



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **année 2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

**La fusion d'équipe
suite au regroupement
d'une activité chirurgicale :
une greffe particulière ?**

Bruno GEZEQUEL

Remerciements

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide et leur soutien pour l'élaboration de ce travail. En particulier tous les professionnels qui se sont livrés lors des entretiens, pour le temps qu'ils m'ont consacré et surtout pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Mes remerciements s'adressent aussi aux formateurs de l'EHESP, notamment Mme CHAUVIN pour son accompagnement dans ce travail, ainsi qu'à mes tuteurs de stage et de positionnement pour leur accompagnement durant ma formation.

Sommaire

Introduction	1
1 LES RESTRUCTURATIONS ET LES BLOCS OPERATOIRES	5
1.1 Un terrain d'enquête singulier	5
1.1.1 Une compétence collective basée sur la confiance réciproque.....	5
1.1.2 La fusion : se fondre pour se confondre	6
1.2 Les fondements individuels et collectifs impactés par les fusions	7
1.2.1 Le changement comme apprentissage collectif	7
1.2.2 Des normes professionnelles structurées par des règles et des valeurs.....	8
1.2.3 L'identité, entre différence et appartenance : l'altérité.....	9
1.3 Méthodologie	11
1.3.1 Des entretiens pour dire et se dire.....	11
1.3.2 Les limites de l'étude	12
2 UNE EQUIPE RE-COMPOSEE D'ACTEURS STRATEGES	13
2.1 La fusion : du drame à l'opportunité.....	13
2.1.1 Des agents déstabilisés personnellement et professionnellement	13
2.1.2 Des « anciens » compatissants et peu dérangés.....	15
2.2 Des modifications organisationnelles réduites.....	15
2.2.1 Un groupe en construction autour du cadre.....	15
2.2.2 Des fusions d'équipes qui ne se ressemblent pas	17
2.3 Une construction identitaire en cours	18
2.3.1 Un nouvel équilibre transactionnel au sein de la jeune communauté.....	18
2.3.2 L'élaboration de bulles personnelles pour se protéger de l'environnement.....	19
3 LE DIRECTEUR DES SOINS ELEMENT PIVOT DU PROCESSUS.....	21
3.1 Les décideurs donnent le sens et la direction de l'action	21
3.1.1 Un leadership collectif pour une approche politique et stratégique	21
3.1.2 Le moyen d'action phare : la communication.....	22
3.2 Le rôle stratégique du directeur des soins.....	23
3.2.1 Le pilotage sensible du changement	23
3.2.2 Une reconstruction identitaire à accompagner.....	24

3.3	L'encadrement de proximité : un levier pour le changement	26
3.3.1	Un processus travail complexe à gérer	26
3.3.2	Un travail de liens complexes et invisibles à guider.....	27
4	Conclusion.....	29
	Sources & Bibliographie	31
	Liste des annexes.....	I
	GRILLE D'ENTRETIEN.....	II
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES LORS DES ENTRETIENS	III
	RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	IV

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CA	Conseil d'Administration
CH	Centre Hospitalier
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques
CTE	Commission Technique d'Etablissement
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRH	Direction des Ressources Humaines
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HPST	Loi Hôpital Patients Santé et Territoires
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication,
l'entraide et la solidarité visant à un but commun :
l'épanouissement de chacun dans le respect des différences.

Françoise Dolto

Introduction

Au sein de l'hôpital le bruit d'une restructuration court depuis longtemps : il faudrait coopérer avec d'autres établissements, s'associer pour appliquer les ordonnances de 1996¹. Réaliser une alliance pour pérenniser les activités dans un monde hospitalier où les établissements, les villes, les maternités, les praticiens sont en rivalité les uns avec les autres. L'idée, déjà ancienne, avait été avancée par un cabinet conseil ou une DRASS, voire par un directeur ou un homme politique à la fin des années 80. L'idée va, vient et revient sans autre consistance qu'une rumeur ou quelques conventions signées entre les établissements.

Puis un jour le projet est annoncé. Il a été mûri par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), les directeurs concernés, les élus locaux et les présidents de commission médicale d'établissement (CME). Les justifications sont simples : il s'agit d'économie d'échelles, de suppression des doublons afin d'obtenir des infrastructures de qualité en capacité à offrir un accès aux soins équitablement réparti sur le territoire.

Si les hôpitaux n'ont cessé de se restructurer depuis leur création² à un rythme plus ou moins rapide, ce type de scénario envahit aujourd'hui la scène hospitalière. Depuis une quinzaine d'années, en effet, l'introduction d'outils de gestion et de la démarche qualité place la notion d'efficience au cœur de l'activité soignante. De plus, la nouvelle loi hôpital-patient-santé-territoire³ (HPST) inscrit la logique de recomposition hospitalière au niveau des territoires de santé et vise à une répartition et une graduation de l'offre de soins sécurisée et équitable pour les habitants des territoires de santé. Ainsi, que ce soit pour des raisons de rationalisation, d'optimisation ou bien pour des logiques politique, financière ou économique, « *aucun établissement n'est aujourd'hui à l'abri d'une restructuration⁴* ».

La chirurgie n'échappe pas à cette histoire hospitalière et à la construction de l'hôpital de demain. Depuis plusieurs années des commissions nationales évaluent la sécurité, la qualité et la continuité de l'offre chirurgicale en France :

- Le rapport dit Vallancien⁵, et plus récemment le rapport de la commission sociale du Sénat⁶ ont mis en lumière un nombre trop important de blocs opératoires en France et ont

¹ Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (création des réseaux soins et des coopérations)

² MOSSE P., *Une brève histoire du temps hospitalier*, p.7.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴ DUMOND J.P., *Les conflits de pouvoir à l'hôpital*, p.74.

⁵ VALLANCIEN G., *l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*.

⁶ MILON A., *Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France*.

proposé, dans un souci de qualité et de sécurité des soins, la définition de seuils annuels d'activité minimale (2 000 actes⁷) et de composition minimale des équipes chirurgicales (entre 6 et 8 chirurgiens) pour être en mesure d'assurer la continuité des soins 24h sur 24. Leurs préconisations visent à regrouper les moyens humains et matériels, en concentrant les activités opératoires sur un même site, et à renforcer la coopération public-privé.

Nous constatons, depuis plusieurs années déjà, que la pénurie de praticiens dans certaines disciplines chirurgicales, ajoutée au déficit d'attractivité du secteur public par rapport au privé, ont mis nombre de petites structures en situation de vulnérabilité. Le départ d'un chirurgien ou du médecin anesthésiste sonne bien souvent le glas de ces blocs généralement en sous activité, quand ce n'est pas le coût des mises aux normes de sécurité des locaux ou le nombre insuffisant d'interventions.

- Une étude nationale a été réalisée en 2008 avec l'appui de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier⁸ (MEAH). Elle a permis d'objectiver le taux d'ouverture des salles d'opérations, leur performance organisationnelle ainsi que leur consommation en ressources humaines. Cet audit facilite la comparaison régionale de la performance organisationnelle des blocs⁹ et stigmatise le plus souvent les structures déjà vulnérables.

Dans ce contexte, certains établissements ont déjà fermé leur bloc chirurgical (le nombre de blocs a diminué de 25% entre 1994 et 2005, soit 365 fermetures sur 1463 établissements¹⁰). Leur activité a ainsi migré vers d'autres établissements soit privés, soit publics. Certains autres tentent de résister à une inévitable restructuration territoriale¹¹, ou cherchent au moins à gagner du temps autant pour des raisons de politique sociale de la ville que pour le délai nécessaire au développement d'une nouvelle activité.

D'autres, enfin, ont mis en place des conventions de coopérations pour commencer un rapprochement et un partage de certaines ressources chirurgicales, para médicales ou matérielles.

Ces rapprochements inter établissements qui ont pour horizon le transfert d'activité, ou la fusion des services, ne laissent indifférents aucun des acteurs concernés.

⁷ Circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS 3.

⁸ DEJEAN D., *Benchmarking des blocs 2008*.

⁹ PASSETEMPS M.J., *Démarche de parangondage des blocs opératoires*.

¹⁰ DEXIA, *10 ans de restructurations hospitalières*.

¹¹ DESAILLY-CHANSON M.A., *rapport de mission au centre hospitalier de Carhaix*.

- Du côté de l'établissement en voie de fermeture, les acteurs se sentent dépossédés, voire amputés, d'une activité noble et valorisante pour l'établissement¹². Ce sentiment de perte d'identité est accentué, dans le cas de transformation de l'activité chirurgicale en activité de soins de suite, par exemple, par l'impression de régression professionnelle, de perte du rayonnement et de l'attractivité de l'établissement.
- Du côté de l'établissement qui reçoit cette activité et ses équipes, l'intégration peut être parasitée par des cultures d'équipes et d'établissements distinctes, par les habitudes de travail différentes ou encore par la stigmatisation tenace des agents transférés considérés comme des "intrus" qui auraient été plus recueillis qu'accueillis.

Les difficultés rencontrées par les agents des établissements qui vivent la fermeture de leur bloc opératoire sont souvent décrites et les exemples de mutations d'établissements plus ou moins conflictuelles ne manquent pas. Par contre, les difficultés d'intégration au sein des établissements receveurs sont peu explorées. Elles laissent pourtant parfois des traces pour le long terme au sein des équipes recomposées, qui peuvent garder dans une mémoire collective les stigmates d'un moment douloureux. Cette souffrance collective peut être la cause de tensions internes et de dysfonctionnements du bloc opératoire. Les conséquences sont alors visibles en termes de qualité technique ou organisationnelle, en termes d'activité et donc de ressources budgétaires, ou encore en termes d'image avec une perte de confiance de la clientèle et une baisse d'attractivité pour les professionnels.

L'établissement dans lequel je dois prendre mes fonctions n'échappe pas à ce contexte et son directeur prévoit la reprise d'activité d'un bloc opératoire public voisin. Le directeur des soins, responsable de l'organisation des soins et garant de leur qualité et de leur sécurité¹³, me semble être le pivot du travail de lien et d'accompagnement nécessaire pour anticiper au maximum les difficultés d'un tel regroupement et démystifier les représentations de chacun des protagonistes.

Face aux constats de difficultés, d'échecs et aussi de réussites d'opérations similaires réalisées dans d'autres établissements mon questionnement s'est orienté de la façon suivante : **Pourquoi le transfert d'activité d'un bloc opératoire, dans un contexte de réorganisation territoriale, demande un accompagnement des équipes ?**

¹² MEZROUH F., *Rôle du directeur des soins dans l'accompagnement des restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité*, p 18.

¹³ Décret n° 200-505 du 19 avril 2002 portant statut particulier de la fonction de directeur des soins.

