONS D' ACTIONS.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Le management.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2 Les propositions d'actions à partir des fonctions du management.....</b>	<b>44</b>
3.2.1 La prévision .....	44
3.2.2 L'organisation .....	47

3.2.3 La décision .....	48
3.2.4 La motivation .....	48
3.2.5 L'évaluation .....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
<b>SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>55</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH : Agences Régionales de l'Hospitalisation

AS : Aides- Soignants

BO : Bloc Opérateur

CA : Conseil d'Administration

CES : Conseil Économique et Social

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CMU : Couverture Médicale Universelle

CTE : Comité Technique d'Établissement

DS : Directeur des Soins

EPS : Etablissements Publics de Santé

FHF : Fédération Hospitalière de France

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IFCS : Institut de Formation de Cadres de Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

ONQ : Objectif National Quantifié

PE : Projet d'Établissement

SIH : Syndicats Inter Hospitaliers

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

## INTRODUCTION

Dans un contexte économique complexe et exigeant, l'évolution des activités de soins, leur structuration et leur organisation, nos modes de fonctionnement et nos modes de gestion s'inscrivent dans un cadre législatif et réglementaire. Cette évolution s'appuie sur les priorités de santé publique décidées au plan national et déclinées au plan régional par l'intermédiaire des Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

Une recomposition de l'offre de soins est rendue nécessaire par les progrès des techniques médicales, les évolutions démographiques et l'urbanisation croissante. Accompagnées par le Gouvernement, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), disposant du SROS qu'elles arrêtent, conduisent cette recomposition et mettent en œuvre la politique régionale de l'offre de soins. Le SROS détermine la répartition géographique des installations et activités de soins permettant d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. A la date du 31 décembre 1999, on comptait en France 3171 Établissements ou entités juridiques sanitaires se partageant entre le secteur public (1032 Établissements Publics de Santé (EPS)) et le secteur privé (1386 Établissements sous Objectif National Quantifié (ONQ), et 753 sous dotation globale). Depuis, le mouvement de restructuration est largement engagé sur le territoire, comme le montre le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans une cartographie de la recomposition de l'offre de soins publiée en 1998 et remise à jour en 2000. Celle-ci met en évidence une augmentation de 9% d'opérations en évolution par rapport au bilan de 1998 avec trois cent soixante neuf opérations de recomposition de l'offre de soins en cours dont 60% sont initiées depuis 1998.<sup>1</sup>

Enfin, il convient de souligner que la recomposition de l'offre de soins s'inscrit dans les grands axes de la politique hospitalière du Gouvernement qui cherche à favoriser une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre, à promouvoir la qualité et la sécurité des soins et à réduire les inégalités d'accès aux soins.

L'Établissement dans lequel nous prenons nos fonctions de Directeur des Soins (DS) n'échappe pas à ce mouvement. En 1999, il s'engage avec une clinique médico-chirurgicale de la même ville dans une opération de recomposition de l'offre de soins sur le territoire de santé. Les objectifs sont de mettre en place des complémentarités chirurgicales et anesthésistes avec une mutualisation des gardes et astreintes, d'optimiser le taux d'occupation du plateau technique récent de l'hôpital, d'augmenter le

---

<sup>1</sup> Ministère des Solidarités et de la Famille Coopérations et recompositions de l'offre de soins - *Observatoire des Recompositions Hospitalières*. 2005-IGN 1999 Pays de la Loire [visité le 15 Mai 2005]. Disponible sur Internet : < <http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr> >

seuil d'activité par un meilleur recrutement de la population afin de maintenir une offre de soins en chirurgie et gynécologie obstétrique sur la ville. Dans ce contexte et afin de réaliser l'objectif principal, l'amélioration de l'offre de soins à la population, les projets d'Établissement(s), validés par l'ARH, prévoient :

- Le maintien des activités de médecine sur chaque site.
- La prise en charge de l'activité chirurgicale orthopédique et de la traumatologie par l'hôpital public.
- La cession de l'activité chirurgicale viscérale publique au secteur privé avec pour celui-ci une concession de service public. Dans ce cadre, une convention entre les deux Établissements définit la mise à disposition du personnel paramédical public lors des astreintes chirurgicales privées. De plus, l'hôpital cède à la clinique une salle opératoire ainsi qu'une unité d'hospitalisation.

Ces trois mesures sont mises en œuvre dès 1999 et un projet de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) permettant l'utilisation commune du plateau technique de l'hôpital répondant aux normes en vigueur est en cours d'élaboration.

Depuis, le contexte de la clinique a évolué et celle-ci a été achetée par un groupe financier. Le GCS n'a pas été réalisé. Actuellement, l'évolution des deux Établissements de Santé est en faveur de la reprise de l'ensemble des activités de la structure privée par l'hôpital public. Inscrite dans le projet d'Établissement 2004-2009, et soutenue par l'ARH, cette restructuration doit être effective dès le premier janvier 2006.

### **La problématique**

En introduisant des changements, les fusions d'Établissements modifient les modes d'organisations et les rapports sociaux au travail. Malgré une politique de communication qui se veut transparente, et une attention portée à la gestion des ressources humaines, les Directions se trouvent confrontées à des phénomènes de résistance au changement. L'intégration de la clinique a comme conséquence prévisible des organisations nouvelles au sein du bloc opératoire.

Après cinq années de coopération entre les deux Établissements de Santé, nous pouvons évoquer quelques constats :

- La cohabitation des deux équipes sur un même site, le bloc opératoire de l'hôpital public, et l'expérience de mise à disposition du personnel public lors des astreintes, ont généré de part et d'autre des situations parfois conflictuelles, consécutives à des pratiques différentes de prises en charge des patients.
- Les valeurs sous-jacentes tendant la conception du service rendu à la population et de la qualité des soins semblent divergentes selon les Établissements de soins.

- Les regards portés réciproquement d'une structure vers l'autre sont influencés par des représentations sociales marquées par l'identité culturelle et professionnelle.
- L'évolution de la coopération entre les deux Établissements s'accompagne pour les agents de la clinique d'un sentiment de perte de leur entreprise. Le personnel de l'hôpital public se montre, quant à lui, satisfait de cette évolution. Cependant, il manifeste son inquiétude sur la fusion des deux équipes de bloc opératoire et les organisations à mettre en place pour réunir l'ensemble des activités chirurgicales sur un même plateau technique.

Enfin, il convient de préciser que les équipes médicales publiques et privées ont des positions variées vis-à-vis de ces évolutions, allant de l'adhésion au projet pour certains à l'opposition pour d'autres.

Issus de la coopération entre ces deux Établissements, ces constats relèvent du domaine de l'organisationnel d'une part et font référence au champ des valeurs et des représentations d'autre part. Ils sont révélateurs de la difficulté de fusion de deux unités particulièrement concernées par la future organisation, les blocs opératoires, et nous orientons notre travail de recherche à partir de la question de départ suivante :

**« Pourquoi les représentations en action au sein de l'organisation du bloc opératoire rendent – elles difficile le management de la mise en œuvre d'une fusion ? ».**

A partir de cette question de départ, nous émettons deux hypothèses susceptibles de nous aider à appréhender et mieux comprendre ces difficultés :

- la fusion de deux structures engage la construction d'une entité nouvelle. Les représentations marquées par la culture de référence des acteurs constituent un frein à cette construction.
- L'identité culturelle des individus est construite à partir de la dimension organisationnelle de l'entreprise. La fusion entraîne la perte de cette identité et l'incertitude créée favorise le développement des représentations.

Ce travail de recherche nous amène à nous interroger sur l'identité culturelle des soignants et la place des représentations lors des restructurations dans la gestion des personnels afin de mieux percevoir notre rôle pour les accompagner.



## **La méthode**

Cette démarche doit nous aider à mieux comprendre pour mieux accompagner les opérations de fusion ou de regroupement d'Établissements dans le cadre de notre fonction de Directeur des Soins.

Afin d'atteindre cet objectif, nous choisissons de réaliser notre recherche d'information sur la base d'une méthode hypothético – déductive. Nos hypothèses s'appuient sur le rôle et la place des représentations sociales et sur la construction identitaire au sein des organisations. Nous avons donc, dans un premier temps, orienté nos lectures vers ces concepts. Ensuite, nous avons décidé d'affiner notre connaissance des opérations de regroupement d'Établissements à travers la consultation de dossiers et d'articles relatant de telles expériences. Au cours de ces lectures, nous nous sommes particulièrement attachée à la compréhension de facteurs de réussite ou au contraire susceptibles d'avoir engendré des difficultés. Nous consacrons la troisième étape de cette recherche à l'enseignement du terrain, étudié au cours de nos stages, dans des Établissements en cours ou issus d'opérations de fusion, afin de pouvoir confronter les approches théoriques et pratiques. Enfin, nous procédons à l'analyse des informations recueillies lors de ces différentes phases de notre recherche. Cette étape doit nous aider à mieux appréhender les enjeux des restructurations et leurs conséquences pour les équipes relevant de la Direction des Soins.

Dans une première partie, nous posons le cadre historique et réglementaire des restructurations hospitalières en France. Après un repérage des enjeux pour le bassin d'attractivité et les Établissements de Santé, nous définissons le cadre conceptuel autour de la culture et de l'identité au travail, les représentations sociales et les valeurs qui sous tendent nos actions. Ensuite, nous étudions le changement et ses conséquences près des personnels dans les opérations de fusion. La deuxième partie de notre travail, orientée par la vérification de nos hypothèses, en lien avec notre recherche théorique, est consacrée à la recherche et l'analyse de terrain. Précédant notre conclusion, la troisième partie consiste en une présentation de propositions d'actions découlant de notre étude et relevant de la fonction de Directeur des Soins et dont une des missions est d'optimiser l'accompagnement des soignants tout en maintenant la qualité des soins dans le cadre d'une opération de fusion d'unités de soins.

# 1 LES RESTRUCTURATIONS D'ETABLISSEMENTS DE SANTE

## 1.1 Les restructurations hospitalières

### 1.1.1 Le cadre réglementaire et historique

Dès 1970, la Loi Hospitalière prévoit la mise en place d'actions de regroupements d'activités par le biais des Syndicats Inter Hospitaliers (SIH).

La Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière préconise le développement des coopérations dans le but de répartir l'offre de soins dans la carte sanitaire. Après des années de développement des structures hospitalières, les premières opérations de fusion d'Établissements, les regroupements d'Établissements s'inscrivent dans les projets d'amélioration de l'offre de soins avec l'optimisation des moyens humains et matériels du territoire de santé. Ils « *sont les effets d'une rationalisation de la carte sanitaire cherchant à offrir les meilleurs services à l'usager dans un contexte économique contraignant* »<sup>2</sup>.

L'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'Hospitalisation Publique et Privée a pour objectif de préserver au patient, situé au cœur de l'action de tous les acteurs de l'hospitalisation, le bénéfice des meilleurs traitements dans les hôpitaux sachant rester accessibles à tous et prendre en charge de nouveaux besoins. De plus, il s'agit de permettre au système hospitalier de faire de nouveaux progrès. Dans ce contexte, elle permet aux Établissements Publics et Privés de créer des GCS lorsque les conditions légales pour la constitution d'un syndicat inter hospitalier ne sont pas remplies.

La Loi de 1999, relative à la Couverture Médicale Universelle (CMU) évoque les possibilités de coopération et apporte une modification aux textes relatifs aux GCS.

La Loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale comporte des éléments de coopération.

La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la constitution de GCS sous la forme de réseau de santé.

---

<sup>2</sup> M.R. « Culture et Hôpital, Rencontre régionale Rhône-Alpes, 25 septembre 2003- Vénissieux ». *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 2003/2004, n°112, p 16.

L'Ordonnance N° 2003-580 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé rappelle que « *l'évolution de nos activités, leur structuration et leur organisation, nos modes de fonctionnement et nos modes de gestion s'inscrivent dans un cadre législatif et réglementaire et s'appuie sur des priorités de santé publique décidées au plan national et déclinées au plan régional par l'intermédiaire des SROS. L'article L. 6121-1 du Code de la Santé Publique définit les missions du SROS : « Le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale...**Le Schéma d'Organisation Sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les Établissements de Santé.** Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire... Le Schéma d'Organisation Sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ».* L'Ordonnance propose notamment l'extension des GCS aux professionnels de santé exerçant à titre libéral ainsi qu'aux Établissements Médico- Sociaux<sup>3</sup>. Ils ont pour mission de mutualiser leurs moyens afin d'optimiser l'offre des soins sur un même territoire de santé.

La Loi de Santé Publique du 08 août 2004 définit des priorités de Santé Publique et les recompositions hospitalières permettent d'améliorer la réponse à ces priorités. Dans ce cadre, elles visent à maintenir une offre de proximité, dans des conditions de sécurité et de qualité améliorées.

De plus, les restructurations des Établissements de Santé s'inscrivent le plus souvent dans une nécessité de survivre économiquement et financièrement, tout en préservant l'image d'une organisation totalement dédiée au patient.<sup>4</sup> En effet, elles trouvent fréquemment leur origine dans des déficits d'exploitation liés à des contraintes de plus en plus nombreuses et pesant sur les charges des Établissements. Parmi ces contraintes nous retenons « *l'effet croissant de la normalisation des prises en charge en regard des critères de santé publique conduisant les Établissements de Soins à investir dans des matériels coûteux pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des*

---

<sup>3</sup> VILLENEUVE P. «Présentation de l'ordonnance portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ord. N° 2003-850 du 4 septembre 2003 » JCP- *La semaine Juridique Edition Générale*, 15 octobre 2003, n°42, pp 1809-1810.

<sup>4</sup> CLEMENT J. LHUILLIER, J.M. «Contractualisation interne : le pari de la déconcentration ». *Revue Hospitalière de France*. Novembre- Décembre 2003, n°495, pp 4-6

patients », accompagné de la spécialisation accrue des personnels de soins, la diminution de la durée moyenne de séjour entraînant une diminution du chiffre d'affaires des cliniques basé sur le prix de journée.<sup>5</sup>

## 1.1.2 Les enjeux des restructurations

### A) Les restructurations et les fusions : définitions

Avant d'envisager l'impact des restructurations sur la population et les Établissements de Santé, il nous paraît nécessaire d'en proposer une définition.

Le Petit Larousse définit la **restructuration** comme étant l' « action de restructurer » c'est à dire « réorganiser en donnant de nouvelles structures ». Selon Jean-Marc BONMATI, la restructuration est « *l'action de réorganiser, selon de nouveaux principes, avec de nouvelles structures, un ensemble devenu inadapté* ». La restructuration a comme but la transformation, l'élévation, l'accroissement de la qualification des hommes et la valorisation des agents dans et par leur contexte de travail, pour optimiser leurs compétences.<sup>6</sup>

Créer de nouvelles structures, dans le cadre des restructurations, est souvent associé à la notion de **fusion** et de **regroupement**. Le mot fusion fait référence à la notion de fonte, de mélange intime. La définition de « fusion » donnée par le dictionnaire encyclopédique illustré Hachette est l'« *union d'éléments distincts en un tout homogène* ». Le Larousse donne comme synonyme de fusionner le verbe « réunir » en illustrant cette définition par l'expression « *fusionner deux entreprises* ». Le regroupement est l' « *action de se regrouper* »<sup>7</sup>.

La Fédération Hospitalière de France (FHF) donne une définition des mots fusion et regroupement appliquée aux Établissements de Santé : « *Il y a fusion lorsque deux Établissements...s'allient pour n'en faire plus qu'un seul. La fusion est alors l'intégration de plusieurs personnes morales (...) dans une personne morale nouvelle (...) Qui dit intégration dit disparition des entités d'origine et création d'une nouvelle entité. Ce qui induit par ailleurs des notions fortes de deuil et de renaissance. La fusion est donc une transformation importante qui impacte l'ensemble des structures* ». La fusion d'Établissements s'accompagne parfois de regroupement d'activités ou de services. Lorsqu'il s'agit de la reprise d'un Établissement par un autre, tel que le rachat d'une

---

<sup>5</sup> CLAVERANNE J.P., PASCAL C., PIOVESAN D. « Restructurations des établissements hospitaliers. Les logiques du secteur public à l'épreuve du secteur du secteur privé ». *Gestions hospitalières*. Juin/Juillet 2002, n°417, pp 444-448.

<sup>6</sup> BONMATI J.M., Les Ressources Humaines à l'Hôpital. Un patrimoine à valoriser. p 227.

<sup>7</sup> Dictionnaire encyclopédique illustré Hachette

clinique par un hôpital, cette fusion s'apparente pour les acteurs à une absorption de leur entreprise. L'argument par lequel le seuil de survie d'une clinique est supérieur à cent lits est difficilement acceptable pour ses personnels, qui voient plutôt l'absorption par le « gros » de la « petite » structure. Or, absorber signifie « faire disparaître, engloutir »<sup>8</sup>. Cette notion de disparition renvoie à la perte et donc au travail de deuil évoqué précédemment. En contrepartie, ces opérations renforcent l'activité de l'Établissement reprenneur pour lequel elles constituent un gain et ouvrent des perspectives nouvelles de maintien d'activités voire de développement d'activités nouvelles.

