

Rubrique RECHERCHE ACTION

LES SOURCES DE STRESS CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POST-FUSION HOSPITALIÈRE

Boutheina Zouabi Ouadrani, Université de La Réunion et Sami Ouadrani, École d'Apprentissage Maritime de la Réunion

Résumé

Une fusion hospitalière peut engendrer des situations de stress chez les professionnels de santé. Dans cet article, nous étudions les fusions hospitalières et les sources de stress professionnel suivant une démarche méthodologique qui s'appuie sur l'analyse des entretiens semi-directifs portant sur un cas unique appuyé par des données secondaires. Les résultats de l'étude montrent que des situations de stress liées à des tensions de rôle émergent lors de la phase de post-fusion. Ainsi, la compréhension des sources de stress permet d'anticiper des outils managériaux.

Abstract

A hospital merger can cause stressful situations for healthcare professionals. In this article, we focus on hospital mergers and sources of professional stress following a methodological approach which is based on the analysis of semi-structured interviews relating to a single case study supported by secondary data. The results of the study show that stressful situations linked to role tensions emerge during the post-merger phase. Thus, understanding the sources of stress makes it possible to anticipate managerial tools.

Mots-clés

Source de stress, Fusion hospitalière, Post-fusion, Professionnel de santé

Keywords

Source of stress, Hospital merger, Post-merger, Healthcare professional

Pour citer cet article ZOUABI OUADRANI, B. et OUADRANI, S. (2023). « Les sources de stress chez les professionnels de santé post-fusion hospitalière », *Télescope*, vol. 20, n° 3, https://telescope.enap.ca/Telescope/22/Index_des_numeros.enap#

Dans le champ sanitaire, une vague généralisée de fusions a dominé particulièrement le milieu hospitalier français. D'ailleurs, dans un article publié dans le journal *Health policy*, par Angeli et Maarse (2012), les auteurs ont identifié 156 fusions-acquisitions hospitalières en France entre 1990 et 2009.

La fusion hospitalière conduit souvent à des processus de changement complexes et imprévisibles (Laude et Louazel, 2013). La phase de post-fusion entraîne la consolidation ou la réorganisation d'établissements de santé. Cette étape implique des changements aux structures organisationnelles,

aux processus et aux activités des organisations fusionnées (Haspeslagh et Jemison, 1991 ; Raveyre et Ughetto, 2006 ; Graebner et al., 2017).

Ces changements ont un effet sur le cadre de travail qui peut se modifier, voire disparaître (Dumond, 2006). Ce contexte conduit inévitablement à des effets importants qui affectent en profondeur le rapport des individus à l'institution hospitalière (Dumond, 2006). D'ailleurs, la recherche existante a démontré que les fusions peuvent déclencher des réactions émotionnelles chez les salariés (Vuori et al., 2018) et

en particulier chez les professionnels de santé (Dumond, 2006). Ces derniers peuvent être amenés à répondre à des exigences contradictoires (Janand et Brillet, 2015) ce qui engendre des tensions de rôle qui déclenchent des situations de stress.

Par ailleurs, les professionnels de santé souffraient déjà depuis quelques années. Ces derniers exerçaient dans un hôpital public français vulnérable et instable avant même l'imposition ou le choix des fusions hospitalières (Gheorghiu et Moatty, 2015 ; Domin, 2015 ; Bouderbala et Ben Sedrine Doghri, 2021). En effet, le milieu hospitalier français est confronté, depuis quarante ans, à de multiples réformes instaurées en termes de « New Public Management » (Belorgey, 2013 ; Domin, 2015 ; Grenier et Denis, 2017 ; Chevandier, 2020 ; Fournier et Bonnefond, 2023). Ces changements ont eu des incidences notables sur la santé au travail des professionnels du champ hospitalier.

Les instabilités associées à la fusion hospitalière peuvent provoquer des situations de stress chez les professionnels de santé liées à des tensions de rôle. Ces situations engendrent des coûts cachés freinant la performance hospitalière (Savall et Zardet, 2016). Ces coûts cachés sont liés d'une part à l'implication faible au travail (Safy, 2011), à des comportements néfastes pour l'organisation (agressivité, consommation d'alcool sur le lieu de travail) (Rivière et al, 2019). Du point de vue financier, Trontin et al. (2010) estiment le coût social du stress de 2 à 3 milliards d'euros. Au vu de ses effets dysfonctionnels, s'intéresser aux effets des tensions de rôle sur le stress professionnel lors d'une fusion hospitalière paraît être judicieux.