A partir de cette question de départ, trois hypothèses me semblent susceptibles d'en permettre l'étude à partir de trois éclairages différents :

- La question de la résistance aux changements : **Parce que le transfert d'activité génère des résistances de la part des "anciens" comme des "nouveaux venus"**.
- Les perturbations structurelles et organisationnelles de l'équipe déjà en place : **Parce que l'équipe qui accueille est remise en cause dans ses organisations de travail.**
- La notion de construction identitaire : **Parce que le transfert d'activité modifie l'identité du groupe.**

Pour travailler ces hypothèses j'ai choisi une approche qualitative basée sur une démarche hypothético-déductive. J'ai ainsi réalisé des entretiens de type semi directifs qui me semblent adaptés pour "dire" et "se dire".

Dire, ou permettre aux acteurs de décrire leurs expériences vécues et me permettre d'entendre et d'apprendre sur un sujet que je ne connais pas.

Se dire, ou faire émerger le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, et interroger ainsi leurs représentations, leurs ressentis, leurs attitudes et leurs opinions.

L'analyse du discours produit, à la lumière de références théoriques, doit permettre d'éclairer les comportements, les logiques des acteurs et les enjeux du problème.

J'ai réalisé ces entretiens auprès des agents d'un bloc opératoire dans un établissement de 1100 lits, référent sur son territoire de santé, qui a intégré récemment l'équipe paramédicale et l'activité chirurgicale d'un établissement voisin. Cette fusion, initialisée en 1997, avait été suspendue suite à un conflit politique opposant les maires (alors ministres) des communes concernées. Suite à un évènement indésirable majeur, l'ARH a décidé la fermeture du bloc opératoire, des deux services de chirurgie (digestive et orthopédique) et de la maternité, sous un délai d'un mois et demi.

C'est la gestion de cette fusion soudaine et rapide qui a attiré mon intérêt. Mais il me semble aujourd'hui que la notion d'"urgence" de cette opération soit à relativiser puisqu'elle intervient après douze années de rapprochement.

Nous verrons que si la fusion de service est appréhendée dans un cadre théorique explorant la question du changement, celle de la construction du groupe et enfin celle de l'identité professionnelle, il est possible d'éclairer les facteurs de réussite de cette restructuration.

L'étude de terrain, qui confirmera ou infirmera mes hypothèses, nous permettra de proposer une politique d'accompagnement et de définir le rôle du directeur des soins dans cette situation de transfert d'équipe et d'activité chirurgicale.

1 LES RESTRUCTURATIONS ET LES BLOCS OPERATOIRES

1.1 Un terrain d'enquête singulier

1.1.1 Une compétence collective basée sur la confiance réciproque

Microcosme singulier dont « *la culture traditionnelle est le huis clos où l'on est entre soi et bien à l'abri dans un espace totalement contrôlé*¹⁴ », le bloc opératoire forme une communauté endogène¹⁵ (se suffisant à elle même) qui est caractérisée par une frontière physique marquée, des interactions interpersonnelles intenses et fusionnelles, de faibles rapports avec l'extérieur, une capacité autonome collective et un investissement fort du personnel. Centrée sur l'acte opératoire, cette relation communautaire est fondée sur un attachement au travail collectif et au patient, ainsi que sur une coopération technique. Elle est la source d'une confiance réciproque qui permet à tous les membres de l'équipe de s'articuler, se compléter, se coordonner, voire se confondre, pour que « *chaque opération soit une co-opération*¹⁶ ».

Ce contexte d'isolement et le travail d'équipe est complexifié par des tensions interpersonnelles fréquentes dues à la composition plurielle de l'équipe de bloc.

Cette équipe rassemble une dizaine de professions différentes alliant des expertises les plus pointues et diversifiées, des cultures et des histoires métiers différentes voire concurrentes¹⁷ (chirurgiens et anesthésistes, infirmiers anesthésistes (IADE) et infirmier de bloc opératoire (IBODE), cadre de santé et chef de bloc). Elle forme une sorte de communauté bigarrée qui cristallise les notions de connaissance et de reconnaissance de chacun vers chacun, condition première pour transformer une « *horde de solitaires en un groupe social*¹⁸ ». Chacun devant compter pour l'autre pour commencer la constitution d'un groupe¹⁹.

Ainsi, derrière le « *mythe du bloc uniquement technique*²⁰ » se glisse la réalité d'une vie sociale importante qui fait du bloc opératoire un lieu d'intérêts divergents, à l'origine de conflits de tâches ou relationnels. Les tensions liées au confinement, au stress, à l'immobilité, à l'absence de temps mort, à l'enfermement sous le regard des collègues, sans refuge ou sans échappatoire incite les cadres et les chefs de service à redoubler de

¹⁴ POUCHELLE M.C., *L'hôpital ou le théâtre des opérations*, p.167.

¹⁵ SAINSEALIEU I., *L'hôpital et ses acteurs*, p. 145.

¹⁶ PENEFF J., *Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert*, p. 270.

¹⁷ DJENANI Z., *Le conseil de bloc, un levier d'action*, p. 18.

¹⁸ ANZIEU D., op. cit., p. 57

¹⁹ Ibid., p. 122.

²⁰ POUCHELLE, op. cit., p.122.

vigilance dans la constitution des équipes qui, pour être soudées, « *doivent développer des affinités et même des liens de camaraderie*²¹ ».

1.1.2 La fusion : se fondre pour se confondre

Si la *fusion* est « *l'union d'éléments distincts en un tout homogène*²² », appliquée aux établissements de santé la fusion implique l'intégration de plusieurs personnes morales dans une personne morale nouvelle et unique. Concernant une équipe, un groupe en fusion est un groupe naissant « *où la sérialité du vieux rassemblement est liquidée au profit de l'homogénéité amorphe d'un jeune groupe, où le fait d'être pour chacun un étranger fond à la chaleur de l'expérience collective*²³ ».

Dans les deux cas il s'agit de la perte d'identité propre à chacun des protagonistes et de la construction d'une identité commune. Il s'agit de "se fondre" pour "se confondre".

Le *regroupement*, comme le *transfert*, comporte un aspect géographique supplémentaire²⁴. Avec ou sans fusion, ils ont pour objet de réunir sur un même site des équipes, des activités ou des installations. Il y a souvent pour l'un des établissements la perte d'une ou plusieurs activités au profit de l'autre. Les agents ayant une qualification spécifique, comme les sages femmes ou les infirmiers spécialisés, n'ont plus leur place dans l'établissement qui ferme les services qui les concernent. Ils peuvent vivre cette situation comme un véritable licenciement puisqu'ils doivent chercher du travail ailleurs.

Enfin, les notions d'*intégration*, d'*assimilation* ou encore d'*acculturation* nous semblent limitatives. Le groupe social étant plus que la somme de ses membres²⁵, il développe des fonctions d'appartenance à une réalité collective, de solidarité et une fonction de construction de son action commune qui dépassent la simple juxtaposition des compétences professionnelles, ou encore d'une mise en commun partielle des aspects techniques ou culturels.

Le processus qui doit permettre à un groupe de paramédicaux de se fondre dans une autre équipe suite à la fermeture de leur service d'origine relève bien de la fusion, même s'il n'y a pas de fusion juridique des établissements. Il s'agit pour les deux équipes de se combiner intimement pour se transformer en une équipe différente, aux qualités enrichies.

²¹ PENEFF J., op. cit., p. 280.

²² Dictionnaire encyclopédique Hachette, 2001.

²³ ANZIEU D., *La dynamique des groupes restreints*, p. 58.

²⁴ FHF, Rapport du GERES, p. 6.

²⁵ ANZIEU D., op. cit., p. 53.

1.2 Les fondements individuels et collectifs impactés par les fusions

1.2.1 Le changement comme apprentissage collectif

Le changement dirigé présente toujours deux faces pour M. Crozier²⁶ : d'une part, il concerne une activité, une fonction, un mode opératoire dans un but économique, social ou financier, et d'autre part, il concerne aussi et en même temps la transformation des caractéristiques et des modes de régulation d'un système d'action. A ce titre le changement n'est pas seulement une rupture, c'est aussi un apprentissage collectif de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnements, de nouvelles capacités collectives.

La résistance au changement est née de la capacité des acteurs concernés à s'opposer, à bloquer ou à freiner ce processus collectif.

La notion de résistance est rationnelle, légitime, prévisible et inévitable²⁷. Elle serait justifiée, au niveau individuel, par les craintes, les peurs et les appréhensions déclenchées par l'abandon de ce qui était acquis et satisfaisant dans la situation antérieure : perte de sécurité, perte de pouvoir, de compétences, de ses relations sociales, perte de territoire. L'individu aura alors tendance à évaluer le changement en termes de coûts (efforts, compétences à acquérir) et de bénéfices (gains salariaux, satisfaction). Il « *acceptera le changement s'il pense avoir des chances de gagner quelque chose et, dans tous les cas, s'il sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement*²⁸ ». Le changement devient ainsi nécessairement un processus de négociations constantes sur les décisions, sur les modalités et sur les effets de retour provoqués par les transformations²⁹.

Au niveau collectif les causes des résistances peuvent être de nature culturelle si les valeurs, les rites ou l'histoire de l'organisation sont remises en question, mais elles peuvent être aussi politiques ou syndicales en fonction de l'influence et du pouvoir de ces groupes de pressions.

Enfin, le management du changement, de ce processus à la fois d'apprentissage collectif et de négociation, peut aussi être une cause de résistance. Si « *il n'y a guère d'autre solution que de faire participer les agents à l'élaboration des décisions qui les concernent*³⁰ », il faut, pour que les acteurs s'engagent de manière effective dans cette démarche participative de changement, leur laisser de réelles marges de manœuvre qui leur permettent de modeler pour partie l'organisation future.

²⁶ CROZIER M., *L'acteur et le système*, p. 391.

²⁷ FREIDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*, p. 97.

²⁸ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, p. 206.

²⁹ FREIDBERG E., *op. cit.*, p. 98.

³⁰ *Ibid.*, p. 98

Ainsi, comme tout changement, les fusions de services sont vécues comme des épreuves³¹ qui remettent en cause les équilibres transactionnels précédemment établis. Vivant les oppositions entre individus pour l'attribution des postes convoités, remaniant les intérêts personnels à travers la réorganisation des activités, déplaçant les frontières implicites d'influence entre les corps professionnels, « *les fusions réinscrivent les individus dans une renégociation des rapports transactionnels*³² » afin d'améliorer leur situation ou conserver leurs avantages.

Force est de constater, dans le cas d'un regroupement de service sur un site préexistant, que les agents délocalisés vivent la plus grande rupture et ne sont pas dans la meilleure position pour négocier. Ces « *survivants doivent s'engager personnellement et durablement pour gagner dans ce conflit, avant de surmonter la deuxième épreuve qui est de trouver un sens collectif aux opérations de restructurations*³³ ».

1.2.2 Des normes professionnelles structurées par des règles et des valeurs

Les normes professionnelles (règles et valeurs professionnelles) ont un rôle fondamental dans le travail tant en termes opérationnel, vis à vis des tâches à accomplir, qu'en termes de régulateur, de pacificateur et d'évaluateur du travail. Leur changement a un impact considérable puisqu'il peut remanier l'habileté de certains à effectuer leur travail (si une exigence de qualité est modifiée, par exemple) et les hiérarchies informelles.