## B) Les enjeux des restructurations pour le Territoire de Santé

Les Établissements de Santé de proximité, qu'ils soient publics ou privés, exercent un rôle spécifique en matière de soins et de prévention. Ils constituent un acteur incontournable dans la prise en charge de premier niveau laissant aux hôpitaux de référence, notamment les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), la pratique de médecine de pointe. De plus, le vieillissement de la population donne une importance majeure à la proximité, même si celle-ci « *ne doit toutefois pas s'affranchir de la qualité et de la sécurité* ».

C'est justement au nom de la sécurité des soins que certains Établissements Publics et Privés sont contraints d'envisager des regroupements ou des fermetures. En effet, les mises aux normes des plateaux techniques représentent un tel coût que les Établissements n'ont pas d'autres choix que de se retourner vers des structures présentant des équipements de meilleur niveau. De plus, bon nombre de cliniques se sont trouvées en difficultés financières aggravées par la tarification à l'activité. Cependant, nous assistons à un paradoxe : les populations locales se mobilisent contre les fermetures, soutenant l'atout majeur de la proximité, mais ces mêmes populations choisissent parfois de se faire hospitaliser dans un Centre Hospitalier de référence, argumentant un meilleur niveau d'expertise dans la prise en charge de leur pathologie.

Dans les petites villes où cohabitent un Établissement Public et un Établissement Privé proposant des activités médicales et chirurgicales similaires, nous assistons à des possibilités pour l'usager d'aller vers l'une ou vers l'autre de ces structures. La réputation de l'Établissement, les conseils du médecin traitant, les facteurs idéologiques sont autant d'éléments susceptibles d'orienter la décision du patient. Une fermeture ou une restructuration limitent les choix des patients, remettant en cause leur libre choix réaffirmé dans la Loi du 4 mars 2002. Dans ce contexte, le transfert de toute l'activité vers le site constitué n'est pas assuré. Le risque est donc d'assister à une fuite de la population vers

---

<sup>8</sup> LAROUSSE, Dictionnaire des Noms Propres, Noms Communs.

d'autres centres, et donc d'une baisse globale de l'activité si la restructuration ne fait pas l'objet d'une campagne de communication ciblée d'une part vers les libéraux et d'autre part vers les politiques et la population.

Pourvoyeurs d'emplois, les Établissements de Santé, outre leurs missions de soins, contribuent au maintien de la cohésion du tissu social en faisant vivre toute une région. La fermeture d'un établissement prive la ville d'un certain dynamisme lié à l'offre d'emplois. Elle s'accompagne des revendications de la population qui aspire au maintien des structures au nom de la sécurité et du service rendu. Néanmoins, la perspective des pertes d'emplois, la mobilité géographique nécessitant un changement d'Établissement, voire la reconversion, sont autant d'arguments également mis en avant pour s'opposer aux fermetures.

Enfin, il convient d'évoquer l'attachement des populations à leur Établissement de Santé ainsi que les enjeux politiques et sociaux. L'exemple de Saint-Affrique et Millau nous rappelle la nécessaire prise en considération des raisons plus obscures que l'apparente défense de l'emploi ou les arguments économiques avancés dans le projet de restructuration de ces établissements. Ces raisons sont ancrées dans l'histoire locale et touchent à l'identité même d'un territoire<sup>9</sup>. Les acteurs hospitaliers sont eux-mêmes imprégnés de cette culture et les événements interférant dans cette histoire peuvent être voués à l'échec si l'on ne prend pas en considération toutes ces dimensions humaines.

Une fermeture d'un Établissement dans le cadre d'une fusion, avec une réorganisation de l'offre de soins, peut laisser espérer un transfert des personnels vers la structure reconstituée. Cependant, dans cette situation, les représentations en action risquent de se concentrer sur l'absorption du petit Établissement par l'Établissement le plus important.

### C) Les enjeux des restructurations pour les Établissements de Santé

Dans le cadre de notre étude, nous portons une attention particulière aux fusions public/privé se traduisant par la cessation totale des activités du secteur privé, celles-ci étant reprises par l'établissement public de la ville.

Au sein des Établissements de Santé, les enjeux du regroupement se situent à différents niveaux : institutionnel et politique, organisationnel et managérial. De plus, ils sont différents suivant le positionnement des acteurs et leur lien avec l'opération de restructuration. A ce titre, les phases de négociations sont l'opportunité pour les décideurs

---

<sup>9</sup> Avis et rapports du Conseil Économique et Social « Aménagement du Territoire et Établissements de Santé ». 2004. Rapport présenté par M. Michel PICARD.

de repérer les intérêts de chacun, et ainsi de pouvoir s'appuyer sur les éléments moteurs dans le projet.

Au niveau institutionnel et politique, ces opérations sont inscrites dans le projet d'établissement, validé par l'ARH. La mutualisation des ressources hospitalières doit prioritairement répondre au mieux à la demande de soins. Pour nombre de petites structures publiques ou privées, c'est un moyen de pérenniser les activités dans des spécialités chirurgicales notamment. C'est aussi une opportunité pour les praticiens d'organiser des systèmes de gardes partagées tout en assurant la continuité des soins.

La décision d'une fusion ou d'un regroupement d'Établissements s'inscrit dans le SROS. Avant cette étape de validation du Projet d'Établissement (PE), de nombreuses négociations entre les partenaires ont eu lieu sur une durée de plusieurs années. Parmi ces partenaires, les Directeurs des Établissements, le corps médical de chaque entité, le Président du Conseil d'Administration (CA), le comité de direction et le Directeur de l'Agence Régionale ont des places prépondérantes. Les partenaires sociaux, membres du Comité Technique d'Établissement (CTE) et du CA, associés à des phases d'élaboration du PE, sont des collaborateurs incontournables. Il convient de souligner la lenteur des opérations de rapprochement, avec un renforcement de cette lenteur dans le cas de regroupement de structures aux statuts juridiques différents, comme c'est le cas pour les rapprochements entre Hôpitaux et Établissements à but lucratif. Cette durée peut s'expliquer « *par les fortes résistances mises en œuvre par les acteurs qui mettent en avant les différences culturelles qui séparent ces deux mondes que sont le « public » et le « privé »* »<sup>10</sup>. Avant l'écriture du Projet d'Établissement, les protagonistes doivent répondre à de nombreuses interrogations prenant en compte de multiples composantes : l'organisation des soins, les ressources humaines, les éléments financiers, logistiques. Celles-ci constituent les éléments de négociations entre les partenaires locaux, mais aussi régionaux tels que l'ARH. Parmi ces interrogations, nous pouvons en citer quelques unes qui déterminent les axes du Projet d'Établissement : y a-t-il transfert de certaines ou de toutes les activités médicales et chirurgicales sur un seul site ? Des unités de soins sont-elles regroupées pour n'en faire qu'une seule ? Les services médico - techniques, les urgences, les services logistiques et administratifs sont-ils en mesure de faire face à une organisation nouvelle ? Quelle est la capacité physique pour accueillir la population

---

<sup>10</sup> COME N. Une coopération Public/Privé avec partage d'activités. L'exemple du CH Côte de Lumière (Sables d'Olonne). Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2004. 115p.

sur un seul site ? Y a-t-il nécessité d'inscrire le projet dans le Plan Hôpital 2007, permettant d'envisager des aménagements de locaux, voire de nouvelles constructions ? Pour conduire ces restructurations, le Gouvernement met en place des mesures d'accompagnement des politiques de gestion des ressources humaines, afin de favoriser la reconversion, la formation et la mobilité des personnels concernés, compte - tenu de la nécessité d'obtenir leur adhésion aux opérations concernées.

Malgré ces mesures, ces modifications de l'offre de soins entraînent des bouleversements culturels, du fait qu'elles visent à faire travailler ensemble des individus aux constructions identitaires diverses, avec même parfois des positions statutaires non identiques. Les Établissements doivent faire face à de nombreuses difficultés lors de ces opérations de restructurations (avant et pendant la mise en œuvre). En effet, la première difficulté soulignée par les acteurs est « l'obstacle culturel », c'est-à-dire les différences fondamentales qui séparent les logiques et fonctionnements des hôpitaux et des cliniques.

En conclusion, les restructurations sous forme de fusions se traduisent par la transformation d'au moins deux entités destinées à n'en former plus qu'une. Ces opérations, guidées par des problématiques de santé publique telles que le niveau et la qualité de l'offre de soins, font entrer les acteurs dans une dynamique de changement acceptée ou rejetée. Mais toujours, les conditions de ce changement sont inscrites dans l'histoire des institutions reconnues dans leur environnement social et des individus qui les font vivre. Ces derniers se sont forgé leur identité culturelle dans ce contexte : vivre une fusion leur demande de se projeter dans des alliances avec des partenaires avec lesquels ils n'imaginent pas partager les mêmes valeurs.

Pour mieux comprendre les événements liés aux phénomènes culturels, il nous semble pertinent de nous interroger sur la construction des représentations sociales, de la culture et de l'identité, et leur place dans cette construction.

## **1.2 Les concepts**

Afin de comprendre les mécanismes susceptibles de se mettre en place lors d'un regroupement de services, nous étudions les représentations sociales et leur place dans la construction de l'identité au travail et la culture d'entreprise. De plus, s'agissant de restructuration, nous présentons une conception du changement et de ses conséquences.

### **1.2.1 Les représentations sociales**

Les phénomènes de culture s'accompagnent de représentations parfois simplificatrices. Elles sont particulièrement marquées par une opposition public/privé. On relève des



rivalités entre les Établissements Publics et les Établissements Privés. De part et d'autre, le sentiment d'être meilleur que l'autre prévaut. Néanmoins, il ne constitue pas forcément une émulation pour améliorer la qualité, ce sentiment étant construit sur la représentation et non sur des critères d'évaluation établis. Afin de comprendre le rôle joué par les représentations, il semble nécessaire d'appréhender les mécanismes de construction de ces représentations.

Le Larousse définit la représentation comme étant « *l'idée que nous nous faisons du monde ou d'un objet donné* ». Or, « l'idée » est aussi « *la représentation abstraite d'un objet, d'un rapport* » ou encore « *une manière de voir, une opinion* ». Dans ces définitions, il nous semble utile de repérer la place laissée à l'individu et à son histoire. Cette manière de voir, cette idée que nous nous faisons sont construites à partir des éléments d'informations que nous possédons. Toutefois, si nous utilisons le mot idée au pluriel et que nous l'intégrons à l'expression « *se faire des idées* », cela signifie « *imaginer des choses fausses* »<sup>11</sup>. Pierre MANNONI associe les représentations aux fantasmes, le fantasme étant lui-même défini comme étant un produit de l'imagination<sup>12</sup>. Face à ces définitions, le risque est de considérer les produits des représentations comme des éléments de second plan puisque nous nous situons dans l'imaginaire voire le faux. Les représentations sociales sont parfois proches de l'irrationnel. Néanmoins, elles sont à la base de notre vie psychique et c'est à elles que nous faisons le plus facilement et le plus spontanément appel pour nous repérer dans notre environnement physique et humain. Elles jouent un rôle déterminant dans la vie mentale de l'homme dont les pensées, les sentiments, les plans d'action, les référents relationnels leur empruntent tous quelque chose.

Citant des travaux de MOSCOVICI, Pierre MANNONI explique deux processus permettant de comprendre comment s'élaborent les représentations sociales. D'une part, *l'objectivation* met en forme les notions abstraites constituant l'activité mentale et matérialisant les idées en leur fournissant un « contour » (image ou figure). D'autre part, *l'ancrage* assure l'enracinement social de la représentation, avec les valeurs cognitives particulières qu'elle revêt dans le groupe de référence. De plus, cet ancrage renvoie en amont de la représentation sociale à des univers de sens et de savoir. En aval, il confère une valeur fonctionnelle au contenu représentationnel, le rendant ainsi disponible pour son usage dans le groupe. L'ensemble de ces connaissances de sens commun possédées par le groupe permet à chacun de ses membres de « parler le même

---

<sup>11</sup> LAROUSSE, Dictionnaire des Noms Propres, Noms Communs.

<sup>12</sup> MANNONI P., *Les représentations sociales*. Que sais-je ? Paris : Presse Universitaire de France, 1998. 125 p.

langage », c'est-à-dire de recourir au même capital cognitif favorisant les échanges entre les acteurs sociaux et régulant leurs rapports. L'auteur précise alors les aléas, évènementiels ou conjoncturels, pouvant faire évoluer une représentation au contenu bien défini vers une nouvelle représentation avec un réel changement d'état. Là encore, la notion de temps revêt toute son importance puisque cette évolution peut être plus ou moins lente et insidieuse ou plus ou moins rapide.

S'intéresser aux représentations sociales nous conduit à réfléchir aux stéréotypes et aux préjugés. En effet, même si leurs principes diffèrent, ils ont en commun d'être des produits de la pensée se présentant comme des élaborations groupales qui reflètent, à un moment donné, le point de vue prévalant, relativement à certains sujets. De même, ils peuvent opérer au niveau des exclusions et de la constitution d'attitudes d'acceptation ou de rejet de l'autre.

Un jugement pré - élaboré, représentant une sorte de facteur commun pour un groupe donné constitue la pensée pré - judiciaire. Chacun dans la société de référence sait à quoi s'en tenir lorsqu'il est confronté à cet énoncé et il n'a pas besoin de chercher de justification ni d'explication pour l'admettre. L'idée reçue l'emporte alors sur les jugements discriminatoires et analytiques. Elle trouve sa force dans une multitude d'adhésions et, le plus souvent, son ancienneté dans le temps est telle que cela lui vaut un respect quasi traditionnel.

Les stéréotypes se présentent comme des clichés mentaux, stables, constants et peu susceptibles de modifications. Il s'agit d'une « image » toute faite, « préformée », dont la nature sociale est évidente et qui n'a de valeur que par rapport à la mentalité collective qui lui a donné naissance.

Dans le cadre des fusions, deux clichés fréquemment entendus illustrent probablement ces propos. Du point de vue de l'hôpital public, les acteurs du secteur privé priorisent l'argent et la rentabilité de leurs activités au détriment de la qualité et de la sécurité des soins, alors que du côté de l'Établissement Privé, le personnel de l'hôpital public est considéré comme dispendieux et peu enclin au travail. Il nous paraît alors utile de porter une attention particulière à des attitudes individuelles ou collectives allant de la simple moquerie à la discrimination ou au rejet et qui seraient liées à ces représentations différentielles. Pierre MANNONI recommande de travailler sur « l'hypertrophie » du groupe d'appartenance qui se traduirait par l'idée « *Nous les bons...* », sous - entendant que le groupe d'appartenance est le modèle de référence pour apprécier les autres, « *lesquels sont souvent moins bons que nous* ». Il insiste également sur le fait que les représentations sont marquées par la culture de référence, chacun y puisant les savoirs servant à tous les individus du même groupe. De ce fait, il considère que « *Aussi longtemps que les valeurs du groupe seront inchangées, l'individu résistera aux changements et ce, d'autant plus qu'il devra s'écarter fortement des normes du groupe. Si*

*la norme elle-même est inchangée, la résistance due à la relation entre l'individu et la norme groupale est éliminée »<sup>13</sup>.*

Or l'accréditation des Établissements de Santé introduit une donnée nouvelle avec des critères de qualité identiques pour tous.

Afin de comprendre le processus de socialisation professionnelle, il convient de connaître quelles étaient les pratiques avant le regroupement. Atteindre la phase d'assimilation, c'est-à-dire la conscientisation du changement de culture, nécessite un temps d'incorporation relativement long.

## **1.2.2 La culture d'entreprise et l'identité au travail**

Fusions, regroupements, délocalisations sont les effets d'une rationalisation de la carte sanitaire cherchant à offrir le meilleur service à l'utilisateur dans un contexte économique contraignant. La difficulté de ces réaménagements tient en partie à la dimension identitaire et culturelle des Établissements trop souvent négligée au profit d'une approche gestionnaire.<sup>14</sup>

A travers la culture d'entreprise et l'identité au travail, nous développons les représentations pouvant se construire et influant sur les organisations.