Les règles, que tout groupe se fixe pour survivre, permettent d'établir des procédures de travail et de décision, et « *d'émettre ou d'admettre certaines normes communes, souvent implicites, qui façonnent l'appartenance des professionnels au collectif*³⁴ ». Les traditions d'équipe, les manières singulières de s'organiser, de diviser les tâches, les relations interpersonnelles ou avec la hiérarchie, sont autant d'exemples de ces usages propres à chaque équipe qui participent de sa cohésion.

Les fusions de service nécessitent l'élaboration de nouveaux repères afin que chacun au sein du groupe puisse connaître précisément sa place, son rôle et qu'une confiance puisse s'installer entre les individus. La question est souvent anticipée par les acteurs qui s'interrogent sur les compétences, sur la conception du travail et sur la domination potentielle d'une équipe sur une autre.

³¹ Rapport MIRE, *Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations*, p. 7.

³² DUMOND J.P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissement et de services hospitaliers*, p.107.

³³ Rapport MIRE, op. cit., p. 12.

³⁴ ANZIEU D., op. cit. p. 58.

Différentes études³⁵ montrent que les fusions se sont considérablement mieux déroulées dans les services où un travail préalable sur les règles de métier a pu être engagé que dans les unités restées dans l'ignorance réciproque de leurs pratiques jusqu'à leur rencontre.

Les valeurs professionnelles, quant à elles, permettent « *de juger l'action, de la valoriser et de définir ce qui est grand et ce qui est petit*³⁶ ». Elles sont composées de principes, généraux et abstraits, qui ont pour vocation d'orienter et de légitimer l'action entreprise et de lui donner un sens. Sorte de ciment invisible entre les acteurs, elles peuvent être partagées par le groupe, l'institution ou par les professionnels du même métier ou du même secteur (gestionnaire, soignant). En tout état de cause, elles participent de la cohésion du groupe.

Dans un contexte de fusion de service, la moitié des agents (quelque soit le corps de métier) estiment que leur « *métier n'est plus le même*³⁷ » après la fusion, sans pourtant avoir changé d'orientation professionnelle. Ces personnes ressentent ainsi l'évolution importante du cadre normatif qui les conduit à la perception d'un métier différent avant et après fusion.

Il est aussi observé³⁸ un effritement des valeurs relatives aux liens interhumains au profit de valeurs de soumission à l'institution soit par la valorisation de l'adaptabilité (en compensation de l'aspect familial et de la qualité des relations humaines de l'équipe d'avant fusion), soit par la mise en avant des règles formalisées au niveau de l'institution (processus de soins, règles de bonnes pratiques).

La transformation de ces valeurs relève d'un processus de confrontation interne aux individus. Chacun cherchant à concilier les différentes contradictions et à faire la place à celles qui s'imposent davantage.

La disparition acceptée d'une sorte de « *socialité primaire dans le travail*³⁹ » (convivialité antérieure, familiarité des rapports, liens d'amitiés, ...) semble accompagner le remaniement identitaire imposé par les restructurations.

1.2.3 L'identité, entre différence et appartenance : l'altérité

Les individus qui composent le groupe ont des identités propres (nom, classe sociale, profession, ...). Pour autant le groupe fonctionne comme un catalyseur privilégié

³⁵ DUMONT J.P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions*, p. 110.

³⁶ Ibid., p. 109.

³⁷ Rapport MIRE, op. cit., p. 15.

³⁸ Ibid., p.16.

³⁹ ANZIEU D., op. cit., p. 39

de l'identification personnelle. En effet, « *la conscience de soi n'est pas une production individuelle, mais résulte de l'ensemble des interactions sociales*⁴⁰ » que provoque ou subit l'individu. Ainsi le groupe socialise l'individu et l'individu s'identifie à lui. L'identification est donc réciproque : la communauté reconnaît l'individu comme un de ses membres, et l'individu se reconnaît dans les modèles valorisés par la communauté.

Dans le même temps ce processus permet à l'individu de se différencier et d'agir sur son entourage. C. Dubar présente l'identité comme un paradoxe par le fait que l'identité définit ce qui fait la singularité de quelqu'un par rapport à quelqu'un d'autre ; et en même temps, l'identité cherche à définir le point commun : l'identité, est aussi l'appartenance commune. « *Le paradoxe de l'identité est que ce qu'il y a d'unique est ce qui est partagé*⁴¹ ». Nous ne pouvons donc penser l'identité sans penser l'altérité (l'autre). Nous retiendrons que les manières de s'identifier sont de deux types : les identifications attribuées par les autres (« *identité pour autrui*⁴² ») et les identifications revendiquées par soi-même (« *identité pour soi* »).

Si, pour un moment donné, chaque forme identitaire est ainsi le produit d'une double transaction, avec les autres et avec soi même, force est de constater qu'elle est déterminée aussi par l'histoire personnelle de chaque individu (sa formation, son éducation, sa famille, son tissu social, ses réseaux relationnels, ...). Les appartenances étant aujourd'hui multiples et changeantes, définir qui l'on est nécessite une opération cognitive complexe impliquant à la fois la position présente (ce que l'on fait à un moment donné), la trajectoire antérieure (sa formation, ses expériences passées) et l'anticipation d'un avenir probable ou d'un champ des possibles (ce à quoi on prétend dans l'avenir)⁴³. Il faut donc à la fois négocier cette définition avec ses partenaires actuels et « *trancher avec soi même parmi plusieurs lectures possibles de la carrière* ».

L'articulation de ces temporalités permet de se construire une identité soit en continuité, soit en rupture avec son passé si celui-ci n'est pas valorisé par les autres.

Les sphères du travail, de l'emploi, de la formation sont aussi des domaines essentiels à la construction de l'identité sociale. Sans réduire les identités sociales à des statuts d'emploi ou à des niveaux professionnels, l'identité professionnelle semble, pour C. Dubar⁴⁴, essentielle et fondatrice de l'identité individuelle. En effet, certains moments relevant de ces domaines sont décisifs dans la construction identitaire : l'école primaire, la sortie du système scolaire et surtout la confrontation au marché de l'emploi. C'est de

⁴⁰ LIPIANSKY E.M., *Comment se forment l'identité des groupes*, p. 15.

⁴¹ DUBAR C., *La crise des identités*, p 3.

⁴² DUBAR C., *La socialisation*, p. 112.

⁴³ DUBAR C., *l'articulation des temporalités dans la construction des identités personnelles*, p. 209.

⁴⁴ DUBAR C., *La socialisation*, p.115.

l'issue de cette confrontation que dépend l'identification par autrui de ses compétences, de son statut, de sa carrière, et de la construction par soi de son projet.

Cette construction identitaire professionnelle de base constitue non seulement une identité au travail, mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir. Elle permet ainsi la mise en place d'une stratégie identitaire en mettant en jeu l'image de soi, l'appréciation de ses capacités, la réalisation de ses désirs. Cette identité professionnelle « *pour soi*⁴⁵», confrontée aux transformations technologiques et organisationnelles des entreprises est vouée à des ajustements et des reconversions successives.

Pour construire cette identité professionnelle, les individus doivent entrer dans les relations de travail, participer à des actions collectives et intervenir dans les jeux des acteurs. Les identités professionnelles se construisent alors au travers d'un jeu d'identifications aux pairs, au chef et aux groupes⁴⁶. La logique d'acteur caractérisée par ces types de relations donne lieu à quatre stratégies identitaires au travail : la fusion (forte identification au groupe, l'individu n'apparaît plus), la négociation (rapport assez fort au métier et la promotion interne), les affinités (valorisation du relationnel), le retrait (détachement du métier, l'identité se construit à l'extérieur)⁴⁷.

1.3 Méthodologie

1.3.1 Des entretiens pour dire et se dire

Ma méthode de travail s'appuie sur des entretiens et une recherche documentaire. Une grille d'entretien (voir annexe 1) m'a permis de structurer les entretiens semi-directifs. Elle a été conçue à partir des hypothèses et cherche à faire émerger les causes de résistances possibles, les perturbations organisationnelles ressenties et l'état de construction identitaire des membres du groupe. Après retranscription, l'analyse des entretiens a été réalisée par thème et par professionnel.

Cette exploration et l'interprétation qu'elle suppose nécessitent de composer avec les besoins à la fois de proximité du sujet et de distanciation. Etant issu d'une autre filière qu'infirmier et n'ayant jamais travaillé dans un bloc opératoire, ma posture de "candide" est de nature à faciliter un regard distancié.

⁴⁵ Ibid., p 4.

⁴⁶ SAINSEALIEU R., 1997, *L'identité au travail*, p. 307.

⁴⁷ DUBAR C., *La socialisation*, p. 211.

En dehors des personnels d'encadrement et de direction j'ai souhaité rencontrer des IADE et des IBODE de chaque établissement d'origine. Le choix de mes interlocuteurs a été réalisé, à la demande du directeur des soins de l'établissement, par l'intermédiaire du cadre de pôle responsable du secteur bloc opératoire. S'il a respecté mon souhait de rencontrer des paramédicaux des deux établissements historiques, il n'a pas été possible d'organiser de rendez vous avec le chirurgien chef de bloc (voir annexe 2).

Ma recherche documentaire, quant à elle, a mis en évidence le faible nombre de traces écrites sur la fusion (voir annexe 3). Ceci s'explique par la soudaineté et la rapidité des décisions prises. Aucun écrit institutionnel ne fait état des dispositions relatives au personnel ou à la gestion stratégique de cette restructuration inter-hospitalière. Seul un plan médical d'urgence a été établi.

1.3.2 Les limites de l'étude

Les limites méthodologiques de mon travail concernent d'abord le choix de l'établissement qui, fort de son histoire singulière, a su réussir cette fusion quelque peu précipitée. Cet exercice n'est sans doute pas transposable partout.

Ensuite le petit nombre de soignants interviewés et les critères de leur sélection ne permettent pas une approche exhaustive de la problématique des fusions de service, ne serait ce que par l'absence de médecin parmi les interlocuteurs.

Enfin, l'approche qui se veut essentiellement sociologique aurait pu être complétée par d'autres champs tels que la socio-psychologie ou la psychologie.

2 UNE EQUIPE RE-COMPOSEE D'ACTEURS STRATEGES

2.1 La fusion : du drame à l'opportunité

2.1.1 Des agents déstabilisés personnellement et professionnellement

Malgré les rumeurs anciennes, l'annonce de la fermeture des services de chirurgie, maternité et bloc opératoire a été ressentie par les agents du CH C comme un véritable « *raz de marée* » qui a provoqué d'abord une « *perte de moral* » puis un « *cauchemar* » rempli, pour eux, « *d'incertitudes et de mensonges* ».

La fermeture des services, première phase de ce transfert d'activité, a ainsi été vécue très douloureusement. Après le choc de cette fermeture imposée, les personnels qualifiés (IADE et IBODE) ont cumulé un sentiment de culpabilité et de faute justifiant leur impression de mise à la porte de l'établissement, avec des angoisses provoquées par les doutes et les incertitudes concernant leur devenir professionnel.

Les restructurations représentent un traumatisme par le fait qu'elles sont souvent associées à la disparition d'une organisation et d'une équipe « *qui étaient vécues avec tant de proximité et d'intimité qu'elles prennent une valeur de deuil*⁴⁸ ». La disparition brutale des normes de travail déstabilise les identités professionnelles d'abord et les identités individuelles ensuite qui, dans la logique émotionnelle du deuil font le lit de la culpabilisation. La rationalité des restructurations, « *ce projet rationaliste qui défie la raison*⁴⁹ », est à ce stade peu probante pour les agents. Chacun se questionne sur le sens, la pertinence de leur engagement professionnel et sur l'utilité de l'effort à produire dans un tel cadre⁵⁰.

La seconde phase est une période de transition caractérisée par les transferts des agents sur une durée d'un an. Si des doutes sont encore présents concernant l'échéancier précis : « *on ne savait pas quand on allait être pris* », d'autres interrogations signent une certaine projection dans le futur : « *j'avais peur de ne pas pouvoir, ou savoir, m'adapter dans le nouvel établissement* ». Enfin, les réorganisations personnelles ont été envisagées : « *j'ai 20 km de plus pour venir au travail* », « *les horaires de garderie n'étaient pas compatibles avec les futurs horaires de travail, j'ai du m'arranger.* »

Cette période du changement est une phase importante de négociations durant laquelle chacun redessine son territoire professionnel. Derrière les questions

⁴⁸ DUMOND J.P, *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions*, p. 99.

⁴⁹ Rapport MIRE, op. cit., p. 12.

⁵⁰ Ibid., p. 11.

d'organisation personnelle et de confort de vie, existent des interrogations sur la capacité à bien faire son travail, sur l'autonomie professionnelle, sur la reconfiguration des normes professionnelles dans la future équipe, comme nous l'avons vu précédemment.

Si certains agents ont le sentiment d'être perdants et de subir totalement la situation : « *dans une mutation choisie, on sait [le prix de la négociation], on est plus ouvert, là on n'a pas eu le choix : on a perdu notre prime d'astreintes purement et simplement* ». D'autres, au dire de l'encadrement, « *ont eut plaisir à venir travailler dans un service actif, en grande équipe* ».

Ainsi, malgré les inquiétudes, la fusion a aussi des aspects positifs. L'ambivalence du projet est fréquente et les anticipations concernant les compétences, les pratiques professionnelles et le travail en équipe s'avèrent être aussi positives⁵¹ pour nombre de personnes.

La prise de fonction représente le début de la dernière étape de la transition. Les quatorze mutations ont toutes été précédées d'un entretien d'embauche et se sont étalées sur une année « *pour éviter le sureffectif* ». Face à cette logique rationnelle de l'encadrement, le ressenti des agents met en évidence les incertitudes qui les préoccupent : « *Il a fallu montrer patte blanche* », autrement dit faire ses preuves tant face aux recruteurs qu'ensuite face aux nouveaux collègues de travail. « *On entendait plein de critiques sur notre ancien établissement* », et « *on ne savait pas quand allaient venir les autres* » : la stigmatisation ressentie s'ajoute à la difficile séparation de la famille d'avant. Enfin, « *il a fallu s'adapter aux façons de travailler des autres* ».

C'est à partir de cette étape que, rétrospectivement, mes interlocuteurs concernés par la mutation ont commencé à positiver leur récit, chacun ayant par la suite pris des responsabilités au sein de la nouvelle équipe (réfèrent de secteur, logisticienne). Après avoir subi la rupture, les individus semblent se reconstruire un projet, une identité. La confrontation aux autres, aux recruteurs et aux collègues, y a sans doute beaucoup contribué. Après le choc, la révolte, le marchandage et la dépression cette étape correspond à la phase de résolution dans le processus de deuil⁵². Plusieurs niveaux d'implication peuvent être observés : la résignation, l'acceptation fataliste et la construction ou mise en projet. Ces niveaux de résilience individuelle détermineront, avec le niveau de pouvoir de chacun dans les interactions de travail, les logiques et les stratégies d'acteurs⁵³ citées plus haut (la fusion, la négociation, les affinités, le retrait).

⁵¹ Pour 53% des soignants d'après DUMONT J.P., op. cit., p. 105.

⁵² BOURGEOIS M., *Deuil, clinique et pathologie*. Encyclopédie Médico Chirurgicale.

⁵³ SAINSEAULIEU R., op. cit., p. 336.

2.1.2 Des « anciens » compatissants et peu dérangés

Pour l'encadrement du site d'accueil, « *seules les infirmières non spécialisées [du site d'accueil] avaient peur de perdre leur poste, elles ont vite été rassurées* ». Ainsi, même si pour le cadre, « *toute l'équipe bouge dans une telle opération* », il n'y a pas eut de résistances majeures, « *seulement quelques réticences* ». Du côté des professionnels spécialisés, « *on compatissait, on aurait pu être à leur place* », l'esprit de corps et la culture métier a de toute évidence facilité l'intégration de collègues en souffrance.

Pour les cadres soignants la gestion de cette fusion, que l'une d'elles décrit comme une véritable « *phagocytose*⁵⁴ », s'est appuyée sur une stratégie de communication réaliste : « *on ne leur a pas raconté d'histoires, on a présenté les professionnels qui allaient venir et les échéances pour préparer l'accueil* », et sur la proximité de la direction des soins qui « *permettait un regard extérieur, à distance* ».

Ainsi, l'implication des IADE et IBODE en place, dans les réflexions sur les réorganisations à venir, a permis d'éviter les sentiments de surprise et de mise en danger de leur place et de leur identité sociale. Ces acteurs ont pu négocier et agir sur l'organisation envisagée du groupe, ils n'avaient dès lors pas de raison de résister au changement, même si ce dernier était imposé.

Au total, ma première hypothèse concernant la résistance des agents n'est pas validée dans la mesure où la participation et l'information des acteurs semblent désamorcer cette résistance au changement. Malgré tout, les agents "délocalisés" étant les plus déstabilisés, leur accompagnement précoce semble important pour les aider à effectuer le travail de deuil et à se réinvestir activement dans un avenir professionnel satisfaisant pour eux.

2.2 Des modifications organisationnelles réduites

2.2.1 Un groupe en construction autour du cadre

Agrandir une équipe de quatorze personnes, soit le quart de son effectif initial, n'est pas anodin en termes d'organisation et de répartition du travail. Il a fallu créer un « *nouveau cycle pour répartir les agents sur le planning* », répartir les équipes en fonction des chirurgiens et des appétences de chacun, créer les fonctions de référents de secteurs.

⁵⁴ Processus par lequel certaines cellules absorbent puis digèrent d'autres cellules. (Larousse 2003)

Ces changements organisationnels ont été réfléchis au sein d'un groupe pilote dans lequel siégeaient des représentants de chaque profession. Cette concertation « *nous a permis de faire passer certaines choses, mais pas tout !* », me confiait à regret un cadre qui ne souhaitait pas « *réveiller les cicatrices de la fusion précédente* ».

Au total, il semble que les modifications organisationnelles, pour les agents du site "accueillant", soient peu significatives : « *on est plus nombreux, c'est tout. C'est plus comme à l'usine maintenant* », et puis « *leur apport d'expérience est un enrichissement* ». Ainsi, les modifications organisationnelles semblent compensées par un enrichissement professionnel, confirmé par un sentiment de valeurs partagées : « *sur l'essentiel on est pareil, on a les mêmes valeurs* ».

L'ordre social d'un hôpital n'est pas seulement composé de règlements et de statuts, il faut y inclure tous les accords, tacites ou non, ainsi que les arrangements de travail qui se font de façon concrète. Cet « *ordre négocié*⁵⁵ » de l'hôpital n'est pas figé, c'est un processus de donnant-donnant, de diplomatie et de marchandage. Tout changement qui se heurte à cet ordre social (arrivée d'un nouveau membre, d'une nouvelle technique) imposera une renégociation et une réévaluation des accords. La fusion d'équipe, dans ce contexte relationnel en perpétuelle recherche d'équilibre, impose bien une renégociation, mais celle-ci semble, ici, noyée parmi les négociations quotidiennes. Elle ne provoque, en tous les cas, que peu de conséquences pour les professionnels "accueillants". Deux éléments peuvent être facilitateurs : d'une part l'adaptabilité permanente dont doivent faire preuve les équipes de bloc opératoire face aux aléas, et d'autre part le type de management participatif adopté dans ce projet par l'encadrement. Les résultats (non totalement satisfaisants pour le cadre) de cette négociation signent la réalité de la transaction et la capacité des agents à influencer leur future organisation, condition pour essentielle de l'acceptation du changement par les acteurs, comme nous l'avons vu précédemment.

La référence à l'usine, en parlant de la nouvelle équipe, peut traduire le ressenti des soignants face à la rationalité qui s'impose, celle de la productivité, du rationnement, de la procédure⁵⁶. Cette allusion désabusée au secteur industriel montre l'ambivalence de l'acceptation à l'hôpital des valeurs de gestion, d'efficacité et d'efficience. De plus elle appuie l'éloignement de "l'esprit de famille" qui régnait dans les équipes précédentes, plus petites. Plusieurs des interlocuteurs, qu'ils soient "accueillants" ou "délocalisés", m'ont fait part de leurs regrets de leur ancienne équipe, « *plus familiale* ». Même, « *les sept qui ont créé le service il y a 20 ans, regrettent cette époque de petite équipe* » m'a-t-on confié. Si dans les équipes restreintes la communication informelle entre infirmière et

⁵⁵ STRAUSS in CARRICABURU, *Sociologie de la santé*, p. 30.

⁵⁶ SAINSEULIEU I., op. cit., p. 97.

chirurgien pouvait se faire aisément, voire spontanément, (certains chirurgiens étaient d'ailleurs très à l'écoute de leurs panseuses⁵⁷) le passage à des équipes plus nombreuses tend à complexifier la communication et implique un fonctionnement plus systématique et formel. La création des conseils de bloc relève, pour partie, de cette problématique.

Enfin, un étalonnage des valeurs a été réalisé par les professionnels eux même, et en arrivant à la conclusion « *on est pareil* » les personnes "accueillantes" valident la conformité au groupe des "nouvelles". Les valeurs professionnelles sont ainsi partagées et les règles ont été discutées et amendées puis acceptées. Cette dynamique de connaissance et de reconnaissance de l'autre nous semble largement induite par le travail déterminant, bien que peu visible, des cadres. Ces cadres qui « *assurent la cohérence entre les règles définies pour tous et chacun*⁵⁸, » ces cadres dont le travail de lien est essentiel avec la mise en relation, avec leur rôle de médiateur, d'intermédiaire entre des logiques individuelles, des logiques professionnelles et des logiques de groupes. Des managers, véritables catalyseurs au confluent tumultueux des différents pouvoirs administratifs, médicaux, syndicaux et citoyens (usagers), qui sont de fait « *l'organe d'intégration du groupe en tant que référents symboliques de l'autorité du père*⁵⁹ », à la fois garant de la règle et protecteur.