### A) La culture d'entreprise

Dans la langue française, culture est un mot dérivé du latin « cultura », issu de « colere » qui signifie : tourner en rond, travailler régulièrement, cultiver, soigner, habiter<sup>15</sup>. Ces définitions font, en partie, référence à la terre qui va produire, et permettre le développement de ce qu'on lui donne en fonction de sa nature, de l'environnement dans lequel elle se trouve. Si l'on transpose ces expressions à l'individu, cultiver son esprit, se cultiver vont favoriser son évolution intellectuelle, dans un environnement qui lui convient. Le mot culture prend alors le sens d' « ensemble des connaissances acquises »<sup>16</sup>. Le Petit Robert<sup>17</sup> intègre une approche sociologique au mot culture et donne les définitions suivantes : « *ensemble des aspects intellectuels propres à une civilisation, une nation* ». Il dit aussi que c'est « *l'ensemble des formes acquises de comportement dans les sociétés humaines* ». Selon Jacques ARDOINO, l'idée de culture « *laisse une place au jeu de*

---

<sup>13</sup> Op. Cit. Pierre MANNONI.

<sup>14</sup> M.R. « Culture et Hôpital, Rencontre régionale Rhône-Alpes, 25 septembre 2003- Vénissieux ». *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 2003/2004, n°112, p 16.

<sup>15</sup> Nouveau Dictionnaire étymologique, 1964, et étymologies du Français, 1996.

<sup>16</sup> LAROUSSE, Dictionnaire des Noms Propres, Noms Communs.

<sup>17</sup> Le Nouveau Petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.

*processus inconscients, temporels et historiques* ». De même, il considère que « *la culture nous habite, nous inspire et nous structure jusqu'à constituer un style* ».<sup>18</sup> Enfin pris dans son sens anthropologique, « *le concept de culture désigne l'ensemble des normes et des valeurs, des représentations partagées, des façons de sentir, penser et agir qui fondent une société, une ethnie ou un groupe spécifique* ».<sup>19</sup> La culture s'inscrit dans l'histoire et peut s'associer à des termes tels que tradition, coutumes. TYLOR, lors d'une étude de terrain au Brésil définit la culture ainsi : « *la culture ou civilisation, pris dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société* ». L'école américaine « culture et personnalité » se centre sur les liens entre les individus et leur culture, afin de comprendre comment les êtres humains incorporent et vivent leur culture. La culture serait un style commun marquant les comportements de ceux qui partagent une même appartenance. Selon les systèmes d'éducation de la société dans laquelle évolue l'individu, il se façonne une « personnalité de base » et selon A. KARDINER, cette trame sert de variante singulière aux individus. « *La réaction au niveau de la culture du groupe s'effectuera par un jeu de projections permettant d'élaborer des structures secondaires tels que des systèmes de valeurs et de croyances qui conduiront cette culture à évoluer peu à peu* ».<sup>20</sup> Nous retrouvons la référence aux croyances qui contribue aux développements des représentations sociales, mais aussi les valeurs qui permettent à chaque membre d'une communauté de se reconnaître entre eux.

La culture est, nous l'avons vu, associée à des traditions. Elle se transmet, elle est chargée de valeurs. Cependant, avant d'obtenir la fusion d'un groupe avec un autre, et réciproquement, jusqu'à ne former plus qu'un seul, chacun doit passer par une phase d'acculturation. Or l'acculturation est ce « *processus complexe de contacts culturels au travers desquels des sociétés ou des groupes sociaux assimilent ou se voient imposer des traits ou des ensembles de traits provenant d'autres sociétés* »<sup>21</sup>. Nous relevons deux éléments opposés dans le phénomène d'acculturation. En effet, soit les groupes sociaux assimilent, soit ils se voient imposer les éléments d'autres sociétés. Dans le premier cas, nous assistons à l'intégration, la digestion et donc l'acceptation des valeurs, des croyances. L'intégration est un processus qui conduit une personne, un groupe à adopter les valeurs et les normes du système social. Elle nécessite l'intégrabilité de

---

<sup>18</sup> ARDOINO J. Culture et civilisation. In *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville : Erès, 2002. pp.118-127.

<sup>19</sup> LAFAYE C., *Sociologie des organisations*. Sociologie 128, Paris : Nathan Université, 1996. p.77.

<sup>20</sup> Op.cit. ARDOINO J. p 123.

<sup>21</sup> Op.cit. ARDOINO J. p.123.

chaque individu c'est-à-dire sa capacité à s'intégrer, mais elle a besoin de ses capacités intégratives qui lui permettent l'ouverture et l'accueil des autres membres de la communauté. Dans la seconde hypothèse, « ils se voient imposer ». N'y a-t-il pas là, si l'on n'y prend garde, les germes d'une résistance, voire d'une opposition au changement ?

Pour conclure, il nous semble qu'un des enjeux d'une fusion de services est de réussir à faire converger entre elles des différences culturelles afin de permettre une nouvelle définition commune pour tous et ainsi de rendre possible son intégration par chacun des acteurs en présence.

## B) L'identité professionnelle

Lors d'une opération de restructuration, réalisée à partir de la fusion de deux établissements, un des enjeux consiste à faire travailler ensemble des personnes dont la culture personnelle et professionnelle semble parfois éloignée. L'identité du sujet est toujours en construction. Le travail est un des éléments fondateurs de l'identité. Renaud SAINSAULIEU fait apparaître « *le travail mais aussi l'entreprise comme des lieux centraux de production identitaire et culturelle* »<sup>22</sup>. Chaque individu s'est créé une identité à travers son travail, l'environnement de celui-ci, développant ainsi un sentiment d'appartenance à un groupe, une structure. Cette identification permet de se reconnaître dans une norme acceptée. L'identité, du latin « idem », signifie « le même ». Au sens psychologique du terme, l'identité personnelle est définie comme « *étant le caractère de ce qui demeure identique à soi-même* ». L'identité culturelle se réfère, quant à elle, à un groupe et peut se définir de la façon suivante : « *L'identité culturelle est un ensemble de traits culturels propres à un groupe ethnique qui lui confèrent son individualité* »<sup>23</sup>. Le contraire de l'identité est la différence, cette différence qui justement fait peur, objet de fantasmes et qui alimente les représentations sociales dans ce qu'elles ont de négatif.

Par ailleurs, l'identité est définie à partir de l'appartenance de chaque individu à une famille, une communauté..., ce que Vincent de GAULEJAC illustre par le fait que « *les identités professionnelles produisent des sentiments d'appartenance à des collectifs qui rassemblent tous ceux qui ont suivi les mêmes études, obtenu les mêmes diplômes, exercent des métiers similaires ou qui occupent les mêmes fonctions* »<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> LAFAYE C., *Sociologie des organisations*. Sociologie 128, Paris : Nathan Université, 1996. p.72

<sup>23</sup> Le Nouveau Petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.

<sup>24</sup> DE GAULEJAC V. L'identité. In *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*. Ramonville : Erès, 2002, pp.174-180.

De fait, les soignants sont à la croisée de deux structures d'appartenance, toutes deux également porteuses d'identité : il s'agit d'une part du corps professionnel auquel ils appartiennent tel que décrit précédemment et d'autre part de l'appartenance au service. Ces tensions sont aussi décrites par Vincent de GAULEJAC qui différencie l'identité « héritée », celle qui nous vient de la naissance et des origines sociales, de l'identité « acquise », liée fortement à la culture et à la position socio - professionnelle. Le regroupement de services bouscule fortement cette dernière, allant jusqu'à la remettre en question. Il crée une perte de cette identité permettant la construction de l'identité « espérée ». La perte et la douleur de celle-ci dépendent du niveau identitaire acquis par les individus au cours de leur histoire individuelle et professionnelle. Composantes centrales de l'identité institutionnelle, les valeurs sont des éléments du management, elles caractérisent une dimension communautaire forte. Dans le cadre de la fusion d'unités, les agents sont partagés entre ces deux appartenances, et la reconstruction d'une unité commune ne risque-t elle pas de morceler encore plus ces équipes avec l'apparition de phénomènes liés aux enjeux de pouvoir. Est-ce que les alliances se font par corporatisme professionnel ou par besoin de se retrouver entre personnes ayant la même histoire ?

### **1.2.3 Les valeurs**

La culture du groupe et de l'entreprise à laquelle il appartient se construit à travers l'histoire. La culture et l'identité se construisent et évoluent en fonction des valeurs servant de références au groupe. Chacun s'appuie sur ses propres valeurs qu'il pense différentes de celles de l'autre. Toutefois, Jean-François CLAUDE considère que « *la référence aux valeurs constitue un levier pour répondre aux défis de vivre ensemble* »<sup>25</sup>. En effet, elles permettent la définition d'une éthique de l'entreprise, du groupe qui s'y réfère et montrent l'intérêt porté au salarié. Grâce aux valeurs, l'entreprise espère trouver « un liant » pour souder les équipes et leur permettre de trouver des points de force pour motiver le travail ensemble, s'appuyer sur les compétences individuelles pour promouvoir les compétences collectives. Cependant l'auteur nous met en garde sur l'utilisation inappropriée des valeurs. Utiliser les valeurs sert-il à donner bonne conscience au manager et, dans ce cas, comment le salarié peut-il construire son identité professionnelle sur quelque chose qu'il pourrait percevoir comme une tromperie ? Est-ce un moyen de motivation utilisé quand tout va bien mais que l'on oublie quand surgit une difficulté ? La formulation est-elle précise ou idéalisante pour avoir un vrai sens ? Quels moyens de communication met-on en place pour permettre aux individus de s'approprier les valeurs du groupe ? D'autant que celles-ci peuvent être très variables selon les

---

<sup>25</sup> CLAUDE J.F., *Le management par les valeurs. L'appartenance à l'entreprise*. Paris : Liaisons, 2003. 264p.

individus et leur culture : la famille, le travail, la religion... Elles peuvent être déclinées en valeurs économiques, affectives, morales et sociales.<sup>26</sup> Ainsi dans les EPS ou les Établissements Privés, le respect, l'écoute de l'individu, qu'il s'agisse de l'utilisateur, de son entourage, des personnels, sont souvent des valeurs affirmées. De même, les agents de l'hôpital public revendiquent les valeurs de service public telles que l'égalité de traitement, la continuité du service alors que le personnel du secteur privé défendra de bien soigner au moindre coût. A première vue, nous pouvons penser que, comme pour les représentations, la culture, l'identité, il y a des différences voire des oppositions au niveau des valeurs selon l'institution d'appartenance des personnels. Cependant, les valeurs ont pour caractéristique de pouvoir être exprimées par beaucoup de mots, auxquels il convient de donner un sens commun et acceptable par tous. Les valeurs peuvent être définies comme des buts généraux à atteindre dans la vie, investis comme des préférences ayant une certaine durée, tout en étant évolutives et remplaçables, communes à un groupe d'individus.

Cette évolution s'inscrit dans la démarche de fusion des structures et elle représente un grand changement pour les acteurs avec des enjeux qu'il convient de repérer.

#### **1.2.4 Le changement, ses enjeux et conséquences**

##### A) Le changement

Si nous nous rapportons aux définitions du Petit Robert, le changement est un « *état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique (choses, circonstances, état psychologique)* ». Plus loin, il est précisé que l'on peut aimer ou craindre le changement. Dans ce dernier cas, il est fait état de conservatisme. Ensuite, une autre définition associe le changement à un « bouleversement » en cas de changement brusque. Enfin, le changement permet une évolution « en mal » et nous nous orientons alors vers une altération, ou une évolution « en bien » et il s'agit alors d'une amélioration. Un des enjeux de la fusion est d'obtenir un changement qui permette une évolution « en mieux ». Cela ne signifie pas pour autant attendre, ne rien faire. Il s'agit d'identifier les nouveaux enjeux, les pertes, les gains possibles, les leviers et les freins.

##### B) Les enjeux

Les enjeux pour les acteurs sont de natures diverses qu'il semble nécessaire d'identifier : pour les acteurs de la clinique, la priorité est la survie, le risque de perte d'emploi est majeur et la disparition de leur entreprise entraîne déception et tristesse. L'argent prend une place importante dans la conception même de leur travail. Les agents du secteur

---

<sup>26</sup> ANTOINE J., *Valeurs de société et stratégie des entreprises*. Paris : PUF, 1996.

public, idéologiquement, eux, au contraire, placent l'argent comme un facteur de second plan. Ils argumentent que les missions de l'hôpital public ne sont pas de faire des bénéfices mais de soigner tout le monde, quelle que soit la situation financière. Cependant, il convient de rappeler que la situation financière des hôpitaux est préoccupante et que l'on assiste désormais à un bouleversement des valeurs.

Dans un contexte de changement, l'enjeu porte également sur la qualité de vie au travail. Favoriser l'esprit communautaire, limiter les risques de conflits sociaux sont aussi des conditions de régularité de la performance du groupe. L'esprit communautaire, pour se développer, a besoin d'un bien commun. C'est autour de ce bien que peut se construire le service, l'unité de travail, mais aussi le lieu d'échanges, de compromis, centré sur le service rendu aux personnes prises en charge. Si l'on étudie les travaux de Thierry PAQUOT sur l'urbanisme comme bien commun et que l'on considère l'unité de soins comme un bien commun en devenir, nous pouvons admettre que ce bien commun, pour être instauré par l'effort de tous, nécessite l'association de chacun à sa poursuite. Lorsqu'il cite le Père LEBRET, il écrit que « *Le Bien commun, c'est le Bien de tous, en bloc, mais qui appartient aussi à chacun en particulier en tant que membre de la communauté* ». Le mot commun vient du latin *communis*, « qui appartient à plusieurs », mais aussi de *cum*, « avec » et *munis*, « qui accomplit sa charge ». Ainsi, le bien commun n'est pas seulement quelque chose à redistribuer, à partager, mais il exige des charges, des devoirs. Le commun s'apparente à l'éthique, il vise à la cohésion du groupe et à la cohérence du territoire sur lequel œuvre ce groupe.<sup>27</sup> Pour permettre l'adhésion de tous à la construction de ce bien commun qu'est l'urbanisme, Thierry PAQUOT fait quelques propositions qui nous semblent transposables aux structures hospitalières :

- « *Élaborer des projets urbains qui partent avant tout de la situation, des habitants et des lieux, sans vouloir coûte que coûte appliquer une recette venue d'ailleurs.*
- *Confronter les procédures, les conceptions, les préconisations portées par la vague de la globalisation à celles qui résultent du local. Le jeu entre l'idéologie dominante et les habitudes locales élargit considérablement les possibilités de choix.*
- *Pratiquer davantage l'expertise à tous les niveaux, aussi bien vis-à-vis des experts... que des collectifs d'habitants.*

*C'est ainsi permettre à l'individu de rester le sujet de son histoire avec des transformations qui consistent à considérer l'urbanisme, l'architecture et le paysagisme comme un bien commun* ». Ces propositions nécessitent une attention particulière à

---

<sup>27</sup> PAQUOT T. Résister à l'impuissance démocratique. In *La peur, ses logiques et ses masques* ». Paris : Esprit, Octobre 2002, volume 10, pp 75-84.



l'écoute de l'individu, son vécu, ses connaissances. Il porte comme une richesse supplémentaire les confrontations entre les individus mais en s'ouvrant aux courants de pensée novateurs ou aux recommandations existantes. Il nous semble pertinent d'utiliser les idées variées, les expertises des acteurs en présence pour permettre à chacun de dépasser son propre point de vue en s'ouvrant à celui des autres. L'arbitrage, s'il est nécessaire, peut alors s'appuyer sur les recommandations nouvelles ou sur les modifications des règles. Soit ces dernières sont réglementaires, et dans ce cas, la fusion est une opportunité pour régulariser des pratiques devenues inadaptées. Soit elles sont le fait de réajustements institutionnels. Il semble alors nécessaire de s'assurer de la compréhension des agents et de leur adhésion à ces évolutions.

La coopération engage une démarche de changement dans le cadre d'un processus lent, évolutif. Si elle est trop rapide, le risque est d'obtenir une coopération qui ne soit pas suffisamment structurée et peu performante. De plus, les acteurs ont-ils eu le temps de l'accepter, de la « digérer » ? Certains acteurs pensent qu'il faut entre 10 et 15 ans pour affirmer qu'une fusion est assimilée par tous les partenaires, d'autres estiment qu'il faut une génération ! L'acceptation de cette condition de temps nous semble essentielle pour la réussite des opérations de fusion.

### C) Les conséquences

Les restructurations résultant de contraintes liées aux logiques économiques et financières peuvent générer des pathologies psychiques et psychologiques, tel que le souligne le Conseil Économique et Social (CES) dans son rapport publié en 2004. En effet, les modes d'organisation et les formes de management issues de ces contraintes « *amputent la capacité des individus à forger leur identité et à structurer leur santé mentale* ». Le CES invite à réfléchir à ce qui peut entraîner la souffrance au travail dans une société où performance individuelle et rentabilité sont valorisées et préconise de « *ne pas placer le salarié dans une position de désarroi éthique lorsque les conditions de l'activité placent l'individu en contradiction avec ses valeurs* »<sup>28</sup>.

Dans une démarche d'intégration, de fusion d'Établissements, les sentiments d'appartenance sont plus apparents et ils montrent combien il est difficile pour les salariés d'être au cœur de l'articulation des différentes cultures. Le changement s'accompagne d'une modification des repères avec quelques risques que Jean François CLAUDE identifie ainsi : l'amointrissement du sens du devoir avec le risque de désintéressement du salarié, une distension du lien affectif reliant le salarié à son entreprise, repli individuel, perte de sens et mal-être, un affaiblissement du volontarisme collectif avec la valorisation de leaders qui parfois s'épuisent par un surinvestissement des uns et un

---

<sup>28</sup> Rapport annuel 2004 du Conseil Economique et Social

désinvestissement des autres.<sup>29</sup> Il insiste également sur la nature de l'identité qui détermine alors une action par laquelle ceux qui sont amenés à travailler ensemble se mettent en situation d'acteur collectif pour aborder les enjeux et les contraintes de situations qu'ils affrontent au niveau institutionnel et en dégager des repères. Le changement entraîne la perte des repères, alors que ces repères sont justement nécessaires pour donner du sens au changement et ainsi favoriser pour le salarié le développement du sentiment d'appartenance à une structure qui sera différenciée d'une autre. Renaud SAINSAULIEU considère que le développement et les changements qu'il implique résultent d'initiatives locales fondées sur l'apprentissage progressif d'autres pratiques de production et de gestion, accordant ainsi une grande place aux phénomènes culturels. Les jeux stratégiques ordinaires et les ajustements culturels auxquels ils donnent lieu peuvent receler une dynamique d'apprentissage et être porteurs de créativité et d'innovation.<sup>30</sup> Le changement vu comme la manifestation de déplacements ou d'inter - déplacements des acteurs, des dispositifs en présence « offre un cadre plus souple pour appréhender une gamme variée d'innovations et de changements en orientant l'attention sur la façon dont certains d'entre eux sont appropriés et ce faisant modifiés ». <sup>31</sup> Enfin, si l'on associe le changement à la modernisation, un des objectifs des restructurations hospitalières, plusieurs sens sont susceptibles de s'appliquer aux organisations en présence : la possibilité de s'investir dans de nouvelles technologies, la nécessité de repenser les organisations du travail, le recours à de nouvelles techniques managériales, la définition de campagnes de communication...

Le changement est donc source d'opportunité qu'il convient de saisir ou de permettre aux acteurs de s'en saisir. Cependant, le changement constitue souvent une période de crise et s'accompagne parfois de résistances, de rejet. Il nous semble utile d'identifier quelques mécanismes entrant en jeu dans ces phénomènes.

Pour Pierre - David LABANI,<sup>32</sup> les évolutions du travail renvoient à deux caractéristiques qui n'échappent pas aux professionnels de santé.

Il s'agit d'une part de l'incertitude générée par ces évolutions. Quel sera le travail de demain ? La dimension cognitive et immatérielle ne sera-t-elle pas plus prégnante ?

---

<sup>29</sup>CLAUDE J.F., Le management par les valeurs. L'appartenance à l'entreprise. Paris : Liaisons, 2003. 264p.

<sup>30</sup>LAFAYE C., *Sociologie des organisations*. Sociologie128, Paris : Nathan Université, 1996. 119 p.

<sup>31</sup>L'auteur cite ici des travaux de Michel CALLON publiés sous le titre «Éléments pour une sociologie de la traduction » In *L'année sociologique*. N°36, 1986, p59.

<sup>32</sup>LABANI P.D. Les mutations du travail. Entreprises, parcours professionnels et identités sociales. In *La peur, ses logiques et ses masques* ». Paris : Esprit, Octobre 2002, volume 10, pp 101-111.

Quelle sera la stabilité des relations de travail créées dans ce nouveau contexte ? Les parcours professionnels respecteront-ils les attentes des agents ?

Ces incertitudes sont majorées dans un contexte de restructuration avec de plus la perte des repères que nous avons déjà évoquée, la crainte de voir disparaître les valeurs associées à l'identité culturelle et professionnelle.

D'autre part, la complexité d'une société économiquement et socialement engagée dans un processus de diversification et d'hétérogénéisation constitue la deuxième source d'incertitude. Face à ces incertitudes, la sociologie des organisations nous enseigne que l'individu peut développer un système de défense allant jusqu'à l'agressivité et pouvant passer par une gamme d'attitudes d'opposition active ou passive au changement. Parmi les freins, nous retrouvons la peur du jugement des autres, du résultat, le manque d'énergie, le découragement, l'attachement aux habitudes, les connaissances insuffisantes, l'incompréhension du changement dont on ne comprend pas vraiment le sens.

Enfin, il convient de repérer des mécanismes de résistances au changement telles que les actions volontaristes tendant à faire échouer le changement.<sup>33</sup> Ces incertitudes s'expliquent en partie par la peur du changement. En effet, celle-ci est, comme le souligne Rémo BODEI, « *intimement liée aux incertitudes que nous éprouvons face à l'avenir.* » Cependant, en instaurant la confiance dans les institutions et en permettant la création d'un nouveau lien social fort, « *on peut transformer la peur en une heuristique de la peur, en un facteur de construction de la société.* » Afin de nous aider à maintenir un équilibre, qui se modifie dans le temps, entre le patrimoine de la mémoire et l'ouverture à la nouveauté, l'auteur nous invite également à utiliser la mémoire individuelle et collective. En effet, l'engouement pour cette dernière pourrait nous aider à conjurer la peur de l'avenir, en essayant d'instaurer un lien entre la gestion du passé et l'organisation d'un projet, et ainsi de retrouver une forme de confiance face au futur.<sup>34</sup> Comme le recommande la FHF, cela revient à « *non pas nier ou dénier les cultures anciennes mais les faire évoluer de manière positive.* »<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> BETOULLE F. Le directeur des soins et la fusion de 2 IFSI : émergence d'une identité nouvelle et stratégie d'accompagnement du changement. Mémoire de Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2004.61p.

<sup>34</sup> BODEI R., HAMMOUDI A., FELLAG. *La peur, ses logiques et ses masques.* Supplément à la Revue Esprit, Octobre 2002, volume 10, 24 p.

<sup>35</sup> Fédération Hospitalière de France, *Rapport du Groupe d'Etude et de Recherche sur les fusions et Regroupements d'Établissements publics de Santé.* Rapporteur : P. FORCIOLI, Secrétaires : M. BONNET, P. CHIERICI. 2002. 34 p.

### 1.2.5 Le processus de deuil

Tout changement s'accompagne de pertes qui sont vécues comme autant de deuils. Les mécanismes psychologiques en jeu suivent les étapes d'un processus décrit par Elisabeth KUBLER-ROSS : déni, colère, marchandage, tristesse, acceptation. Ce processus inéluctable, dont l'intensité et la durée dépendent du degré d'implication des personnes, peut influencer fortement leurs capacités à se projeter dans l'avenir.

Le mot « deuil », dans ses racines latines « dolere », s'apparente à la souffrance, la douleur. Cette notion retient toute notre attention dans le contexte des fusions : nous attendons des agents qu'ils puissent à un moment « faire le deuil » de l'ancienne situation. Or ce deuil est, de plus, souvent associé à des illusions et des espoirs perdus. En effet, l'histoire des fusions nous montre que pendant les périodes parfois longues de plusieurs années d'un projet de fusion, celui-ci est fréquemment remis en cause laissant alors espérer aux acteurs que rien ne changera.

La souffrance restera d'autant plus forte et marquée que les personnes n'auront pas pu mettre des mots sur cette douleur et les pertes qui y sont associées. Le temps nécessaire au deuil est aussi le temps de la reconstruction et de la découverte parfois des gains susceptibles d'accompagner le changement.

Fusionner plusieurs Établissements, c'est créer une seule nouvelle structure. Lors d'un regroupement entre Établissements, il semble que chacun mette en évidence ses différences. C'est un moyen de continuer à exister. Ce n'est que plus tard, tel que le décrit Pascal FORCIOLI à propos de la fusion Eaubonne - Montmorency, que ce qui est commun peut l'emporter pour fonder la communauté nouvelle dans laquelle chacun se retrouve<sup>36</sup>. La reconnaissance de leur culture et l'acceptation des différences entre les acteurs semblent nécessaires pour leur permettre de se forger une nouvelle identité culturelle.

---

<sup>36</sup>FORCIOLI Pascal. « Quand l'hôpital s'organise. Analyse sociologique d'une fusion d'hôpitaux ». *Gestions hospitalières*, 2003/06, n°427, pp 468-472.

## **2 L'ANALYSE DE TERRAIN**

Dans cette partie, nous présentons les objectifs recherchés par une analyse de terrain, la méthode utilisée pour vérifier nos hypothèses ainsi que les résultats, suivis de l'analyse et de la discussion.

### **2.1 La méthodologie de l'enquête**

#### **2.1.1 Les objectifs de l'étude et de l'analyse de terrain**

A travers nos hypothèses, nous supposons que la construction identitaire et culturelle des individus ainsi que les représentations en action sont susceptibles d'influer sur la réussite ou les difficultés de la mise en œuvre des opérations de fusions. La phase de conceptualisation de notre pratique favorise la mise à distance des événements et permet de comprendre les enjeux et les phénomènes qui s'y rapportent. Associée à l'étude du terrain, elle nous met alors en capacité de vérifier la validité de nos hypothèses. Au cours de notre enquête nous recherchons des éléments nous permettant :

- de repérer l'incidence de la culture d'entreprise et d'identifier le rôle joué par les représentations en action lors des opérations de fusion,
- de découvrir les leviers d'appropriation d'une culture nouvelle et sa traduction dans les pratiques,
- d'apprécier les changements choisis ou subis par les agents en termes d'emploi et d'organisation ainsi que les conséquences sur leur représentation sociale,
- d'identifier le ressenti des personnes, acteurs lors des regroupements et aussi d'entendre l'analyse des Directeurs d'Établissements ou des Directeurs de Soins avant, pendant et après les restructurations,
- appréhender les éléments de management susceptibles de susciter l'adhésion des acteurs ou au contraire risquant de constituer un frein à ces évolutions, notamment à travers la démarche de projet.

#### **2.1.2 L'entretien semi- directif, mode d'investigation retenu**

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour l'entretien semi- directif. Celui-ci nous paraît particulièrement adapté pour l'exploration de notre sujet car il nous amène à recueillir des enseignements sur les systèmes de valeurs, les repères normatifs et la lecture de leur propre expérience faite par nos interlocuteurs. De plus, celui-ci présente l'avantage de nous fournir une connaissance plus adaptée au domaine des représentations car, tout en étant guidé, l'interviewé a la possibilité de s'exprimer librement et donc de favoriser l'ouverture de champs de compréhension

complémentaires. L'analyse qualitative de ces entretiens peut nous apporter des pistes pour des travaux ultérieurs. De plus, l'utilisation du guide d'entretien<sup>37</sup> nous donne la possibilité de revenir sur des points nous semblant obscurs ou au contraire de cibler nos questions en fonction de la situation des personnes rencontrées.

Enfin, l'entretien nous permet d'entendre des informations qui n'entraient pas ou peu dans le cadre d'une recherche par questionnaire. En effet, la relation instaurée entre l'enquêté et l'enquêteur peut être propice à l'émergence de « non - dits », favorisant ainsi une forme de libération des ressentis longtemps tus, qui nous sont pourtant nécessaires pour comprendre le vécu des personnes lors des restructurations. L'entretien favorise la différenciation entre le discours « politiquement correct » où tout semble aller bien, mais qui, à partir de mots, d'attitudes, de silences nous permet d'entrevoir des zones de difficultés.

Afin d'optimiser la qualité des entretiens, nous avons informé et fait valider notre démarche par les Directeurs et les Directeurs des Soins des Établissements nous accueillant en stage. Préalablement à notre arrivée et compte tenu de la durée du premier stage, trois semaines, le DS a lui-même organisé avec le cadre de bloc opératoire nos rendez-vous avec les personnels médicaux et paramédicaux du bloc opératoire, conformément au profil d'enquêtés que nous avons prévu. Cette programmation s'est déroulée la semaine précédant notre arrivée et elle a fait l'objet d'une information des agents préalable à la démarche.

Concernant le deuxième stage, nous avons nous-même organisé nos rencontres en expliquant directement aux personnes concernées le cadre de notre étude.

Les entretiens ont été réalisés dans des bureaux où la confidentialité pouvait être garantie et le temps imparti a été de 1h30, selon notre demande. Au cours du rappel de l'objet de notre recherche, nous nous sommes engagée à cette même confidentialité près des interviewés dans la restitution de notre travail et nous avons choisi la retranscription par prises directes de notes, ce qui, nous semble-t-il, a favorisé la liberté d'expression de certains de nos interlocuteurs.

### **2.1.3 Le public enquêté**

Le projet de fusion de notre Établissement d'affectation en qualité de DS concerne les activités chirurgicales avec le regroupement de l'activité opératoire publique et privée sur un seul site. Nous avons donc rencontré lors d'un premier stage, des personnels de bloc opératoire ayant vécu ce type de situation. Ensuite, lors de notre second stage, nous avons été sensibilisée par le DS coordonnateur aux problématiques résiduelles d'opérations de fusion réalisées dans cet Établissement. Celles-ci ne concernent pas

---

<sup>37</sup> Annexe I : Guide d'entretien semi - directif

l'activité chirurgicale. Il nous a donc semblé utile d'étudier l'impact des fusions sur les acteurs quels que soient le champ d'activité et le statut juridique des Établissements, afin de repérer le rôle joué par les représentations en action, la culture, l'identité professionnelle et les valeurs dans le management de la mise en œuvre d'une fusion. Ce choix nous permet également de repérer l'existence ou non d'une spécificité des fusions public et privé.

Parmi les personnels rencontrés, certains ont vécu les fusions lors de la fermeture de leur structure d'origine, d'autres étaient dans la structure accueillant les précédents, avec pour certains la répétition des événements dans le cas du premier Établissement. Nous avons entendu :

- des agents de bloc opératoire, Aides - soignants, Infirmiers DE, IBODE, cadres, médecins issus des structures privée et publique (9 personnes)
- deux Directeurs d'Hôpitaux et trois Directeurs de Soins présents au moment des fusions, ou arrivés dans les institutions ensuite
- trois Cadres ayant vécu le regroupement des IFSI sur l'hôpital B.

#### **2.1.4 Le choix des Établissements, le contexte, l'historique**

Le choix des Établissements dans lesquels nous avons réalisé nos entretiens est motivé d'une part par le type de restructuration et d'autre part, par leur histoire par rapport à ces opérations. C'est ainsi que nous avons réalisé des entretiens dans deux Établissements Publics de Santé.

##### **A) L'hôpital A**

La particularité de cet Établissement est la succession de deux fusions. En 1994, une première fusion réunit deux EPS distants de 20 km. Les objectifs sont d'améliorer l'offre des soins du territoire de santé par :

- Une mutualisation des activités chirurgicales avec une organisation sur un seul site,
- Une optimisation du plateau technique du site le plus important, ce dernier disposant d'un bloc opératoire de cinq salles.
- Un développement de la complémentarité des deux Établissements en renforçant la mission d'hôpital local de la structure située dans la plus petite ville.
- Le maintien d'une activité chirurgicale polyvalente sur le territoire de santé avec la perspective de la construction d'un hôpital neuf d'ici 2005.

Les premières actions ont été la fermeture du BO disposant de deux salles d'opération récemment rénovées, et le transfert des lits d'hospitalisation de chirurgie sur le site le plus important. Les personnels médicaux et paramédicaux du bloc opératoire fermé et de la consultation de chirurgie sont transférés vers le site où se déroule l'ensemble de l'activité. En 1999, une deuxième opération de fusion a lieu avec le rachat d'une clinique située près de l'hôpital centralisant les activités chirurgicales. Certains praticiens intègrent l'hôpital public, d'autres conservent une partie de l'activité libérale. Quelques - uns ont quitté la ville, désirant poursuivre leurs activités uniquement sur le secteur privé. Les personnels paramédicaux ont tous intégré l'hôpital public dans le cadre de mesures de financement acceptées par l'ARH. Dans cette fusion public/ privé, la fermeture du plateau technique de la clinique s'est faite progressivement entre 2000 et 2004.

## B) L'hôpital B

L'hôpital B est issu d'une fusion, en 1992, de deux hôpitaux publics distants de 25 km mais avec le maintien de l'ensemble des activités médico - chirurgicales sur chaque site. Cependant, la restructuration a permis de recentrer les activités chirurgicales par spécialités, un site prenant en charge les patients présentant des pathologies viscérales, le second étant réservé aux patients admis pour des problèmes traumatologiques et orthopédiques. Les bases d'une organisation par pôle sont posées mais pas encore formalisées à ce jour. Seul l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) est la réunion complète des deux centres de formation précédents.