2.2.2 Des fusions d'équipes qui ne se ressemblent pas

Si, au dire de tous « *l'intégration s'est bien déroulée* », chacun des interlocuteurs a fait une comparaison avec la fusion précédente qui a marqué les mémoires : « *cette fois-ci les praticiens n'ont pas résisté* ».

Les coopérations mises en place bien en amont de la fusion ont permis à plusieurs chirurgiens d'intervenir régulièrement dans le bloc du CH C, et ainsi de se faire connaître et d'en connaître l'équipe. Ce brassage initial a certainement permis de réduire les craintes réciproques.

Les médecins ont, en effet, un rôle central dans les opérations de restructurations tant du fait de la place qu'ils occupent dans les structures de planification au niveau régional (SROS) que de leur place dans l'établissement (CME). L'adhésion minimale de la CME au projet, ou au moins sa non-opposition, apparaît indispensable à sa réussite⁶⁰. Leur influence ne se limitant pas aux murs de l'hôpital, les alliances politiques peuvent être très actives, jusqu'à mobiliser la population (comme il y a 10 ans sur ce site).

⁵⁷ POUCHELLE M.C., op. cit., p. 137.

⁵⁸ BOURRET P., *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, p.167.

⁵⁹ ANZIEU D., op. cit, p. 60.

⁶⁰ VINCENT C., *Les syndicats face aux restructurations hospitalières*, p. 76.

Dans cette fusion, personne ne voulant revivre les difficultés de la fusion précédente, médecins, directeurs et cadres ont tenu des discours homogènes, et ont tous positivé cette restructuration.

Contrairement à ma seconde hypothèse, les membres de l'équipe du bloc opératoire que j'ai rencontrés n'ont pas été remis en cause dans leurs organisations de travail lors de la fusion avec une autre équipe paramédicale. La culture d'adaptabilité des équipes de bloc, le discours structurant et rassurant des politiques et des directions (gestionnaire et médicale), mais aussi le management participatif des cadres du service ont certainement facilité l'acceptation du changement.

2.3 Une construction identitaire en cours

2.3.1 Un nouvel équilibre transactionnel au sein de la jeune communauté

Pour l'encadrement l'intégration semble réalisée : « *avant il y avait ceux du CH C et les autres, maintenant c'est fini, les clivages sont effacés !* », comme pour les agents concernés : « *on est aussi intégré qu'on l'était au CH C, professionnellement il n'y a pas de différence* », « *on est solidaire* ». D'ailleurs, précise un cadre « *à chaque sortie de service tout le monde est présent !* ».

Un an après la fusion, la cohérence professionnelle du groupe semble acquise. Les "anciennes" ont été rassurées et plusieurs "nouvelles" se sont impliquées dans des fonctions à responsabilité au sein du service (référent hygiène ou de secteur, logisticienne).

Célèbres à l'hôpital, les sorties du bloc contribuent à la cohésion de l'équipe autour de la hiérarchie, médicale ou paramédicale⁶¹. La solidarité du groupe, qui apparaît ici sous forme de camaraderie, signe le processus identitaire des agents⁶² en cours de construction. La construction de l'identité apparaît ainsi à la fois comme une construction d'une image de soi, un sentiment de participation à un groupe social plus ou moins organisé, et une acceptation des valeurs et significations. A la fois imposée et inculquée au travers des attributions d'étiquettes et de statuts (identité pour autrui), acceptée et intériorisée à travers le sentiment d'appartenance (identité pour soi)⁶³. Dans les interactions sociales, l'identité pour soi et l'identité pour autrui se confrontent et se nourrissent.

⁶¹ SAINSAULIEU I., op. cit., p. 146.

⁶² SAINSAULIEU R., op. cit. p. 40.

⁶³ DUBAR C., *La socialisation*, p. 236.

Que les interactions sociales soient de l'ordre de la complémentarité ou du conflit, il en résulte des stratégies identitaires par lesquelles le sujet tend à défendre son existence et sa visibilité sociale, son intégration à la communauté, en même temps qu'il cherche à se valoriser et recherche sa propre cohérence. Dans ce jeu de forces sociales, les nouvelles identités se façonnent au contact des autres à la fois par l'identification aux pairs et au chef⁶⁴.

Pour R. Sainsaulieu, l'identité au travail, qui dépend des conditions d'accès au pouvoir dans les interactions de travail, détermine des stratégies individuelles qu'il regroupe en quatre tendances (citées plus haut). Il semble que les personnels qualifiés que sont les IADE et IBODE ont les moyens « *d'affirmer leurs différences, de négocier leurs alliances et leur reconnaissance sociale*⁶⁵ ». Elles valorisent ainsi le modèle identitaire de la négociation qui alimente un rapport structurant au travail sur les plans cognitifs et affectifs. Cette homogénéité de formation, d'identité professionnelle, cette véritable appartenance de classe, est sans doute un élément facilitateur dans cette recomposition d'équipe de bloc opératoire et la nécessaire négociation du changement.

2.3.2 L'élaboration de bulles personnelles pour se protéger de l'environnement

Paradoxalement, si l'intégration professionnelle a été rapide (6 mois d'après le directeur des soins), les "nouveaux" décrivent une limite dans leur implication relationnelle au sein de l'équipe : « *le transfert m'a coupé les jambes, ici je fais mon travail, c'est tout* », ou encore au sein de l'établissement : « *on reste enfermé dans notre bloc, je ne me sens pas impliqué par la vie de l'établissement* ». Les "anciennes" parlent aussi des difficultés à se connaître, « *professionnellement on est solidaire, par contre humainement je ne connais pas tout le monde.* »

Ainsi "l'intégration", au sens du métissage, semble réalisée. Par contre la "fusion", au sens de la disparition des deux composants pour se transformer dans une nouvelle combinaison unique, n'est peut être pas encore aboutie. La question du "temps social" peut ainsi être interrogée.

Il est statistiquement possible de définir la durée de un à vingt ans⁶⁶ (7 ans en moyenne) pour la réalisation technique d'une fusion (nouvel organigramme, nouvelles organisations, nouvelles instances,...). A contrario, la complexité de la construction de l'identité professionnelle rend l'estimation de sa durée difficile à établir. La construction identitaire n'est en effet pas le simple passage d'un état A à un état B. Elle fait appel,

⁶⁴ SAINSAULIEU R., op. cit., p. 307.

⁶⁵ Ibid., p. 338.

⁶⁶ BICHER E., *Enquête à propos de 106 opérations de restructurations hospitalières*, p. 3.

pour C. Dubar⁶⁷, à trois temporalités : une temporalité immédiate vécue dans notre corps comme histoire singulière (marquée par des événements intimes comme la souffrance ou la joie), une seconde temporalité intersubjective impliquant des relations, des filiations, des alliances et des ruptures (des appartenances spécifiques), et une troisième temporalité dite biographique qui relie les précédentes à une conception globale de notre histoire personnelle, dans notre vision du monde. Ainsi pour cet auteur, le temps social, en tant qu'ensemble de repères permettant la coordination successive des actions et des acteurs n'est ni linéaire, ni homogène, ni unifié. Le temps d'une réalisation, d'une action déterminée (comme la fusion de services) n'est pas le temps d'une organisation, d'un système d'acteurs. La prise en compte du temps social comme articulation des temporalités à l'œuvre dans l'action collective renforce l'approche de la construction identitaire comme un processus dynamique qui se construit et s'actualise sans cesse.

La construction personnelle au sein du groupe peut aussi expliquer cette distanciation des acteurs du groupe. J.P. Dumont⁶⁸ s'appuie sur D. Anzieu pour décrire la création, dans les activités professionnelles, d'une sorte d'enveloppe psychique composée d'éléments appartenant à l'organisation (des objets, des sons, des savoir-faire, des normes, des personnes, ...) qui progressivement deviennent personnels jusqu'à acquérir une valeur identitaire. L'identité se construirait ainsi plus à la périphérie du sujet qu'en son centre.

Cette enveloppe formerait un espace personnel protecteur à l'intérieur duquel l'activité professionnelle peut se développer. Il est possible de penser que la transformation de ces enveloppes personnelles, au cours des restructurations, varie en intensité et en durée en fonction de la déchirure vécue.

La modification évidente des identités groupales et individuelles confirme ma troisième hypothèse. Les fusions de services deviennent ainsi un enjeu majeur dès lors qu'elles remanient les places des acteurs de l'organisation, les règles formées par le collectif de travail ainsi que les attaches identitaires.

⁶⁷ DUBAR C., *l'articulation des temporalités dans la construction des identités personnelles*, p. 210.

⁶⁸ DUMOND J.P, *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions*, p. 118.

3 LE DIRECTEUR DES SOINS ELEMENT PIVOT DU PROCESSUS

Notre observation et son analyse nous conduisent à mettre en perspective notre étude riche en enseignements. Nos préconisations, qui n'ont pas la prétention de suppléer l'absence actuelle de doctrine managériale sur le sujet, sont à resituer dans les limites de notre enquête et de son analyse. Elles concernent les trois niveaux de la ligne hiérarchique soignante : le rôle politique du trinôme directeur, président du CA et président de la CME ; le rôle stratégique du directeur des soins ; le rôle opérationnel des cadres.

3.1 Les décideurs donnent le sens et la direction de l'action

3.1.1 Un leadership collectif pour une approche politique et stratégique

La tutelle, à travers l'ARH, est dans notre cas d'étude (comme souvent), à l'origine de la décision de fusion. Si son soutien paraît indispensable, son rôle d'intermédiaire et de médiateur doit tenir compte des équilibres politiques locaux et régionaux pour ne pas favoriser les débordements plus passionnels que rationnels.

Le trinôme composé du directeur de l'établissement, le président de la CME et le président du CA représente l'élément moteur de la démarche. L'alliance entre ces trois personnes représente le premier temps fort de la démarche politique qui doit positionner l'établissement. Des accords politiques sont à passer entre les communes concernées, des consultations et des délibérations d'instances sont à réaliser en intra (CA, CME, CTE, CSIRMT) ainsi qu'en dehors des murs de l'établissement (CROSS). Le directeur, souvent identifié comme « *le promoteur du changement*⁶⁹ », doit s'appuyer sur son équipe de direction pour les aspects techniques (financiers, ressources humaines, juridique, organisations). C'est pourquoi une fusion est ressentie par certains directeurs d'établissement comme un travail essentiellement relationnel et marginalement technique⁷⁰. Le président de la CME doit, lui, fédérer l'ensemble du corps médical autour du projet médical afin de permettre l'implication rapide des médecins dans le processus de changement. Cette implication médicale représente un des moteurs de la réussite⁷¹. Le président du CA, maire de la ville, doit convaincre les élus du bien fondé de l'opération (en termes de réponse aux besoins de santé de la population) pour obtenir le soutien de

⁶⁹ MINVIELLE E., *La conduite du changement, quelles leçons à tirer de la restructuration hospitalière ?*, p. 38.

⁷⁰ FORCIOLI P., *rapport du GERES sur la fusion et regroupements d'établissements publics de santé*, p. 17.