Pour l'ensemble des personnels, la perspective d'un regroupement de l'ensemble du secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) sur le site le plus important reste une préoccupation majeure renforcée par la situation particulière du printemps et de l'été 2005 : toute l'activité chirurgicale est regroupée sur un seul lieu en raison des travaux d'aménagements de l'un des blocs opératoires. Même si le retour à une prise en charge des patients sur chaque ville est programmé, la question se pose de la pertinence de maintenir deux sites d'activités alors que les organisations provisoires tendent à montrer suffisante la capacité d'accueil et de prise en charge des patients sur un même lieu avec un maintien des taux d'activités. Les objectifs d'une fusion d'Établissements effective sur le plan juridique depuis 10 ans sont, du point de vue des agents, toujours à clarifier.

### **2.1.5 Les limites**

Vu le nombre d'entretiens réalisés (14), nous avons choisi d'effectuer une analyse globale plutôt que par catégorie professionnelle. En effet, le délai imparti et le faible nombre d'acteurs disponibles dans les structures, rencontrés au cours de nos stages, ne nous permettent pas ce type d'analyse. Cependant, cela nous aurait amenée à affiner notre recherche et notamment à étudier l'impact de la culture professionnelle et des représentations en action sur chaque groupe professionnel.



Nous avons conduit les entretiens avec une prise de notes simultanée au lieu de l'enregistrement, pourtant garant d'une exploitation du contenu exhaustif. Notre choix a favorisé la liberté de paroles de la part de nos interlocuteurs. Cependant, afin de garantir une retranscription fidèle, nous avons pratiqué une reformulation régulière de nos écrits au cours de nos entretiens. Tout en confortant la mise en confiance des personnes interrogées, cette méthode nous a souvent permis de faire préciser les discours.

## **2.2 Les résultats**

### **2.2.1 Le déroulement des entretiens**

Nous soulignons la disponibilité des Directeurs d'Établissements et des Directeurs des Soins pour la réalisation des entretiens ainsi que les facilités accordées pour rencontrer des agents. De même, tous nos interlocuteurs ont pu se rendre totalement libres au cours des entretiens et ils semblent nous avoir parlé librement, nous livrant leur vécu et leur ressenti avant, pendant et après les opérations de fusion. A certains moments de nos entretiens, le temps nécessaire à la prise de notes a permis à quelques uns de nos interlocuteurs de se ressaisir : l'évocation des événements liés à la fusion s'accompagne encore de décharge émotionnelle, même plusieurs années plus tard.

Un agent nous a dit : *« je n'aurais pas pensé que d'en parler si longtemps après, cela remuait encore tant de choses difficiles ! »* tandis qu'un autre a montré un soulagement à l'issue de l'entretien en disant *« c'est la première fois que je peux en parler comme ça »*. Ces réactions tendent à confirmer que les restructurations sont parfois douloureuses et que l'expression des personnes n'est pas toujours possible ou aisée.

### **2.2.2 Le profil des personnes interrogées**

Le profil des quatorze personnes rencontrées se décline ainsi :

- Un Directeur d'Établissement en poste dans l'Établissement A. Il était présent à chaque étape des restructurations successives de cet hôpital.
- Un praticien, Chirurgien de l'EPS, venant de la clinique rachetée par le CH.
- Trois Directeurs des Soins. Le premier, du CH A est arrivé dans l'Établissement juste après la formalisation des décisions et la mise en œuvre des premières actions de regroupement. Une de ses missions est l'accompagnement de ces opérations de restructurations en cours dans les phases post - fusionnelles. Les deux autres sont affectés à l'Établissement B et étaient déjà présents lors des opérations de restructurations. A ce titre, ils ont participé aux étapes pré, per et post - fusionnelles.

- Neuf agents relevant de la direction des soins : trois AS, trois IDE ou IBODE, trois Cadres de Santé. Ces personnes ont toutes en commun l'expérience d'une fusion d'Établissements, alors qu'elles étaient en fonction dans l'une ou l'autre des structures. La moyenne d'âge des personnels paramédicaux, tous de sexe féminin, est de 45 ans.

Parmi ces 9 agents, quatre ont vécu les fusions en qualité de membres de la structure accueillant les collègues issus de l'Établissement cessant tout ou partie de ses activités.

Deux personnes de l'hôpital A ont une double expérience : ayant préalablement travaillé dans le bloc opératoire qui a fermé, elles ont connu la situation d'être accueillies par une autre équipe. Ensuite, elles se sont retrouvées dans la situation des agents qui accueillent ceux de la structure qui cesse son activité.

Les trois derniers agents ont vécu la fusion en étant issus de l'Établissement privé qui a cédé l'ensemble de son activité à l'hôpital public.

Au cours de nos entretiens, nous avons donc porté une attention particulière au discours des agents ayant vécu les opérations de fusions en qualité d'accueillis puis d'accueillants. En effet, nous nous interrogeons sur l'analyse de leur pratique et le rôle joué par leur expérience dans la seconde situation.

### **2.2.3 L'expression du ressenti par rapport au changement**

En demandant à nos interlocuteurs ce qui leur a semblé le plus facile ou le plus difficile lors du changement, nous recherchons des éléments pouvant faire référence à la culture et aux représentations. Ces éléments sont aussi spontanément évoqués dans les questions relatives à l'identification des difficultés rencontrées lors de la fusion, ou persistantes après la réunion des équipes.

#### **A) La culture et les représentations en action lors de la fusion de deux structures**

La culture prend une place réelle dans les organisations et c'est souvent au nom de la culture et des différences culturelles que les gens ont exprimé les difficultés d'une fusion d'unités. De prime abord, les références culturelles sont marquées par l'histoire des unités, inscrites dans celle des Établissements. Quelles que soient leurs origines professionnelles, les agents ont tous souligné une culture basée sur le travail, sa qualité et la réponse apportée aux besoins de soins de la population. Les différences se sont affirmées quand ils ont parlé « des autres », ceux avec lesquels ils doivent apprendre à travailler. L'expression « écart de culture » a été citée six fois. En début d'entretien, les agents évoquent ce que nous appellerons des « clichés » portés par le groupe d'appartenance :

- « *le privé cherche la rentabilité au détriment des règles de qualité et d'hygiène* »
- « *le public n'est pas habitué à un rythme de travail comme le nôtre* »

Le fait d'être dans la structure, publique ou privée, qui ferme fait naître un sentiment d'injustice aggravé par les représentations suivantes :

- « *si nous fermons, cela signifie que les décideurs pensent que nous ne sommes pas bons !* »
- « *le travail que nous faisons jusqu'à présent n'est pas reconnu !* »
- « *nous avons pourtant une meilleure organisation du travail, meilleure que dans l'autre Établissement* ».

Ce sentiment est aggravé par l'impression que la structure d'origine est « *mieux, plus neuve, plus spacieuse, plus aux normes* », contrairement à l'Établissement d'accueil. Ces représentations, favorisées par une non compréhension du projet, des choix politiques, des enjeux et des changements annoncés, ont une connotation négative, et peuvent être source de mécanismes d'opposition au projet. Cette problématique est également soulevée par les interviewés des deux Établissements enquêtés.

Ensuite, les représentations sont associées à des données collectives en lien avec les organisations. Les modes managériaux des services ont été évoqués et renvoient à des craintes. Nous pouvons citer la conception du rôle d'un cadre qui n'est pas perçue favorablement par les agents des secteurs où cette fonction n'est pas clairement établie. A l'hôpital A, cette situation a été retrouvée à chacune des deux fusions : seul le bloc opératoire du plus grand établissement disposait d'un cadre. Les autres Établissements disposaient soit d'une infirmière identifiée comme référente, soit le service était géré par un chirurgien comme à la clinique et les tableaux de présence des personnels paramédicaux étaient adaptables aux activités ou aux besoins des personnels. Dans cette unité, les agents imaginent un rôle « *de flicage* » de la part du cadre avec « *une perte de l'autonomie et une diminution de la responsabilité face à un cadre* ». Des conflits de pouvoir sont latents et les enjeux pour le cadre sont d'arriver à faire travailler ensemble des équipes aux organisations et aux cultures diverses. Mais en premier lieu, le cadre du BO a dû « *être en capacité de mettre en œuvre des stratégies lui permettant de faire reconnaître sa fonction et ainsi de se faire accepter par le groupe reconstitué* ».

Enfin, nous avons relevé des difficultés culturelles en lien avec des représentations plus individuelles. D'une part, elles sont induites par les organisations de travail. C'est le cas des agents, infirmiers ou aides – soignants, habitués à travailler pour un seul chirurgien ou avec un panel d'activités très réduit. Pour un aide – soignant, son travail était basé sur la nécessité de « *faire plaisir au docteur* », ce qui en retour lui « *valait la reconnaissance de celui – ci* ». Une infirmière a été « *très bousculée* » par le regroupement de services et les organisations mises en place. En effet, elle complète son discours ainsi : « *je croyais être seule à savoir faire et je me suis rendue compte que, ailleurs, d'autres savaient les*

*mêmes choses que moi. Et j'ai dû apprendre à partager ce que je considérais comme mon exclusivité. J'ai eu le sentiment de n'être plus rien !* ». Pour cette personne, le réajustement de ce qu'elle imaginait être son exclusivité a entraîné une prise de conscience douloureuse touchant son identité individuelle.

C'est aussi l'empreinte culturelle qui donne le statut de « *l'arrivante* » dans un lieu préexistant. Là encore, l'identité individuelle et professionnelle est mise à mal : le groupe de référence n'existe plus, mais l'agent n'appartient pas non plus à la structure d'« accueil ». Cette situation génère un sentiment de non appartenance au groupe. Un agent nous l'a exprimé en ces mots : « *je m'imagine que les autres, ceux qui sont et restent dans leur environnement, ceux qui nous accueillent, nous considèrent comme une invitée. Du coup, cela renforce l'impression de ne pas être chez soi* ». Le lieu de travail est alors considéré comme le domicile. Ils précisent qu'« *ils quittent une structure familiale, où tout le monde se connaît* ». D'ailleurs à plusieurs reprises, les agents ont parlé de la peur de rencontrer une autre équipe avec des habitudes différentes auxquelles ils devront se soumettre. Et effectivement, les agents « accueillants » imaginaient devoir apprendre aux « arrivants » les organisations en place et les habitudes du service. Cette dynamique, si l'on n'y prend garde, pose les bases de jeux de pouvoir entre les acteurs avec le renforcement du sentiment d'être l'absorbant ou l'absorbé.

Les DS des deux Établissements évoquent l'importance d'être attentif aux représentations mais aussi la nécessité d'une présence et d'un soutien près du cadre afin de favoriser les démarches clarifiant les positionnements de chacun au sein de l'institution et du service.

Notre étude met en avant la variété des représentations en action au sein d'une restructuration, le rôle joué par la culture et l'identité des individus mais aussi des groupes en présence. Le manque d'information sur la restructuration, ses causes et ses conséquences, laisse libre cours à l'imaginaire, renforçant le risque de rejet de la part des acteurs. Les sentiments de pertes sont spontanément exprimés au cours des entretiens, faisant apparaître des dimensions émotionnelles parfois encore fortes tel que nous l'avons évoqué précédemment. Nous pouvons supposer que plusieurs années après, les acteurs n'ont pas totalement assimilé les fusions. Parmi ces pertes associées à des craintes liées aux représentations en action, nous avons relevé la perte d'identité, de l'exclusivité, des repères.

Les agents ont cependant évoqué d'autres pertes tout aussi importantes pour eux.

## B) Les gains et les pertes

Si la fusion fait perdre plus qu'elle n'apporte, la réussite de sa mise en œuvre en est fortement compromise. Notre question sur les pertes nous permet de mieux comprendre certains phénomènes de rejet émergents au moment de la fusion. Toutefois s'interroger sur les gains nous conduit à identifier quelques leviers ayant permis aux agents de

s'adapter aux nouvelles situations. Nous n'avons pas mesuré d'écart dans les entretiens conduits sur les deux Établissements enquêtés.

Les pertes et les gains s'articulent autour de plusieurs axes.

Premièrement, nous observons des répercussions, d'ordre pratique, de la fusion sur la vie personnelle. Deux des trois opérations de restructuration réalisées dans les Établissements de notre étude ont entraîné une mutation des activités de 25 km pour l'un et de 30 km pour le second. La fusion clinique / hôpital de l'Établissement A a eu lieu sur la même ville. La perte soulevée concerne le confort de vie : augmentation de la distance domicile/ travail, accroissement de la fatigue et des heures passées en déplacement, gestion familiale plus difficile. Cependant, deux personnes interrogées nous disent qu'avec le recul, ce temps de route leur permet une mise à distance du travail et de ses préoccupations. Elles se trouvent ainsi de nouveau disponibles mentalement pour leurs enfants.

En outre, l'accroissement de l'équipe a permis une réorganisation des horaires avec la suppression des horaires « coupés » peu appréciés des agents.

Le coût des déplacements est aussi évoqué, même si dans les deux hôpitaux, des mesures d'indemnités kilométriques et / ou des « navettes » ont été mises en place. Dans ce dernier cas, les agents déplorent le manque de souplesse du système.

Une autre perte financière est citée par les agents issus du bloc opératoire public de l'hôpital A ayant fermé et de la clinique : la réduction des indemnités d'astreinte et des primes de travail de dimanches et jours fériés. En effet, la fusion a pour conséquences une réduction globale des personnes d'astreinte simultanément ainsi qu'une répartition des astreintes sur l'ensemble des personnels.

Deuxièmement, les effets des regroupements se situent au niveau professionnel. Les agents évoquent la perte de leur Établissement, de la dimension familiale, la perte de la « bonne ambiance de l'équipe ».

Afin de respecter la réglementation sur les fonctions au regard des qualifications professionnelles, une redéfinition des postes, des profils de poste et des fiches de tâches a été réalisée. Ces réajustements ont entraîné « *La perte d'une partie de l'exercice professionnel et surtout des tâches relevant de la fonction d'IDE* » évoquée par les AS issus des deux blocs opératoires ayant fermé. Les AS déplorent également la perte de leurs connaissances techniques acquises au fur et à mesure de leur positionnement comme « aide opérateur » ou « circulant ». Recevant ces changements comme une remise en question de leurs compétences, ils se sont « *sentis dévalorisés au niveau de la structure d'accueil* », même si « *les praticiens, qui ont l'habitude de travailler avec nous s'opposent au changement et nous soutiennent* ». Pour le chirurgien que nous avons rencontré, cette évolution s'accompagne d'une perte des repères. Les organisations de

travail sont basées sur l'expérience et les pratiques des agents avec lesquels les opérateurs ont choisi de travailler. Les nouvelles organisations favorisent la polyvalence des agents au sein du bloc opératoire, avec le respect des qualifications professionnelles. D'un côté, chaque professionnel est rassuré par la conformité avec la règle ; d'un autre côté, le manque d'expérience d'une IDE au bloc opératoire est porteur d'incertitudes et d'insécurité pour l'opérateur qui préférerait travailler avec un agent, certes non qualifié, mais formé à ses pratiques. Cette situation génère des conflits entre les équipes médicales et paramédicales, notamment avec le cadre, mais aussi au sein des équipes paramédicales entre les IDE et les AS.

A l'inverse, les IDE acceptent plus facilement la perte de l'exclusivité à un chirurgien car celle – ci est compensée par la découverte d'activités chirurgicales nouvelles et plus variées. Ce nouvel apprentissage « *source de dynamisme* », constitue « *une rupture avec la routine* » et nécessite « *une entraide entre les membres de l'équipe reconstituée* ». Les bases de la nouvelle entité sont posées dès lors que les acteurs trouvent des liens communs à l'exercice de leur fonction. Une IDE signale l'intérêt trouvé à posteriori à la création d'une nouvelle équipe : « *nous sommes plus nombreux, il y a donc plus d'idées et ça nous fait progresser* ».

Même si ils considèrent toujours que c'est moins pratique pour la population de devoir se déplacer vers l'hôpital centralisant les activités chirurgicales, les agents reconnaissent tous « *un gain pour les patients grâce à un travail commun permettant l'uniformisation des pratiques professionnelles et leur formalisation* ». Ils ont « *la certitude d'avoir progressé en sécurité même si il y a encore à faire* ». Un cadre de l'hôpital B a également exprimé le bénéfice de la fusion des deux IFSI, en s'appuyant sur la progression des obtentions du Diplôme d'État.

Un autre gain repéré par les acteurs est la simplification des organisations logistiques lorsque les activités chirurgicales sont centrées sur un même lieu.

Une troisième résultante de la fusion porte un caractère plus individuel. Pour une IDE, cela lui a permis « *d'apprendre à prendre de la distance par rapport aux évènements, et à croire en la bonne volonté des gens pour que les choses puissent se réaliser le mieux possible* ». Pour une AS, elle a expérimenté la fonction de médiateur au moment du regroupement de la clinique et de l'hôpital, en utilisant son vécu lors de la première fusion des BO publics.

En conclusion, il nous semble important de souligner que la satisfaction de la clientèle reste un élément essentiel pour aider à l'acceptation du changement. Il est cependant difficile d'affirmer quelles pertes sont prioritaires en termes d'attention. En effet, au cours des entretiens, pour les uns, les pertes matérielles paraissaient plus importantes alors que, pour d'autres, les pertes à caractère professionnel semblaient plus douloureuses à vivre, certains faisant un amalgame de l'ensemble. Nous avons cependant remarqué que

les agents capables de parler plus sereinement de leur vécu sont ceux qui ont réussi à transformer les pertes en gains ou qui ont su transformer les conséquences des fusions en opportunités personnelles ou professionnelles.

#### **2.2.4 Les opérations de fusions : forces et faiblesses, opportunités ou menaces**

Au cours des entretiens, les agents ont parlé de leur ressenti et se sont exprimés sur les sentiments de pertes et de gains. Nous avons construit notre analyse du contenu relatif à la question du plus facile ou du plus difficile lors du changement, sur ce qui semble être des forces, des faiblesses et sur ce qui est susceptible de constituer des opportunités ou au contraire des menaces face à l'avenir. De plus, nous avons essayé de repérer ce qui a pu être source de souffrance.

##### A) Les forces et les faiblesses

En ce qui concerne les forces, nous différencions encore une fois ce qui relève de l'individu et ce que nous classons dans le collectif. Sur le plan individuel, plusieurs agents ont exprimé « *leur capacité à s'adapter* » et la « *bonne volonté individuelle pour que ça marche* », accompagnée parfois d'un certain fatalisme car « *on n'a pas le choix !* ». Ce non choix est retrouvé en source de souffrance quand l'agent est désigné par le directeur de l'établissement pour faire partie des premiers transferts de personnel vers la structure d'accueil. Malgré un argument valorisant leurs qualités relationnelles et d'adaptabilité, ce personnel exprime « *le sentiment d'avoir été utilisé pour préparer le terrain aux collègues qui vont suivre* ». Ce point de vue nous est exprimé trois fois par :

- un cadre de l'Établissement B lors de la fusion des IFSI,
- une AS de l'hôpital A dont le BO accueille la clinique et qui est allée travailler sur le site de la clinique pour participer à la fusion physique des BO,
- une IDE du BO de l'hôpital public ayant fermé pour se regrouper avec l'hôpital A.

Ces trois agents reconnaissent que cette mission imposée a été source d'enseignement individuel et professionnel, même si, parfois, leur positionnement vis-à-vis de leurs collègues a pu sembler confus.

Sur le plan collectif, les agents évoquent également la connaissance préalable des collègues, des locaux, des habitudes de travail comme élément facilitateur pour la mise en œuvre de la fusion. A travers cette demande, la mise à plat des préjugés et la volonté d'aller dans le même sens sont rappelées.

Le positionnement du DS comme modérateur aux étapes de la mise en œuvre des regroupements est cité par deux agents.

La présence d'un seul cadre pour les BO est mentionnée comme une force par certains car la ligne de conduite est la même pour tous. Néanmoins, le personnel de la clinique,

qui, par ailleurs, ne comprend pas bien à l'époque de la fusion l'intérêt d'un cadre, regrette que celui – ci soit davantage présent sur le BO de l'hôpital.

Les faiblesses font référence au manque de prévision des transferts d'unités avec notamment un transfert en deux temps, laissant croire à certains moments qu'un retour à la situation initiale reste possible tant pour les structures en phase de fermeture que pour la structure qui se développe. Les agents de cette dernière doivent accueillir une nouvelle équipe, mais l'enjeu est de réussir une intégration permettant la construction d'une unité nouvelle.

## B) Les menaces et les opportunités

Lors de notre analyse, il nous a semblé pertinent de repérer ce qui s'apparente à des menaces face à l'avenir. Ces menaces sont souvent le fruit des craintes du changement, des pertes réelles ou redoutées. Elles peuvent constituer des freins à la réussite des fusions. Nous avons donc classé dans cette rubrique ce qui est exprimé comme des inquiétudes ou des difficultés par les agents. Certaines ont déjà été évoquées en termes de pertes, cependant y être attentif en tant que menaces peut nous donner des orientations de management.

Nous relevons en premier la rivalité entre les équipes, indiquée trois fois, avec ces interrogations sur ce que les personnes savent faire et, là encore, il convient d'être prudent face à ce qui relève des représentations ou du réel. Ensuite, la place du cadre et son rôle constituent une menace car cela signifie « *devoir partager, apprendre à se référer, à faire référence ou à rendre des comptes* ». Enfin il y a aussi le risque de ne pas être accepté par la nouvelle équipe, le rôle joué par les chirurgiens face à l'application de certaines règles, la crainte de laisser sa place pour celui qui arrive associée au sentiment d'être absorbé par l'autre, se retrouver dans une « grosse » équipe avec la perte de la dimension familiale. Une autre menace a été évoquée à plusieurs reprises dans les deux établissements : l'incertitude de l'avenir. Les Établissements se restructurent une fois, deux fois et pourquoi pas encore une autre fois. Dans cette logique, les personnels craignent pour leur avenir pas seulement dans le service mais dans la ville même. La succession des événements, leur reproduction dans le temps développe un sentiment de précarité des situations actuelles pour des populations qui, jusqu'à présent, se sentaient installées pour toute une carrière dans le même Établissement.

Parmi les opportunités identifiées, quelques - unes relèvent de l'organique :

- La réorganisation des programmes opératoires en concertation avec les praticiens, chirurgiens et anesthésistes, et le cadre du bloc.
- L'homogénéisation du travail des équipes et le travail en commun pour optimiser les temps de travail.



- L'utilisation des potentiels des acteurs en présence par la mise en place de référents sur des domaines spécifiques,
- L'écriture de procédures identiques pour tous, afin d'optimiser les organisations et de sécuriser les pratiques.

D'autres concernent le programmation et répondent à la manière de structurer les organiques entre eux, c'est-à-dire la définition des modes de management mis en place ou à envisager. Ils nous renvoient à la partie stratégique des organisations et les personnels interrogés ont trouvé positives :

- la mise en place de modes de communication, basés sur le respect et permettant à l'autre de ne pas se sentir inférieur.
- l'émergence des potentiels, légitimés par les compétences, en encourageant les personnels à accomplir de nouvelles missions relevant de leur champ de compétences, telles que la formation organisée de certaines techniques près de leurs collègues.
- la mise en place des groupes de travail composés de membres de chaque unité concernée par la fusion en période pré - fusionnelle, et poursuivis ensuite pour les réajustements nécessaires.

Enfin, ils soulignent le fait que la fusion adaptée et réussie doit avoir un solde positif, c'est-à-dire qu'elle doit apporter plus de bénéfices que de pertes à la population et aux personnels.

### **2.2.5 Les facteurs d'influence sur la fusion des unités**

La première partie de notre étude de terrain s'attache surtout à l'écoute du ressenti des acteurs ainsi qu'à la découverte d'opportunités ou de menaces du point de vue des personnels. Dans la deuxième partie de nos entretiens, nous nous sommes attachée à la découverte des facteurs influant favorablement ou défavorablement lors des mouvements de restructuration ainsi qu'aux valeurs susceptibles de fédérer les agents.

#### **A) Les facteurs influant favorablement**

Les DS ont souligné l'importance des étapes préparatoires à la fusion, importance confirmée par les personnels enquêtés. Pour l'hôpital A, les agents de la structure publique fermant et de la structure maintenue ont unanimement dit que cette fusion avait été très difficile car pas ou peu préparée. Une infirmière l'exprime avec ces mots : « *ça nous est tombé dessus et on n'a rien pu faire !* ». Au contraire, la fusion suivante avec la clinique s'est nettement mieux passée grâce à une préparation préalable au transfert des activités. Même si pour le personnel de la clinique, cette restructuration restait difficile, cependant celui – ci considère que la qualité de cette préparation a été facilitante. Parmi

les actions citées, certaines sont purement organisationnelles tandis que d'autres relèvent du management de l'encadrement de proximité ou institutionnel. Nous relevons :

- les échanges de personnels entre les sites, permettant la connaissance des soignants médicaux et paramédicaux entre eux et la découverte des autres activités et organisations mais aussi des habitudes,
- les références à la réglementation
- l'instauration d'une démarche participative par le cadre de proximité avec :
  - l'association des agents aux décisions et le soutien du cadre près de chaque équipe, même si le DS considère qu'un cadre pour chaque unité aurait été favorisant,
  - une délégation des responsabilités organisées par rapport aux commandes, à l'entretien des locaux...
  - la mise en place de groupes de travail composés de personnel de chaque structure, ayant pour mission la réalisation de protocoles communs de prises en charge des patients,
- la reconnaissance de la fonction du cadre confortée par une formation en Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS),
- le temps imparti (2ans) entre la fusion administrative et le regroupement des BO sur un même lieu,
- la valorisation des contrats de travail des agents du privé selon le statut des agents de la Fonction Publique Hospitalière (FPH).

Il est à noter que certains agents ont admis une « *non motivation initiale* » pour participer aux réunions qu'ils considéraient comme étant de la « *réunionnité* », avec toute la connotation négative liée à ce terme. Avec le recul, ils en reconnaissent un réel bien fondé pour la réussite de la fusion. Ces temps d'échanges ont permis à chacun de découvrir des objectifs communs tels que « *il faut que ça roule !* » ou encore « *on est tous dans le même bateau ! Si on ne veut pas le voir couler, on doit y mettre du nôtre !* ». Nous retrouvons là une motivation liée à la crainte de l'avenir déjà évoquée précédemment.

## B) Les sources de difficultés

Les écarts culturels constituent la première source de difficulté énoncée par nos interlocuteurs. La rivalité historique entre les établissements vient ensuite. Le Directeur d'Établissement évoque la difficulté d'obtention de l'adhésion médicale au projet, chacun s'appuyant sur ses valeurs mais aussi ses préjugés. Un des enjeux de la réussite de la fusion était de trouver une représentation des missions en lien avec l'offre de soins qui soit commune aux personnels des deux entités.

C'est également en lien avec la culture que « *certain agents ont rejeté la hiérarchie, la systématisation des écrits et le développement de la traçabilité* ». Puis les agents évoquent le manque d'information sur les projets et les étapes de la fusion avec des échéanciers très fluctuants selon les négociations dont ils ont peu ou pas connaissance. A ce sujet un agent explique que selon lui « *la direction aurait pu s'impliquer dans les présentations des gens, des évènements* ». En outre, plusieurs agents estiment que lorsque l'information est donnée, elle reste souvent confuse, imprécise et laisse planer beaucoup d'interrogations. Ce phénomène est évoqué dans les deux établissements enquêtés. Cependant, les Directeurs de Soins et le Directeur que nous avons rencontrés insistent sur la qualité et la clarté des informations à transmettre. Ils reconnaissent cependant qu'à certaines étapes des projets de restructurations, le niveau d'information juste et nécessaire est parfois difficile à trouver tant que les décisions restent instables en fonction des enjeux de tous les partenaires impliqués dans la fusion.

Dans l'Établissement B, l'individualisme des agents a été marqué : « *comme si chacun cherchait à se protéger* », nous dit un cadre. Ce même cadre déplore l'absence de groupe de parole, de lieux d'expression du vécu autour du regroupement d'unité.

Nous nous interrogeons sur le lien possible entre cette absence d'expression et la nature des difficultés persistantes plusieurs années après les fusions. Une IDE l'exprime ainsi « *Même s'il semble évident à posteriori qu'il fallait que ça se fasse, j'ai toujours des regrets 10 ans après !* ». Une autre évoque avec de l'amertume « *ce qui reste en non dit par rapport à des comportements de certaines collègues au moment de la fusion* ». Une autre encore évoque « *le mal-être de certains agents qui ne s'expriment pas* ».

Pour vaincre les difficultés ou les réduire, certains agents proposent de réfléchir à la mobilité des personnels au sein même des Établissements. Même si changer d'Établissement et de statut reste difficile, « *une pratique de la mobilité organisée des personnels évite l'installation dans une routine, favorise le développement des connaissances, évite les certitudes et favorise les remises en questions* » car lors d'une fusion, « *ce sont toutes ces choses qui sont mises à mal* ». La mobilité est encore citée comme un moyen de prévention « *pour éviter que le changement fasse si mal* ».

### C) Les valeurs

En première partie nous avons évoqué le rôle des valeurs servant de références au groupe dans la construction de la culture et de l'identité. Il nous semble donc nécessaire de repérer les valeurs - clés dans le cadre de leur travail pour les agents rencontrés afin de vérifier l'émergence de points de convergence entre les individus dans les groupes reconstitués.

Majoritairement, les agents nomment comme valeurs la tolérance, l'écoute de l'autre, le respect, le travail en commun, la bonne entente, les échanges, la reconnaissance de

l'existence de l'autre, l'acceptation d'une seule équipe, savoir se faire confiance mutuellement, l'égalité entre les agents, le partage des savoirs. Avec ces valeurs centrées sur la relation entre les individus, nous nous interrogeons sur les raisons de sa prédominance dans un contexte de regroupement. Est – ce parce que la qualité des relations est « bousculée » au cours du changement ? Est-ce le plus difficile à trouver ou à retrouver ? Est-ce que les managers de différents niveaux y portent une réelle attention ? Il y a probablement là une réelle volonté de la part des agents d'obtenir ensemble la création de ce nouveau groupe social.

Les autres valeurs portent sur la valorisation de l'individu et de son travail : permettre les performances et favoriser l'émergence des qualités, la responsabilité, la qualité du travail réalisé, la qualité des informations échangées, la valorisation du travail. A travers ces valeurs, n'y a-t-il pas la recherche d'une reconnaissance ?

### **2.2.6 La discussion**

Ce travail de recherche de terrain confronté à nos recherches documentaires et bibliographiques nous permet de vérifier nos hypothèses afin de répondre à notre question de départ et de tirer quelques enseignements du terrain.

Dans notre première hypothèse, nous affirmons que les représentations marquées par la culture de référence des acteurs constituent un frein à la construction d'une entité nouvelle. L'enseignement théorique nous montre le processus de construction des représentations à partir de l'histoire de l'individu ou du groupe auquel il appartient. Les stéréotypes, les jugements pré - élaborés constituent des éléments des représentations et servent de référence au groupe. Elles sont cependant susceptibles d'évoluer en fonction de la mouvance de l'environnement dans lequel l'individu ou le groupe évolue. Avec notre étude de terrain, nous pouvons considérer que les représentations sont nombreuses et atteignent des domaines variés. Certaines se nourrissent, se développent ou naissent à partir des non - dits par exemple, alors que d'autres ont disparu au fur et à mesure de la rencontre, de la connaissance allant jusqu'à la « reconnaissance » et l'acceptation de l'autre. Il semblerait que la fusion constitue une sorte de face à face des représentations en action au sein de chaque groupe en présence et nécessite une phase de découverte, de compréhension avant d'engager un processus de reconstruction identitaire basé sur l'évolution des représentations. Jusqu'à l'engagement de ce processus, les représentations peuvent constituer un frein à la mise en œuvre de la fusion et à sa réussite. Notre étude de terrain met en évidence la durée parfois très longue nécessaire à cette évolution et à son intégration par les personnes.

Cette durée peut peut-être trouver une explication dans notre deuxième hypothèse. En effet, nous supposons qu'une fusion entraîne la perte de l'identité construite à partir de la dimension organisationnelle de l'entreprise, créant ainsi de l'incertitude, facteur de

développement des représentations. Cette perte d'identité issue d'un ensemble de pertes aux domaines d'appartenance divers s'inscrit d'une part à l'origine de la fusion avec le sentiment, pour les agents, de laisser ce qu'ils connaissent, qui leur appartient, qui les rassure. Mais cette perte d'identité trouve sa source également au moment même de la reconstruction du groupe, comme nous l'ont montré quelques personnes. Ainsi, la reconstruction d'un groupe ne donne-t-elle pas à certains moments l'impression que « chaque individu est effacé » avec ce sentiment de n'être plus rien déjà évoqué précédemment ? Ce sentiment est particulièrement marqué chez les AS qui réintègrent leurs fonctions, au détriment des actes relevant de la fonction précédemment réalisée. Or, l'individu a besoin d'être valorisé, comme nous l'avons entendu lors de nos entretiens, car valoriser l'être, c'est aussi lui redonner une existence et une place. Le groupe nouveau ne peut exister, nous semble-t-il, que lorsque chacun des acteurs se sentira accepté totalement par les autres mais aussi quand lui aura reconnu chacun des autres à part égale. Si non, les incertitudes restent dominantes, et avec elles les phénomènes de résistances au changement vont perdurer car l'évolution des représentations ne pourra pas s'engager, l'agent préférant se référer à ce qu'il connaît.