⁷¹ BICHIER E., *op. cit.*, p. 8.

la population. L'histoire de notre cas d'étude montre que l'hôpital peut devenir l'instrument d'un jeu politique qui rend impossible la fusion ou qui la retarde considérablement.

L'enjeu de ce trinôme sera de « *nouer des alliances pour créer un leadership collectif*⁷² », il doit s'appuyer en interne sur les relais que sont l'équipe de direction, les cadres, les médecins, les partenaires sociaux.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, a par sa vision transversale et son positionnement en matière d'organisation, de qualité et de sécurité des soins, un rôle déterminant dans l'analyse stratégique qui doit confronter un diagnostic interne (des forces et des faiblesses de la structure) avec l'analyse externe des opportunités et des menaces liées à l'environnement. Réalisée avec l'ensemble de l'équipe de direction et le corps médical, cette analyse doit conduire à prendre les décisions du changement, à formuler le projet et à l'argumenter.

3.1.2 Le moyen d'action phare : la communication

La communication élargie aux agents des établissements, aux partenaires sociaux, à la population locale et aux médias semble être un des éléments majeurs du management stratégique d'une fusion.

Il paraît indispensable de s'appuyer sur des objectifs clairs et partagés par la majorité des acteurs concernés pour présenter la pertinence de l'opération, les objectifs visés et la méthode pour les atteindre. Il s'agit par cette action d'asseoir durablement la légitimité de la fusion. Il semble que plus le discours sera précis et compréhensible par tous, plus les rumeurs seront évitées.

La communication vise à donner du sens à cette opération de fusion et à toutes les décisions qui la concerne. Le fait que la réalité ne prenne sens qu'à travers la prise de conscience de celui qui la regarde⁷³ explique les interprétations différentes des messages selon les personnes et les situations. Pour créer un sens partagé, la communication doit alors entretenir un processus de connaissance et d'ajustements réciproques. C'est à cette condition que la communication développera la cohérence institutionnelle.

La communication interne qui doit de manière pragmatique rassurer et fédérer les acteurs pour les mobiliser dispose de différents moyens classiques tels que les réunions, le journal interne, Intranet. L'échange de professionnels entre les deux établissements, avant la fusion, nous semble, comme dans notre cas d'étude, un moyen particulièrement

⁷² MINVIELLE E., op. cit. p 46

⁷³ GENELOT D., *Manager dans la complexité*, p. 189.

intéressant pour établir une communication directe, pour se connaître mutuellement et élaborer des représentations concordantes de la « *nouvelle réalité*⁷⁴ » en construction.

La communication externe cible, elle, l'identification de la nouvelle structure vers le grand public ou bien les professionnels de santé extérieurs à l'hôpital. Le plan média devra valoriser les impacts positifs en termes de santé publique.

Le directeur des soins a un rôle important dans la communication auprès des personnels soignants. Que ce soit à travers les instances auxquelles il participe ou bien à travers la Commission des soins infirmier, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) qu'il préside. Il doit, à la fois, être en mesure d'apporter des informations claires et explicites dans son domaine de compétence et, à la fois, être suffisamment ouvert pour prendre en compte les avis donnés et laisser ainsi aux agents des espaces de créativité. Il doit communiquer stratégiquement, pour limiter les résistances au changement, en présentant un projet suffisamment précis pour rassurer et permettre aux acteurs de se projeter dans l'avenir, tout en étant ouvert aux propositions et améliorations de ceux-ci afin de leur permettre de s'impliquer dans le projet.

Si la forme de la communication doit être de nature à éviter les incertitudes, les rumeurs et les blocages, le fond du discours doit être basé sur la sincérité afin d'établir un climat de confiance indispensable à ce changement majeur dans lequel tous les acteurs sont interdépendants. Les agents doivent trouver une cohérence entre les messages délivrés par la communication institutionnelle et ceux délivrés par l'encadrement.

La présence du directeur des soins auprès des cadres et des agents est une forme de communication en soi qui aide les agents à se sentir reconnus dans les difficultés qu'ils traversent.

3.2 Le rôle stratégique du directeur des soins

3.2.1 Le pilotage sensible du changement

En plus d'être une ressource au sein de l'équipe de direction, le directeur des soins a un véritable rôle propre au cœur des restructurations.

A) La gestion des temporalités

La gestion des temporalités est essentielle au pilotage stratégique d'une fusion. Si les délais prévisionnels et le respect des échéanciers représentent des repères importants autant pour la planification des gestionnaires que pour la mise en perspective

⁷⁴ Ibid., p. 44.

des agents, il est certain que la notion de temps varie selon le type d'acteur (médecins, soignants, tutelles, gestionnaires, élus). La gestion des temporalités suppose négociation et anticipation pour renforcer leur impact sur le déroulement de l'opération.

L'habileté managériale de l'équipe de direction et particulièrement celle du directeur des soins se situe ainsi dans sa capacité à temporiser ou à accélérer pour que le changement épouse un rythme approprié aux circonstances.

Dans notre cas d'étude, des partenariats ont été développés entre les deux établissements bien avant la décision finale de l'ARH. Cette anticipation a permis de donner du temps au directeur des soins, aux médecins et aux agents pour construire des pratiques communes, des rencontres, des formations partagées. La rapidité de la réalisation de cette fusion (un mois et demi) et son succès sont sans doute étroitement liés à ce travail en amont.

B) La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Le directeur des soins a aussi un rôle important, avec le directeur des ressources humaines, dans la gestion des emplois et des compétences (GPEC). Il s'agit, au niveau collectif, d'anticiper les évolutions des besoins en postes, en métiers et en compétences au niveau du service restructuré, en tenant compte des évolutions prévues de l'ensemble de l'institution. Confrontée aux ressources humaines disponibles cette évaluation des besoins permet d'établir le plan de recrutement et le plan de formation en lien avec les différents budgets prévus à cet effet.

Au niveau individuel l'enjeu de la GPEC est de faciliter l'intégration et l'adaptation du personnel tout en se préoccupant individuellement du devenir de chacun. Les professionnels spécialisés, comme les IADE et IBODE, peuvent être en difficulté face au faible choix de postes correspondants à leurs compétences. La négociation peut mobiliser la formation qui est un moyen privilégié pour l'accompagnement individuel, mais qui doit rester un outil au profit du développement tant du service que des agents.

Là encore, la question du temps est importante pour permettre au directeur des ressources humaines et au directeur des soins de gérer, lors d'une fusion de service, un afflux de compétences et de personnes que les départs "naturels" en retraite ou pour mutation ne compensent pas.

3.2.2 Une reconstruction identitaire à accompagner

La réalisation d'entretiens d'embauche systématiques pour les agents transférés nous semble être une bonne stratégie pour valoriser et reconnaître les compétences, en affichant explicitement qu'aucune mutation ne se fera par défaut. Si cet entretien est un acte un peu rituel de gestion des ressources humaines, dans le cadre d'une fusion il

prend un sens considérable de reconnaissance de la compétence et de la motivation de l'agent. Ceci nous semble être fondateur de la reconstruction de l'identité professionnelle. En favorisant les liens avant le transfert, le directeur des soins et l'équipe d'encadrement ont permis aux acteurs de se connaître. La validation institutionnelle des compétences des professionnels permet la reconnaissance de ces agents, facteur avéré de la motivation au travail et de la fidélité du salarié vis-à-vis de son employeur. « *Se connaître et se faire connaître sont les préalables pour se faire reconnaître*⁷⁵ ». Dans notre cas d'étude, cette reconnaissance institutionnelle a, sans aucun doute, participé à l'intégration des "nouveaux" ainsi qu'à leur reconstruction identitaire en les rendant visibles aux yeux d'autrui et en les valorisant. Ce qui ne serait pas le cas si les mutations se déroulaient par défaut.

L'accompagnement des cadres par le directeur des soins est essentiel pour la réussite du projet. Au-delà des bilans d'étape permettant de suivre l'avancée de l'échéancier, le temps d'échange avec les cadres semble indispensable pour prendre en compte leurs difficultés de terrain et leurs ressentis d'acteurs afin de procéder à des adaptations ou des changements de stratégies. Ces rencontres doivent aussi nourrir les cadres des informations qui leur sont nécessaires pour garder le cap institutionnel et surtout continuer à être les leaders dans leur service pour des professionnels qui doivent pouvoir, comme nous l'avons vu précédemment, leur faire confiance et s'identifier à eux pour construire leur identité professionnelle.

Enfin, la fonction transversale du directeur des soins permet d'apporter aux cadres une vision plus globale de l'établissement et de conserver une cohérence institutionnelle tant dans les organisations que dans la construction identitaire.

« *La crispation sur les identités*⁷⁶ » que ce soit au titre du métier, de la spécialité ou bien au titre du service peut provoquer une défense des frontières et conduire au repli sur soi ou sur le service. La notion d'identité comporte deux faces : l'unité (ce qui est identique dans le rapport aux autres) et l'unicité qui renvoie à ce qui est distinct, spécifique, unique chez chacun⁷⁷. Si l'identité est perçue uniquement dans cette seconde dimension, celle de l'unicité, elle provoque alors une crispation, un repli sur soi, c'est-à-dire le moi unique.

L'irréductible singularité de toute identité ne doit pas faire oublier l'autre dimension qui permet de passer du rapport à soi-même au rapport à l'autre permettant ainsi de dépasser les frontières qui enferment sur soi-même ou sur un groupe.

⁷⁵ LOZANO V., *Connaissance et reconnaissance de la kinésithérapie hospitalière*, p. 10.

⁷⁶ HERREROS G., *L'hôpital à l'épreuve des réformes*.

⁷⁷ TAP P., *Marquer sa différence*, p. 65.

Le directeur des soins et les cadres du bloc opératoire, service par définition isolé, doivent être vigilants sur cette question de l'identité (de personnels spécialisés qui plus est) qui peut dériver en logique de fermeture et de repli sur soi. La construction de l'identité professionnelle nécessite, de se confronter aux membres du groupe de proximité, mais aussi aux autres groupes de l'établissement. Ce qui ne semble pas totalement acquis dans notre étude de cas.

3.3 L'encadrement de proximité : un levier pour le changement

Le rôle de l'encadrement est déterminant dans la réussite du projet de fusion tant pour élaborer les nouvelles organisations que pour accompagner les agents dans leur reconstruction identitaire.

3.3.1 Un processus travail complexe à gérer

Bien que nous l'ayons pas observé sur le terrain, plusieurs études⁷⁸ montrent que même avec un management soucieux de prendre en compte les dimensions sociales, les aspects liés aux pratiques de travail demeurent souvent peu traitées. Seuls les aspects formels relatifs à la gestion classique du personnel étant abordés, les régulations durant la période de transition se trouvent implicitement reportées sur le personnel. Dès lors, la prise en charge spontanée des problèmes d'organisation par les agents, en pleine action et souvent face au patient, provoque une augmentation de la charge cognitive (burn out), des tensions psychiques et de la pénibilité au travail. Un sentiment d'insatisfaction peut se développer alors, les personnels se trouvant en porte à faux entre leur pratique et la représentation qu'ils ont de leur mission. Au-delà de la gestion sociale du personnel, c'est la gestion du processus travail qui est ici en cause.