## 3 LES PROPOSITIONS D' ACTIONS

### 3.1 Le management

L'enseignement de la littérature et les expériences tirées du terrain nous indiquent qu'il semble nécessaire d'envisager les restructurations des blocs opératoires comme une évolution des organisations dont le mode de management adopté par l'ensemble de l'équipe de direction, et, pour ce qui nous concerne, par le DS, devra tenir compte. Le management, dans le dictionnaire Encarta, est défini comme un « *ensemble des connaissances et des techniques destinées à mieux gérer, organiser et mieux diriger une entreprise* ». Selon Jean-Marie CLÉMENT, « *Le management, c'est la conduite de l'action collective dans la cohérence avec les attentes des personnes soignées, des personnels et la compatibilité avec les orientations régionales de santé* »<sup>38</sup>. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *un consensus semble se former sur une caractérisation du management à partir de cinq fonctions : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer.* »<sup>39</sup> Afin de permettre l'intégration de chaque individu au sein des organisations, le mode de management doit lui permettre de s'exprimer avec sa personnalité et ses différences. La reconnaissance des complémentarités construites sur les histoires professionnelles et individuelles est nécessaire pour développer le désir de participer activement à la production commune au sein de l'organisation.

Nos recherches mettent en évidence les étapes parfois longues de plusieurs années pour concrétiser un projet de restructuration aboutissant à une fusion. Ces délais sont sources d'incertitudes comme l'ont décrit les personnels rencontrés au cours de notre recherche. L'adhésion de tous les acteurs est parfois difficile même si elle est souhaitée notamment par les personnels de direction. Néanmoins, les enquêtes de terrain nous ont montré l'engagement des soignants pour la réussite des restructurations. Pourtant, souvent ces dernières génèrent de véritables souffrances pour les acteurs concernés par ces actions de coopération, avec des phénomènes de rejet plus ou moins exprimés qu'il conviendrait de repérer, puis de comprendre afin d'améliorer l'accompagnement. Le management pourrait s'appuyer sur un repérage des freins, des leviers, des craintes mais aussi des espérances des acteurs afin de fédérer les équipes autour d'un projet commun permettant de redéfinir les missions et organisations.

---

<sup>38</sup> CLÉMENT Jean-Marie, notes de cours, Directeurs des Soins, ENSP, 2005

<sup>39</sup> Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Janvier 2005. p 8.

La démarche par projet est un outil de management à la disposition du Directeur des Soins. De plus, l'élaboration d'un projet de soins, en cohérence avec les autres projets et notamment le projet médical, éléments du Projet d'Établissement, relève de ses missions<sup>40</sup>.

Le projet doit être l'affirmation d'une stratégie globale qui traduit l'ambition de faire évoluer nos activités et nos organisations au regard du seul objectif que nous pouvons avoir : l'amélioration continue de la qualité du service rendu à la population. Le projet a un rôle fédérateur pour renforcer la lisibilité et l'efficacité des « travaux » entrepris. Une démarche pragmatique et réaliste, centrée sur les valeurs de l'individu, en garantit la faisabilité. Une attitude fédérative associant l'ensemble des acteurs dans la poursuite d'un même objectif permet de renforcer le sentiment d'appartenir à une nouvelle communauté professionnelle. C'est également l'identité de l'Établissement qui se dessine et se construit, au-delà de l'existence des services et des sites géographiques.

Notre recherche nous montre l'importance des représentations et le bouleversement des repères identitaires lors des opérations de fusion, il serait donc logique que la déclinaison du projet de soins puisse favoriser l'évolution des représentations sociales et participe à la construction d'une nouvelle identité commune à l'ensemble des acteurs, s'assurant qu'il n'y ait pas de « laissés pour compte ».

## **3.2 Les propositions d'actions à partir des fonctions du management**

Nous proposons une déclinaison des actions que le directeur des soins pourrait initier ou accompagner, en cohésion avec l'ensemble de l'équipe de direction, l'encadrement des services de soins et les équipes médicales à partir des cinq fonctions du management.

### **3.2.1 La prévision**

Au cours de la période allant de la décision de fusion à la mise en œuvre effective de celle-ci, le rôle du DS consiste à anticiper les étapes de la fusion pour les activités relevant de son champ de responsabilité. C'est la phase des diagnostics, dont la nécessité est rapportée par Annabel TRIBOULET. Celle-ci décrit que des analyses de préparation à la fusion mettent en évidence le besoin de réaliser un diagnostic permettant de rechercher les complémentarités et de vérifier la compatibilité. La compatibilité est la faculté de pouvoir s'accorder ou co-exister avec autre chose, la complémentarité est la

---

<sup>40</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 relatif au statut des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

capacité de compléter une chose de même nature.<sup>41</sup> Ces diagnostics nous renseignent également sur l'activité et la culture, lors de la période dite de *pré - fusion*, et nous invitent à travailler sur l'a - priori en sachant que la coopération organique dans la dimension organisation est différente de la coopération conventionnelle.

L'évolution recherchée vise à obtenir le passage d'une équipe commune au travail en commun.

Avec une connaissance du Projet d'Établissement, de la nature de la restructuration envisagée, et de l'offre de soins proposée, c'est la période au cours de laquelle l'étude des moyens humains et logistiques se déroule. Cet état des lieux est nécessaire pour repérer la cohérence entre les moyens réels et nécessaires. Sur le plan de la gestion des ressources humaines, les compétences des agents par rapport aux pratiques mais aussi par rapport à la réglementation doivent faire l'objet d'une attention particulière. En effet, les changements de fonction liés aux qualifications professionnelles, lorsqu'ils sont nécessaires, sont vécus difficilement par les agents rencontrés lors de notre enquête. Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en collaboration avec la direction des ressources humaines et l'encadrement, constitue un élément important, nous semble-t-il, dans la mise en place du regroupement d'unités. Dans cette gestion, le rôle du DS consisterait à organiser un accompagnement des personnels qui soit en lien avec le projet social, la définition d'un plan prévisionnel de recrutement, et le plan de communication institutionnel. Cet accompagnement s'appuierait sur la prise en compte des problèmes sociaux, individuels ou collectifs, les mouvements de personnel, le profil des soignants : âge, qualification, fonction exercée, compétences...

De plus, cet accompagnement pourrait être un repérage des projets individuels des personnels et leur positionnement professionnel et statutaire dans la démarche. De même, il pourrait nous permettre de situer leur niveau d'investissement : sont-ils moteurs, passifs, en opposition vis-à-vis des démarches engagées ? Nous avons identifié certaines actions susceptibles de lever quelques freins :

- repérer les éléments d'incertitudes,
- faire attention aux frustrations, aux rancunes,
- prendre en compte leurs attentes et leurs craintes,
- favoriser l'expression de leur ressenti et les écouter dès ce niveau.

---

<sup>41</sup> TRIBOULET A. *Stratégie d'intégration entre un hôpital local et une maison de retraite. Mise en œuvre par la démarche qualité.* Mémoire de Directeur d'Établissement Sanitaire et Social Public : Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2003. 79p.



En identifiant ce qui s'exprime, il pourrait nous être possible de découvrir des croyances liées aux représentations sociales et ainsi de réajuster les informations, près de ces personnes.

Prendre le temps de cette expression, c'est aussi laisser la possibilité aux agents de préciser leurs souhaits dans cette perspective de changement. Concernant notre problématique des blocs opératoires, désirent-ils rester sur ce secteur d'activité ? Quelle perception ont-ils des conséquences du changement ? Sur leur vie personnelle ? Sur leur vie professionnelle ? Sur l'évolution des missions qui étaient les leurs jusqu'à présent ? La liste des interrogations ne s'arrête pas là mais dès à présent, nous percevons les différentes dimensions et incidences que peut avoir la fusion.

D'autre part, cette étape prévisionnelle peut constituer également un temps d'appropriation pour les cadres de proximité, relais indispensables pour préparer et organiser la restructuration avec les équipes soignantes.

La préparation, la communication autour des changements, le temps juste et semblant nécessaire à la construction et à la mise en œuvre du projet sont mis en avant et présentés par les soignants comme autant de préalables à la réussite des intégrations. Il serait donc légitime qu'une communication claire près des acteurs puisse être réalisée au niveau de la politique institutionnelle et relayée par la direction des soins près des équipes soignantes.

Un des enjeux de la réussite de la fusion, c'est la création d'une entité nouvelle pour tous s'appuyant sur les expertises des uns et des autres, à partir de deux unités. C'est faire adhérer les soignants à la perspective que la fusion n'est pas l'agrandissement de l'ancienne unité du centre où vont perdurer les activités de soins.

C'est aussi au cours de cette période que des rencontres entre les groupes peuvent être organisées afin d'engager le processus de connaissances préalables entre les agents, signalées comme facteur facilitant la fusion. Les bases d'un projet de service pourraient être posées en accord avec les praticiens. En effet, nos recherches nous ont montré que l'identité se construit autour d'un projet commun prenant en compte chaque histoire. Les valeurs des uns et des autres redéfinies en commun permettent de donner un sens au projet. De plus, au cours des entretiens, les agents ayant vécu la deuxième fusion de l'hôpital A ont trouvé positif le travail commun sur les pratiques, considérant que c'était un moyen de se connaître, de comprendre les organisations et les pratiques de chaque entité, puis d'établir un consensus sur les réajustements de pratiques à mettre en œuvre avant, pendant et après le regroupement d'unités. Outre l'uniformisation des pratiques, ces travaux de groupes basés sur le volontariat au départ et utilisant ainsi les agents leaders dans le souhait de réussir les intégrations ont pour objectifs d'obtenir une cohésion d'équipe et de contribuer à la naissance du sentiment d'appartenance. C'est aussi un moyen d'aplanir les rivalités existantes entre les groupes précédant la fusion et

à partir des valeurs partagées, de mettre en place une organisation permettant l'émergence de nouvelles façons de faire et de faire naître le fondement, les bases d'une culture propre au groupe.

### **3.2.2 L'organisation**

Le guide de l' HAS donne trois dimensions à cet aspect du management : l'organigramme dynamique, la définition des fonctions et la mise en place des procédures.

La redéfinition de l'offre de soins sur l'Établissement intégrant une redistribution des unités devrait s'accompagner d'un ajustement de l'organigramme avec une définition des fonctions (rôle et champ de compétences) et leur adéquation par rapport aux objectifs. Outre la mise en conformité avec la réglementation déjà évoquée, c'est aussi faciliter la reconnaissance de la fonction de cadres qui n'était pas forcément bien perçue comme nous l'avons relevé dans notre étude. L'organigramme connu de tous pose également les champs de responsabilité au sein de l'institution et de l'unité, évitant ainsi des conflits de pouvoir inhérents aux zones d'incertitudes.

La mise en place des procédures pourrait concerner plusieurs actions. D'une part, c'est à ce niveau que nous pourrions définir les organisations pratiques de la réunion des équipes. En s'appuyant sur les objectifs, les délais et les moyens retenus dans le projet d'établissement, les étapes proposées, formalisées et validées pourraient prendre en considération le point de vue des acteurs afin d'optimiser les temps nécessaires au regroupement des unités. Ces formalisations de procédures concernent notamment l'organisation d'échanges de personnel entre les sites concernés, la redéfinition des organisations de travail sur deux sites puis sur un seul, les propositions d'échéanciers, la gestion des plannings des personnels en utilisant les définitions de postes et de fonction, l'organisation des déménagements de locaux et des transferts de patients et des personnels.

D'autre part, le soutien des cadres dans leurs fonctions managériales pourrait se traduire par un accompagnement du DS et une aide à la prise de décisions dans les différents champs de responsabilité de l'encadrement. A titre d'exemple, nous pourrions citer l'organisation de délégation de missions complémentaires à des agents telles qu'être référent en hygiène, aux commandes de matériel sur l'un ou l'autre des sites. Ces missions ont été évoquées par les agents comme valorisantes, à condition qu'elles s'appuient sur les compétences reconnues des agents, leur volontariat et connues de l'ensemble des acteurs. Ces conditions font référence aux valeurs de respect évoquées par les agents, favorisées par la transparence des actions conduites par l'encadrement.

Enfin, l'organisation de la fusion pourrait être une opportunité pour réaliser un état des lieux des procédures préexistantes relatives à l'organisation des soins.

### **3.2.3 La décision**

Cette fonction pourrait se décliner dans les choix liés aux organisations. Parmi les facteurs clés cités par l'HAS permettant d'évaluer la qualité du management au regard de cette fonction, nous retenons en particulier « *la lisibilité des processus de décision pour les différents acteurs de l'Établissement* ». En effet, au cours de notre étude, nous avons mis en évidence que le manque de lisibilité des projets ouvrait la porte à l'imaginaire et était source de souffrance pour les personnes interrogées. Il nous semble que cette lisibilité constitue un atout réel pour permettre aux agents de se situer dans l'évolution des Établissements, et d'en comprendre le sens, afin de pouvoir adhérer au projet et donc de reprendre confiance en l'avenir.

Nous proposons également au niveau de la décision d'étudier les encadrements nécessaires à la proximité. Cette étude doit s'appuyer sur ce qui existe, mais aussi déterminer ce qui est nécessaire. L'organisation d'une mobilité des cadres au moment des fusions et la présence d'un cadre dans chaque unité concernée pourraient constituer une aide à la restructuration. Cependant dans cette éventualité, il semble nécessaire de définir au préalable les missions de ces cadres, leur durée et la perspective de la future affectation. En effet, ne pas anticiper le devenir des cadres lorsque deux unités ne deviennent qu'une, risque de générer des déceptions et de la démotivation pour celui qui serait amené à changer d'affectation ensuite, avec une répercussion négative pour les équipes. Là encore, c'est la clarté des actions et la transparence des informations qui assurent crédibilité et confiance dans les décisions qui sont prises.

### **3.2.4 La motivation**

La fonction motiver se retrouve dans les autres fonctions du management précédemment évoquées en ce qui concerne la responsabilisation et la valorisation des acteurs, la reconnaissance des compétences, la transparence.

Cependant, la formation professionnelle et continue pourrait constituer un levier supplémentaire à la réussite des fusions. La formation des auxiliaires médicaux répond certes à une obligation réglementaire mentionnée dans le code de la santé publique<sup>42</sup> mais elle permet aussi de développer la motivation par la progression.

Premièrement, elle pourrait s'adresser aux agents pour lesquels la fusion s'accompagne d'un changement de fonction. Nous pensons particulièrement aux AS qui dans les situations précédentes exerçaient des actes relevant de la fonction d'IDE. A l'issue des

---

<sup>42</sup> Titre VIII du livre III, 4<sup>ème</sup> partie du Code de la Santé Publique, chapitre II, article L.4382-1 relatif à la Formation continue.

bilans de compétences réalisés avec la DRH lors des étapes préparatoires au regroupement de service, il pourrait leur être proposé, s'ils le souhaitent, des préparations au concours d'entrée en IFSI, puis une prise en charge de la formation IDE dans le cadre d'un plan de formation concerté au niveau de l'institution.

Deuxièmement, il pourrait être envisagé, pour l'ensemble des agents, des temps de formation en lien avec les spécificités des services. Pour assurer cette formation, les ressources en interne pourraient être utilisées comme cela s'est fait dans un des établissements enquêtés. Outre l'utilisation des compétences au sein de l'institution et un moindre coût, ce choix présente l'avantage de valoriser les agents en mettant en avant leurs connaissances et leur expérience.

Troisièmement, avec le concours des cadres, les demandes de formations individuelles et collectives des agents argumentées à partir du projet de service et les évolutions technologiques pourraient être inscrites dans le plan de formation de l'Établissement. De plus, nous proposons d'associer ces personnels aux programmes de formation présentant un caractère institutionnel. Les objectifs seraient de favoriser la rencontre avec des agents d'autres secteurs d'activité, de confronter les points de vue, d'échanger sur les pratiques afin d'améliorer la qualité, mais aussi de contribuer au développement du sentiment d'appartenance à l'Établissement restructuré.

Une formation commune des cadres au management pourrait également constituer un outil d'aide à la construction d'une nouvelle équipe issue de la fusion de deux unités. De plus elle permet d'obtenir un enrichissement dans la relation interpersonnelle.

### **3.2.5 L'évaluation**

Cette dimension du management concerne les résultats, la satisfaction du patient, l'activité, les moyens mis en place et leur adéquation par rapport aux objectifs fixés. Il n'y a pas de démarche par projet complète sans la prévision de son évaluation dès sa conception. C'est en effet le seul moyen de savoir si les objectifs sont atteints et de pouvoir mettre en place des actions de réajustement si nécessaire ou alors d'en définir de nouveaux pour progresser dans la qualité.