La fusion représente un moment privilégié pour analyser les organisations des soignants et saisir l'impact du jeu des acteurs avant de redessiner ces organisations de travail. Les cadres peuvent être mis en difficulté entre un nombre important de problèmes pratiques dus à la restructuration et une forte propension des hospitaliers à la régulation informelle des organisations de travail. L'ordre négocié, dont nous avons fait état plus haut, doit l'être de manière le plus explicite possible. Pour cela, les cadres doivent ainsi avoir le temps et la volonté, avant et pendant la fusion, de travailler sur les organisations fines avec les acteurs médicaux et paramédicaux.

⁷⁸ RAVEYRE M., *Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission*, p. 110.

Attention, toutefois, à ne pas chercher à tout résoudre ou bien à vouloir dessiner une organisation finie et figée qui scléroserait le service. Dans le contexte de l'hôpital où la complexité et l'incertitude vont croissantes, les organisations sont en perpétuelle adaptation, en perpétuelle recherche d'équilibre. Ces organisations qui sont contingentes⁷⁹ doivent ainsi rester évolutives. Les équipes et leurs cadres doivent, pour articuler les différentes logiques qui s'imposent à eux, envisager le traitement de l'imprévu et de l'instabilité.

Fort de son rôle stratégique et de sa vision transversale de l'établissement, le directeur des soins doit aider les cadres à adopter une vision globale des problématiques d'organisations et à mettre en place des processus de transformation permanente de celles ci.

3.3.2 Un travail de liens complexes et invisibles à guider

Une fusion de service est un long processus chargé d'imprévus et d'incertitudes qui nécessite une adaptation permanente au changement. Ainsi, les cadres de santé, pour manager et accompagner leur équipe dans un contexte complexe doivent articuler de nombreuses logiques divergentes.

Au carrefour des lignes hiérarchiques historiques de l'hôpital (médicale, administrative et soignante), les cadres doivent aujourd'hui articuler le niveau micro de leur service avec le niveau macro de l'établissement, des politiques de santé, des politiques de l'emploi, des droits des usagers, ... Dans le cadre d'une fusion, ils doivent faire du lien entre des lieux géographiques et des identités différentes, entre les différents niveaux structurels et hiérarchiques de leur institution, entre le groupe qu'ils encadrent et le reste de l'institution, entre les membres du nouveau groupe, entre le passé de chacun, le présent et l'avenir individuel et collectif. Bref, dans un tel système complexe, « *l'art du management consiste à distinguer et à articuler les différentes logiques conjointement à la recherche et à l'expression de cohérence et de sens en tant que finalités partagées*⁸⁰ ». Pour ce faire, chaque professionnel doit pouvoir développer son projet professionnel tout en contribuant au projet collectif.

Les cadres doivent faire tenir ensemble plusieurs mondes, ce qui les oblige à comprendre chacun d'eux et à assurer une activité de traduction d'un monde à l'autre⁸¹.

Considérant ce rôle déterminant pour la réussite d'une fusion, il nous semble important, en tant que directeur des soins, de maintenir un contact rapproché et régulier avec ces

⁷⁹ GENELOT D., op. cit., p. 234.

⁸⁰ Ibid., p. 213.

⁸¹ BOURRET p., op. cit., p. 269.

tisseurs de liens afin de nourrir réciproquement la conduite du projet de fusion en validant les décisions à prendre, en argumentant les arbitrages, en s'informant mutuellement. L'autonomie des cadres de santé ne doit pas être ressentie comme un abandon des supérieurs hiérarchiques, ils doivent se sentir guidés d'abord, par les orientations stratégiques, et épaulés ensuite.

De plus en termes de compétences, les cadres doivent faire preuve de "polyvalence" et mobiliser à la fois des compétences sociales, des compétences en analyse et compréhension des situations, des compétences en identification des enjeux. Ils doivent être capables pour cela de s'extraire des modes de fonctionnement habituels pour repenser leurs actions.

Dans cet esprit la formation peut être un moyen pour compléter ces compétences nécessaires, à condition d'avoir le temps de l'anticiper par rapport à la fusion. Elle peut se réaliser soit de manière conventionnelle à partir d'un thème défini ou bien sous forme de "retours d'expériences" avec des équipes ayant déjà réalisé une fusion de service, ou encore sous forme d'un "parrainage" par un cadre ayant l'expérience et les compétences. Dans tous les cas « *une opération de fusion est longue, usante par l'investissement psychologique qu'elle requiert*⁸² », l'accompagnement des cadres par le directeur des soins nous semble indispensable pour éviter l'usure de l'encadrement et pour garantir le bon déroulement et la réussite de la fusion.

Toutes ces préconisations ne prétendent pas à l'exhaustivité. Elles devront être complétées par les mesures spécifiques adaptées au contexte singulier de chaque opération de fusion.

En tout état de cause, l'évaluation de cette fusion devra être réalisée à distance. L'absence de référentiel d'évaluation national obligera l'équipe de direction à définir des critères d'évaluation localement.

⁸² MINVIELLE, Op. cit., p. 51.

4 Conclusion

Les restructurations ne sont plus "réservées" aux entreprises privées et l'hôpital public est aujourd'hui largement confronté à cette question. L'aspect humain étant la principale difficulté à surmonter lors de ces opérations⁸³, la question se pose alors de savoir s'il faut envisager les restructurations comme un processus "naturel" de son développement sur le long terme. Il faudra, dans ce cas de figure et comme le préconise un rapport de la commission européenne⁸⁴, adapter la politique de gestion des ressources humaines à la gestion de ces événements de manière proactive et non plus comme des "accidents" ou des "crises". Une telle démarche suppose, pour prendre en compte les préoccupations principales des salariés durant les périodes d'instabilité, à savoir le stress et l'employabilité, d'anticiper les conséquences d'une restructuration en développant la promotion de la santé au travail et de la formation.

Ce rapport préconise ainsi de légiférer au niveau européen afin d'affirmer la « *responsabilité sociale des entreprises* ».

Si l'hôpital public est souvent dépeint comme une bureaucratie lourde et hypertrophiée⁸⁵, et souvent stigmatisé dans les médias qui ne parlent que des restructurations conflictuelles, force est de constater qu'une large majorité des agents considèrent les restructurations comme « *un évènement positif*⁸⁶ », à tel point que 81% des présidents de CME seraient prêts à se ré-investir dans un tel projet⁸⁷.

Les fusions de services n'en restent pas moins des épreuves dont il convient de ne pas banaliser les retentissements sur la vie au travail et la vie hors travail des professionnels concernés. Les clefs de la réussite de ces opérations complexes sont la communication, la gestion du temps et la capacité de l'encadrement à contenir une situation où les individus sont relativement perdus.

La communication doit permettre un échange réciproque d'informations. Elle doit permettre l'expression des agents et des cadres et surtout doit servir de base à une négociation indispensable à l'acceptation du changement.

La gestion du temps doit permettre l'anticipation (des nouvelles organisations, des formations), l'accélération ou le ralentissement du processus ainsi que l'étalement de certaines actions (le recrutement par exemple).

⁸³ BICHER E., op. cit., p 8.

⁸⁴ KIESELBACH T., *La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe*, p. 5.

⁸⁵ SANSAULIEU I., op. cit., p. 19.

⁸⁶ DUMOND JP., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions*, p. 104.

⁸⁷ BICHER E., op. cit., p. 4.

La question du leadership concerne les niveaux politique, stratégique et opérationnel de l'encadrement. Il s'agit pour cette équipe d'encadrement de savoir diriger en indiquant le cap à suivre, tout en sachant négocier et dialoguer en restant à l'écoute des professionnels.

Le directeur des soins a un rôle important dans la mise en œuvre de ces outils de pilotage des fusions.

D'un côté, pour le directeur de l'établissement, il est à la fois une personne ressource concernant l'analyse stratégique des organisations, et aussi un relais privilégié pour la communication et l'explicitation du sens institutionnel aux cadres soignants et aux personnels. La nouvelle loi HPST renforce cette légitimité en le faisant siéger au conseil de surveillance avec le directeur de l'établissement et le président de la CME.

D'un autre côté, le directeur des soins a un rôle de soutien auprès des cadres tant pour assurer un accompagnement dans la conduite du projet que pour rappeler et développer de manière transversale le sens commun qui, seul, garantit la cohérence institutionnelle.

La fusion d'équipes de blocs opératoires présente des particularités du fait de la composition de ses équipes, des activités très spécifiques et hautement techniques. Ces spécificités sont à prendre en compte mais ne semblent présenter que des difficultés surmontables. Par ailleurs, la forte identité métier de ces infirmiers spécialisés est un atout pour la recomposition du groupe professionnel, mais est aussi un facteur d'isolement par rapport aux autres services de l'établissement.

Enfin, les IADE et les IBODE doivent, comme les autres agents de l'hôpital, intégrer qu'aujourd'hui la sécurité de l'emploi garantie par le statut de fonctionnaire n'est pas synonyme de stabilité de poste. La mobilité professionnelle est maintenant une réalité que chacun doit intégrer et préparer.

Sources & Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- REPUBLIQUE FRANÇAISE, loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier de la fonction de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel n°95 du 23 avril 2002, 7187-7191.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, journal officiel n°301 du 28 décembre 2005.
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, journal officiel n°98 du 25 avril 1996, 6324-6337.
- DIRECTION DES HÔPITAUX, Circulaire DHOS/O/2004/N° 101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

OUVRAGES :

- ANZIEU D., MARTIN J.Y., 1997, *La dynamique des groupes restreints*, 11^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 397 p.
- BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations*, 5ème édition, Paris : éditions du Seuil, 382 p.
- BOURRET P., 2008, *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Paris : éditions Seli Arslan, 269 p.
- CARRICABURU D., 2005, *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin Editeur, 235 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : éditions du Seuil, 478 p.
- DUBAR C., 1998, *Sociologie des professions*, Paris : Armand Colin Editeur, 256 p.
- DUBAR C., 2000, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin Editeur, 240 p.

- DUBAR C., 2001, *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, 2^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 229 p.
- GENELOT D., 1998, *Manager dans la complexité*, 2^{ème} édition, Paris : INSEP édition, 363 p.
- POUCHELLE M.C., 2008, *L'hôpital ou le théâtre des opérations*, Paris : éditions Seli Arslan, 192 p.
- SAINSAULIEU R., 1996, *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, 3^{ème} édition, Paris : Presses de la fondation nationale des Sciences Politiques, 476 p.
- SAINSAULIEU Y., 2007, *L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalités*, Paris : éditions Belin, 267 p.

ARTICLES :

- BEDIER P., novembre-décembre 1999, « Former pour accompagner la fusion ». *Revue hospitalière de France*, n°6, pp. 62-65.
- BOURGEOIS M, VERDOUX H., 1994, « Deuil, clinique et pathologie ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Editions Techniques (Paris-France), Psychiatrie, 37-395-A-20, 8 p.
- CHEROUTRE S., avril 1999, « Accompagner les restructurations ». *Gestion hospitalières*, n°385, pp. 261-265.
- DEJOURS C., 1994, « Pour comprendre la résistance au changement », *Documents pour le médecin du travail*, n° 58, pp. 112-117.
- DOGUE M., novembre-décembre 1999, « Fusion d'établissements et formation ». *Revue hospitalière de France*, n°6, pp. 69-72.
- DUBAR C., 2005, « L'articulation des temporalités dans la construction des identités personnelles : questions de recherche et problèmes d'interprétation ». *Temporalistes*, N°44, [visité le 26 juin 2009], disponible sur Internet : http://temporalistes.socioroom.org/spip.php?page=archive&id_article=278/.
- DUMOND J.P., 2003, « Santé : où sont les pouvoirs ? Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Seve*, n°1, pp.71-81.
- DUMONT J.P., décembre 2006, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers ». *Sciences sociales et santé*, vol 24, n°4, pp. 97-125.
- FORCIOLI P., juin-juillet 2003, « Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux ». *Gestion hospitalières*, n°427, pp. 468-472.
- FORCIOLI P., novembre-décembre 1999, « Fusion hospitalière, mode d'emploi ». *Revue hospitalière de France*, n°6, pp. 22-35.

- FRIEDBERG E., 1988, « L'analyse sociologique des organisations », *revue POUR* n°28,122p.
- GABORIT M., novembre-décembre 1999, « Accompagner le personnel à l'ouverture d'un nouvel établissement ». *Revue hospitalière de France*, n°6, pp. 73-74.
- HERREROS G., novembre 2008, « l'hôpital à l'épreuve des réformes ». *Santé et sociétés* [en ligne], n°21, [visité le 26 février 2009], disponible sur Internet : <http://socioanthropologie.revues.org/document1003.html/>.
- LIPIANSKY E.M., mars 1995, « Comment se forme l'identité des groupes ». *Sciences Humaines*, n°48, pp. 13-19.
- LOZANO V., 2009, « Connaissance et reconnaissance de la kinésithérapie hospitalière », *Kinéscope* n°14, pp. 10-13.
- MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A.P., 2004, « La conduite du changement, quelles leçons à tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion* n° 150, pp.29-53.
- MONTESINOS A., 1996, « agressivité, violence et conflits au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, n° janv 96, pp.23-29.
- MOSSE P., 2001, « les restructurations : modèle ou succédané de politique hospitalière ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp.5-78.
- PENEFF J., 1997, « Le travail di chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n° 3/97, pp.270.
- RAVEYRE M. et al./, 2003, « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières», *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, pp.97-118.
- RAVEYRE M., 2005, « Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission », *Revue de l'IREs*, n°47, pp.95-115.
- TAP P. décembre 1996, « Marquer sa différence ». *Sciences Humaines*, hors série n°15, pp. 65-71.

RAPPORTS :

- BERCOT R., septembre 2007, *rapport sur le bloc chirurgical : diversité des pratiques et des articulations avec les autres services*, rapport réalisé pour le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 130 p.
- CAUVIN C., CREMADEZ M., DUMOND J.P., LION J., 2002, *Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations*, rapport pour la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRe), 119 p.
- DESAILLY-CHANSON M.A., Mars 2008, *rapport de mission au centre hospitalier de Carhaix*, rapport réalisé pour la DHOS, 40p.

- EUROPEAN NETWORKS OF EXPERTS, 2007, *Recommandations pour une gestion économiquement et socialement efficace des restructurations d'entreprises*, Projet MIRE sous la coordination de SYNDEX, 36 p.
- FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, 29 septembre 2005, *Position et propositions de la FHF sur l'évolution de la chirurgie publique*, communiqué du Conseil d'administration, 7 p.
- FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, Mars 2002, Rapport du Groupe d'Etude et de recherche sur les fusions et Regroupements d'Etablissements publics de Santé (GERES), 34 p.
- KIESELBACH T., JESKE D., 2008, *La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe*, Rapport HIRE pour le programme PROGRESS de la DG Emploi de la commission européenne, 80 p.
- KIESELBACH T., JESKE D., 2009, *Les restructurations d'entreprises et leur impact sur la santé : exemples d'approches innovantes en entreprise*, Rapport pour le fond social européen, éditeur : Monitoring Innovative Restructuring in Europe (MIRE), 45 p.
- MILON A., 15 avril 2008, *Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France*, sénateur rapporteur de la commission des affaires sociales du sénat, 50 p.
- MOSSE P, GERVASONI N., KERLAU M., 1999, *Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies*, rapport pour la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRe), 84 p.
- VALLANCIEN G., 3 avril 2006, *l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des Solidarités, 78 p.
- VINCENT C., VOLOVITCH P., 2002, *Les syndicats face aux restructurations hospitalières*, Rapport de recherche pour la DREES/MIRe, 125 p.

MEMOIRES :

- BORETTI F., 2007, *Stratégies d'accompagnement des équipes soignantes lors de restructuration hospitalières*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 51 p.
- CHEVILLARD M., 2008, *L'accompagnement des équipes soignantes dans la période de post-délocalisation d'un hôpital*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 33 p.
- DJENADI Z., 2005, *Le conseil de bloc opératoire : un levier d'action au service des nouveaux enjeux de l'hôpital*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 55p.
- DOUETTE M.C., 2005, *Les restructurations hospitalières : le rôle du directeur des soins dans les fusions de blocs opératoire*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 53 p.

- MEZROUH F., 2008, *Rôle du directeur des soins dans l'accompagnement des restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité*, mémoire de directeur des soins : EHESP ; Rennes, 35 p.

SITES INTERNET :

- BICHER E., 2005, *Enquête a propos de 106 opérations de restructurations hospitalières*, conférence nationale des présidents de CME, [visité le 15 mars 2009], disponible sur Internet :
- DEJEAN D., *Benchmarking blocs 2008*, [visité le 26 février 2009], disponible sur Internet : www.meah.sante.gouv.fr,
- DEXIA, 20 janvier 2009, *10 ans de restructurations hospitalières*, [visité le 7 juin 2009], disponible sur Internet :
http://www.dexiacf.fr/docs/fichiers/167901013CP_RecompositionsHospitalieres_2009_0120.pdf
<http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr/doc/Enquete-CMEdeCH.pdf>
- PASSETEMPS M.J., DEJEAN D., *Démarche de parangonnage des blocs opératoires*, ARH Bretagne, 16 janvier 2009, [visité le 26 février 2009], disponible sur Internet : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/bre/site.nsf>.

Liste des annexes

1. Grille d'entretien semi directif
2. Liste des personnes interviewées
3. Résultats de ma recherche documentaire

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN

Infirmiers, aides soignants, médecins, cadres, cadre sup

1. Recherche des causes de résistance de la part des nouveaux et des anciens

- Comment s'est passé, en 2007, la fusion des 2 services ?
 - Comment avez-vous vécu personnellement cette fusion ?
- Qu'est ce que ça a changé pour vous ?
- Qu'est ce qui a été le plus difficile pour vous ?
- 2 ans après, qu'est ce que vous en reprenez ?
 - Inquiétudes / espoirs ?

2. Perturbations de l'équipe ancienne ORGANISATION

- En quoi ce transfert a modifié l'organisation des soins ?
- Avez-vous des méthodes de travail différentes, des organisations ou des outils différents ?
 - Sont-elles harmonisées aujourd'hui ?
- Les conséquences sont plutôt positives ou négatives ?

3. Construction identitaire du groupe

- Vous sentez vous reconnue (intégrée) au sein de la nouvelle équipe ?
- Comment situez vous votre équipe au sein de l'établissement ?
- L'équipe est elle soudée aujourd'hui par rapport à ce qu'elle était il y a 3 ans ?
- Comment envisagez-vous l'avenir de cette équipe ?

GRILLE D'ENTRETIEN du Directeur des soins

1 et 2 idem,

3. Construction identitaire du groupe

- Comment situez vous l'équipe du bloc au sein de l'établissement ?
- L'équipe vous semble t elle soudée aujourd'hui ?
- Comment envisagez-vous l'avenir de cette équipe ?

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES LORS DES ENTRETIENS

Annexe 2

1. Entretien exploratoire

- Mme D : élève directeur des soins ayant participé à plusieurs restructurations d'hôpitaux.

2. Entretiens sur site

- Mme A. : IBODE ayant intégré l'équipe suite à la fermeture du bloc opératoire de son établissement d'origine.
- Mme G. : IADE ayant intégré l'équipe suite à la fermeture du bloc opératoire de son établissement d'origine.
- Mme L. : IBODE, agent de "l'ancienne" équipe déjà sur site.
- Mme P. : IADE, agent de "l'ancienne" équipe déjà sur site.
- Mme M. : cadre de santé IADE
- Mr C. : cadre de santé IBODE
- Mme L. : cadre supérieur de santé
- Mr B. : coordonnateur général des soins
- Mme K. : faisant fonction de directeur des soins
- Mr G. : directeur des affaires médicales
- Mr R. : directeur des ressources humaines.

Annexe 3

RESULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

1. Projet de pôle

Aucun projet de regroupement des blocs opératoires n'est signifié.

2. Projet de soins

Aucun projet de regroupement des blocs opératoires n'est signifié.

3. Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT)

Les procès verbaux des réunions du 4 mai 2007 et 19 juin 2007 ne sont consacrés qu'à l'élaboration du projet de soins.

4. Comité d'Hygiène, Sécurité et conditions de travail (CHSCT)

Aucune trace de la fermeture du bloc du CHC et du transfert d'activité et de personnel. Les procès verbaux de l'époque sont consacrés à l'avant projet sommaire du projet architectural de 2012.

5. Comité Technique d'Etablissement (CTE)

- CTE du 3 mai 2007 : « *le directeur adjoint de l'ARH n'a pas d'éléments indiquant que le CHC et le CH AB vont connaître des évolutions* ».
- Un CTE extraordinaire a été réuni le 5 juillet 2007 (l'ordre du jour unique concerne la fusion, réunion de 2h30). Le procès verbal précise :
 - Le CH C a reçu un rapport d'inspection sur le fonctionnement des activités chirurgicales le 11 mai 2007.
 - La réponse du CH C datée du 11 juin
 - La tenue d'une réunion réunissant ARH, CH AB et CH C
 - La prévision des transferts d'activité : 3/5ème de la maternité et 1 000 actes annuels de chirurgie.
 - La mise en œuvre d'un plan médical d'urgence comportant la phase immédiate (juillet, août et septembre) et la phase secondaire (après octobre jusque l'ouverture de la nouvelle maternité et bloc obstétrique du CH AB)

6. Plan Médical d'Urgence (juillet 07, mise à jour août 07, comité de suivi 13/11/07 et 11/01/09)

- Organisation de la répartition des activités entre les deux CH et du transfert des patients
- Mesures d'accompagnement (renfort des mensualités d'été)
- Cadre conventionnel et financier du plan médical d'urgence.