Au cours de notre recherche sur le terrain et dans la littérature, nous avons évoqué à plusieurs reprises la douleur de soignants au cours de changement ainsi que les conséquences sur leur vie personnelle et professionnelle. Il serait donc logique que en qualité de DS, nous portions une attention particulière aux manifestations individuelles et collectives susceptibles de nous alerter sur les comportements des agents. En nous appuyant sur les propositions du CES, nous pourrions porter une attention particulière à des indicateurs d'altération de la santé mentale des individus au travail, notamment à des comportements telle que l'expression de sentiments d'insatisfaction, de démotivation, de retrait. Le CES évoque encore la perte d'efficacité individuelle ou collective. Comme il le

préconise, une réflexion peut être intégrée dans le domaine de la prévention des risques professionnels en étant inscrite dans le document unique d'évaluation des risques, obligatoire depuis 2002<sup>43</sup>. Il appartiendrait alors au Directeur des Soins de mettre en place avec l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité un processus d'évaluation des agents avec une attention particulière portée à l'expression du vécu. Enfin, un travail de collaboration avec la mise en place d'une commission des agents en difficulté associant le médecin du travail et le Directeur des Ressources Humaines permettrait de repérer plus rapidement les agents en souffrance. De même, il nous semble important de porter une attention particulière à l'absentéisme, aux demandes de changements de services ou encore à une fréquence accrue des départs en retraite anticipés.

Une évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles conduites en partenariat avec les cadres et s'appuyant sur les recommandations de l'HAS constitue le deuxième volet de suivi de la restructuration.

Le troisième pourrait être orienté sur le suivi et la réalisation de chaque étape de la restructuration et les communications réalisées près des équipes.

Un autre volet en collaboration avec la direction de la qualité et des relations avec la clientèle serait orienté vers l'évaluation de la satisfaction des usagers de l'Établissement recréé.

Pour conclure cette partie des propositions d'actions, nous relevons quelques conditions de réussite extraites de nos lectures et recommandées par les Directeurs des Soins que nous avons rencontrés.

- Des discussions sur les centres d'intérêts communs sont nécessaires pour favoriser la réalisation d'une fusion en vue d'une conjugaison d'intérêts dans une logique de gagnant/ gagnant en se rappelant que pour les acteurs, la fusion s'apparente à une renonciation de « ce qui était avant ». Cela nécessite un nouveau Projet d'Établissement, et une vaste politique de communication. Dans les unités, c'est donner aux équipes le temps de se construire un nouveau projet de service, intégrant les projets médicaux dans le respect des spécificités de chaque Établissement.
- Les échanges entre les cadres de santé et le DS permettent de leur assurer son soutien et de leur apporter son aide méthodologique à toutes les étapes du projet.

Pour faire face aux contraintes ou intérêts contradictoires, il convient de poser la notion de sens et d'appuyer les engagements sur des convictions partagées inspirées des valeurs.

---

<sup>43</sup> Rapport annuel 2004 du Conseil Économique et Social.

Le projet de service est facteur de changement positif si sa conduite respecte un certain nombre de règles :

- s'inscrire en lien avec une mission,
- susciter le changement, induire des transformations,
- s'élaborer à partir du contexte local et tenir compte des acquis,
- engager tous les acteurs, chef de service, praticiens, cadres, ensemble de l'équipe paramédicale, développer la notion d'adhésion et d'appartenance,
- s'intégrer aux autres projets institutionnels, être écrit, conduit, gardé en mémoire,
- évaluer son avancée ainsi que le rapport des résultats produits par rapport aux résultats escomptés,
- établir des étapes, fixer des délais, poser des repères.

Enfin, à l'instar de nos interlocuteurs, nous insistons sur la nécessité de maintenir la qualité, le tout dans le cadre d'une action concertée et volontaire.

## CONCLUSION

Les restructurations et fusions d'Établissements sont largement engagées sur le territoire. Elles se justifient par une volonté des pouvoirs politiques d'améliorer l'offre de soins en optimisant les infrastructures existantes et en mutualisant les compétences. De plus, leur nécessité est renforcée par l'évolution de la démographie médicale particulièrement critique dans certaines régions et pour certaines spécialités telles que la chirurgie et l'anesthésie.

Créer un seul Établissement à partir de deux pourrait paraître simple, mais ce serait ignorer que chaque structure a son histoire, son identité propre marquée par les valeurs de ses acteurs. Ceux-ci se sont construits avec des systèmes de représentations et la réunion des deux Établissements favorise l'émergence de nouvelles représentations qui prennent parfois des connotations négatives. Notre étude orientée sur le rôle joué par les représentations sociales dans le management de la mise en œuvre d'une fusion au bloc opératoire nous a permis de confirmer que la construction d'une entité nouvelle demande de la préparation et beaucoup de temps. Certains sociologues disent qu'une fusion ne peut-être absorbée que lorsque la quasi-totalité des partenaires est renouvelée. En effet, plus de dix ans après les regroupements, certains agents expriment leur « regret de l'avant fusion » et évoquent une difficulté certaine à la perspective d'une reconstruction totale et sereine d'une nouvelle entité même si nous avons entendu des personnes qui ont su ou pu donner un nouveau sens à leur environnement professionnel et à leur travail. A travers nos hypothèses, nous avons pu vérifier que la perte d'identité consécutive à une fusion et les incertitudes favorisent le développement des représentations et que les représentations marquées par la culture de référence des acteurs constituent un frein à la construction d'une identité nouvelle pour deux groupes en présence destinés en n'en former plus qu'un sans qu'il y ait de perdant.

Les relations humaines sont donc au cœur de notre problématique.

Notre étude sur les menaces et les opportunités repérées à partir des forces et des faiblesses nous aide à construire l'avenir. De plus, elle nous guide dans notre réflexion pour favoriser la construction de nouvelles entités imposées par l'évolution des modes de prises en charge de la population. Mais surtout, elle nous a permis d'identifier, pour notre future affectation en qualité de Directeur des Soins, le poids des représentations dans le management de la mise en œuvre d'une fusion. Cet enseignement nous incite à oeuvrer à l'évolution des représentations, pour favoriser l'émergence d'une identité propre aux équipes soignantes lors de fusions de blocs opératoires, et ce, quelle que soit l'origine des groupes concernés.

En outre, les résultats de notre enquête réalisée également sur un secteur autre qu'un bloc opératoire nous ont montré que la problématique des représentations en action dans les groupes sociaux peut se retrouver dans des contextes de restructurations diverses.

En qualité de Directeur des Soins, il est probable que dans un projet d'organisation de l'Établissement par pôles d'activité, nous soyons amenée à accompagner et organiser la fusion de deux services avec des disciplines proches. Dans ce cas, notre vigilance doit être permanente car, comme pour une fusion de deux Établissements Publics et / ou Privés, chaque unité construit sa propre histoire avec son référentiel de valeurs et sa propre culture. Là aussi, si l'on n'y prête attention, le risque est de voir les représentations en action au sein des unités rendre difficile le management de la mise en œuvre des fusions.

Enfin, pour conclure, nous nous rappelons qu'un hôpital n'a de raison d'être que pour la réponse qu'il apporte aux besoins de la population. Elaborer un projet commun est une démarche qui rassemble et qui fédère. Créer des pôles et des fédérations d'activités, développer des réseaux, organiser des complémentarités, faire converger les synergies, rassembler les compétences sont aujourd'hui les voies privilégiées d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient.



---

# Sources et Bibliographie

---

## OUVRAGES

ARDOINO J. Culture et civilisation. In *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*. Ramonville : Erès, 2002. pp.118-127.

BARUS-MICHEL J., EMIQUEZ E., LÉVY A. *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*. Ramonville : ERES, 2002. 592 p.

BONMATI J.M., *Les Ressources Humaines à l'Hôpital. Un patrimoine à valoriser*. Paris : Berger- Levrault, 1998. 325 p.

BERNOUX P., *La sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Points. Seuil, 1989. 378 p.

CLÉMENT J.M., CLÉMENT C., DUPUY O. et al, *Hôpital 2007 : Les répercussions dans le champ du droit hospitalier*. 2<sup>ème</sup> édition. Essentiel. BORDEAUX : Les Études Hospitalières. 2004. 132 p.

CLAUDE J.F., *Le management par les valeurs. L'appartenance à l'entreprise*. Paris : Liaisons, 2003. 264p.

DE GAULEJAC V. L'identité. In *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*. Ramonville : Erès, 2002. pp.174-180.

FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*. Groupe de Recherche pour l'Éducation et la Prospective, POUR. Paris : Éditions L'Harmattan, N°28, 1988. 125 p.

LAFAYE C., *Sociologie des organisations*. Sociologie 128, Paris : Nathan Université, 1996. 119 p.

MANNONI P., *Les représentations sociales*. Que sais-je ? Paris : Presse Universitaire de France, 1998. 125 p.

RHEAUME J. Le changement. In *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*. Ramonville : Erès, 2002. pp.65-72.

SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1993. 477 p.

SCHEID J.C., *Les grands auteurs en organisation*. 1<sup>ère</sup> édition. Economie « module », Paris : Dunod, 1980. 239 p.

## MEMOIRES

BETOULLE F. *Le directeur des soins et la fusion de 2 IFSI : émergence d'une identité nouvelle et stratégie d'accompagnement du changement*. Mémoire de Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2004.61p.

COQUAZ C. *Les fusions hospitalières, Contribution de l'Infirmier Général au changement.* Mémoire de Fin d'Etudes, Formation des Infirmiers Généraux : Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2001. 85p.

TRIBOULET A. *Stratégie d'intégration entre un hôpital local et une maison de retraite. Mise en œuvre par la démarche qualité.* Mémoire de Directeur d'Établissement Sanitaire et Social Public : Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2003. 79p.

PEROYS (Caroline). *Restructuration médicale et fusion d'établissements publics de santé, l'exemple des Hôpitaux du Léman,* Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2001.79p.

## **ARTICLES DE PÉRIODIQUES**

BEDIER P. « Former pour accompagner la fusion. Comment préparer le personnel ? » *La Revue Hospitalière de France*, Novembre/Décembre 1999, n°6, pp 62-65.

CABELLIC M., POTTIEE-SPERRY Ph. « Quel rôle pour les hôpitaux de proximité ? ». *La gazette SANTÉ-SOCIAL*, Novembre 2004, n°7, pp 6-8.

CLAVERANNE J.P., PASCAL C., PIOVESAN D. « Restructurations des établissements hospitaliers. Les logiques du secteur public à l'épreuve du secteur du secteur privé ». *Gestions hospitalières*, Juin/Juillet 2002, n°417, pp 444-448.

CLEMENT J., LHUILLIER J.M. « Contractualisation interne : le pari de la déconcentration ». *Revue Hospitalière de France*, Novembre- Décembre 2003, n°495, pp 4-6.

DOGUE M., BEDIER P., VITTOT P. « Fusion d'établissements et formation. L'exemple de CHI de POISSY-SAINT-GERMAIN-EN-LAYE ». *La Revue Hospitalière de France*, Novembre/Décembre 1999, n°6, pp 69-72.

FLEURY B. « Histoire de l'hôpital de JOIGNY ». *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, Avril 2003, n°112, pp 19-23.

FORCIOLI Pascal. « Quand l'hôpital s'organise. Analyse sociologique d'une fusion d'hôpitaux ». *Gestions hospitalières*, 2003/06, n°427, pp 468-472.

FORCIOLI P. « Fusions hospitalières : mode d'emploi ». *La Revue Hospitalière de France*, Novembre/Décembre 1999, n°6, pp 22-35.

FORCIOLI P. « Fusion d'hôpitaux et conflits à l'hôpital ». *Gestions Hospitalières*, Avril 1999, n°385, pp 256-260.

KITOUS B. « Fusion des établissements : solution d'avenir ? ». *Gestions Hospitalières*, Juin/Juillet 2002, n°417, pp 423-441.

KOURILSKI F. « Comment ne pas bloquer le changement ? ». *Gestions Hospitalières*, Avril 1999, n°385, pp 266-267.

GROUPE LAENNEC. « Accompagner les restructurations. Carnets de route... ». *Gestions Hospitalières*, Avril 1999, n°385, pp 261-265.

MORDELET P. « Les restructurations hospitalières françaises à la lumière de l'expérience nord-américaine ». *Gestions Hospitalières*, Novembre 2002, n°420, pp 695-705.

M.R. « Culture et Hôpital, Rencontre régionale Rhône-Alpes, 25 septembre 2003- Vénissieux ». *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 2003/2004, n°112, p 16.

PICARD M. « Aménagement du territoire et établissements de santé ». Conseil Économique et Social, Paris. *Avis et rapports du Conseil Économique et Social*, Fascicule, 26 Mai 2004, Volume 14, 172 p.

VILLENEUVE P. « Présentation de l'ordonnance portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ord. n° 2003-850 du 4 septembre 2003 » JCP- *La semaine Juridique Edition Générale*, 15 octobre 2003, n°42, pp 1809-1810.

## **SUPPORTS ELECTRONIQUES**

Ministère des Solidarités et de la Famille. Coopérations et recompositions de l'offre de soins - *Observatoire des Recompositions Hospitalières*. 2005-IGN 1999 Pays de la Loire [visité le 15 Mai 2005]. Disponible sur Internet : <<http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr>>

## **FASCICULES**

BODEI R., HAMMOUDI A., FELLAG. *La peur, ses logiques et ses masques*. Supplément à la Revue Esprit, Octobre 2002, volume 10, 24 p.

LABANI P.D. Les mutations du travail. Entreprises, parcours professionnels et identités sociales. In *La peur, ses logiques et ses masques* ». Paris : Esprit, Octobre 2002, volume 10, pp 101-111.

PAQUOT T. Résister à l'impuissance démocratique. In *La peur, ses logiques et ses masques* ». Paris : Esprit, Octobre 2002, volume 10, pp 75-84.

## **TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996.- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, 25 avril 1996, pp.6324-6336.

SALON S., SAVIGNAC J.C. Code de la Fonction Publique commenté. 4<sup>ème</sup> édition, DALLOZ, 2005.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003.- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi

que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal officiel de la République Française*, 06 septembre 2003, p.15391.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004.- LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel de la République Française*, 11 août 2004, p.14277.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004.- Circulaire DHOS n° 2004-101 du 5/03/04 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération. *Bulletin Officiel*, MASTS 2004/13, pp. 99-160.

DHOS 2003, Synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques.

## **RAPPORTS**

Fédération Hospitalière de France, *Rapport du Groupe d'Etude et de Recherche sur les fusions et Regroupements d'Établissements publics de Santé*. Rapporteur : P. FORCIOLI, Secrétaires : M. BONNET, P. CHIERICI. 2002. 34 p.

République Française, Avis et Rapports du Conseil Économique et Social, *Aménagement du territoire et Établissements de Santé*. 2004. Rapport présenté par M. Michel PICARD. Paris : Les éditions des journaux Officiels.

Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Janvier 2005. 40 p.

## **DICTIONNAIRES**

Le Nouveau PETIT ROBERT, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Nouvelle Édition remaniée et amplifiée sous la direction de REY-DEBOVE J. et REY A., du Petit Robert par ROBERT P. Paris : Dictionnaires le Robert, 1993.

LAROUSSE, Dictionnaire des Noms Communs, Noms Propres. Paris : Larousse, 1994.

HACHETTE, La Nouvelle Encyclopédie Illustrée.

Nouveau Dictionnaire étymologique, 1964, et étymologies du Français, 1996.

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I : Guide d'entretiens semi – directifs

## **GUIDE D'ENTRETIEN SEMI – DIRECTIF**

Cet entretien est conduit près des soignants, ayant vécu les opérations de fusion, et toujours en activité dans les unités reconstituées. Une répartition équivalente entre les professionnels issus de chaque structure est souhaitée afin d'obtenir un équilibre entre les points de vue.

### **1) Présentation :**

- Age
- Sexe
- Fonction exercée et formation en lien avec cette fonction (ASH, AS, IDE, IBODE, IADE, CADRE)
- Site antérieur d'appartenance

### **2) Expression du ressenti par rapport au changement.**

Vous exercez votre activité professionnelle au bloc opératoire lors de la fusion des deux établissements.

Qu'est-ce qui pour vous a été le plus facile lors de ce changement ?

Qu'est-ce qui pour vous a été le plus difficile lors de ce changement ?

### **3) Mesure du sentiment de gain ou de perte**

Pouvez-vous me dire ce que la fusion vous a apporté ? Et / ou fait perdre ?

### **4) Point de vue des acteurs sur les facteurs susceptibles d'influer sur la qualité de la fusion**

Selon vous, quels éléments ou évènements ont été aidants lors de la fusion ? Quels éléments ont été sources de difficultés.

Y a-t-il des difficultés persistantes depuis la fusion ? Si oui, de quelle nature ? A quoi vous semblent –elles dues ?

### **5) Repérage de valeurs clés pour l'équipe**

Dans votre travail, qu'est-ce qui vous paraît aujourd'hui le plus important en trois mots ?