Si les sources de stress et les tensions de rôle chez les professionnels de santé ont été étudiées dans le secteur hospitalier (Rivière et al, 2019), le nombre de travaux s'intéressant aux situations de fusions hospitalières reste relativement réduit (Cartwright et Cooper, 1992) notamment lors de la

phase de post-fusion. Il s'agit donc de répondre à la question suivante : « quelles sont les sources de stress liées aux tensions de rôle chez les professionnels de santé lors de la phase de post-fusion hospitalière ? »

À cette fin, une méthodologie qualitative a été adoptée à partir d'une étude de cas unique et de données secondaires. Vingt-six entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des professionnels de santé d'un hôpital public dans un contexte insulaire. Nos principaux résultats montrent l'existence de plusieurs sources de stress chez les professionnels de santé en lien avec les tensions de rôle qui importent l'hôpital lors de la phase de post-fusion.

Ce travail présente comme intérêt le diagnostic des sources de stress liées aux tensions de rôle. Il aide à anticiper les mécanismes de gestion des relations avec les employés et à mieux conduire le changement sous fusion hospitalière.

Dans une première partie, nous étudierons les perspectives historiques de l'hôpital public amenant à des fusions hospitalières ainsi que l'ensemble des enjeux à l'origine de ces relations. La seconde partie sera consacrée à la présentation des résultats issus de l'étude de cas réalisée en se basant sur les entretiens semi-directifs et à l'analyse des données secondaires. Nous terminerons notre recherche par les implications théoriques et managériales, les limites et les perspectives de recherches futures.

L'hôpital et les sources de stress liés à la fusion

Nous présentons dans la première partie, l'évolution du contexte du secteur de la santé en France. Dans la deuxième partie, nous expliquons les fusions hospitalières et les sources de stress chez les professionnels de santé.

La perspective historique de l'hôpital public

Au cours des dernières décennies, nous assistons en France à une vague d'accroissement des pathologies chroniques, et un allongement de longévité de la population. En conséquence, la demande de soins de santé a augmenté dans un contexte de faible croissance économique (Zouabi-Ouadrani, 2019). À cela s'ajoute, une pénurie au niveau des ressources médicales, un seuil minimal d'activité et une répartition optimale de l'offre de soins sur un territoire (Quidu, 2015). Ainsi, pour de nombreux systèmes de santé, une haute qualité de soins, tout en restant abordable et accessible, est devenue un défi permanent.

Les autorités sanitaires ont exprimé leur volonté de faire évoluer et de rendre plus performant le système de santé français à travers les réformes de modernisation. Depuis quarante ans, le champ hospitalier français connaît de profondes mutations et fait l'objet de réformes majeures. Ces dernières sont héritées de la réforme de 1958, de la loi du 31 décembre 1970, de celle du 3 juillet 1991, des trois ordonnances du 24 avril 1996. S'ensuit, en 2007, la loi liée à la tarification à l'activité (T2A). Ce texte avait pour objectif de développer l'efficacité des producteurs de soins en mettant en place une concurrence. La tarification à l'activité permet une meilleure performance économique à travers l'introduction de règles de gestion de l'entreprise privée à l'hôpital public (comptabilité analytique pour le calcul des coûts ; contrôle de gestion ; business plan). Deux ans plus tard, la loi HPST de 2009 a été introduite et a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Ce texte a trouvé suite avec la loi de 2016. Enfin, les mesures de ma Santé 2022, qui a pour vocation de renforcer les rapprochements entre les professionnels hospitaliers et de ville autour d'un projet médical favorisant une meilleure organisation des professionnels de santé. Ce cadre législatif lié au Nouveau management public (NMP) induit de profonds changements dans les services publics.

Face à ces différents changements, les hôpitaux français cherchent à s'adapter tout en maintenant l'objectif de l'amélioration de la santé. L'ensemble des réformes et la pression du marché ont été animés par une volonté de responsabiliser les organisations de santé à travers la mise en place de nouveaux outils de gestion. Une nouvelle façon de penser le fonctionnement des hôpitaux s'impose donc afin d'atteindre « l'institutionnalisation progressive des idées et des recettes » (Bézes, 2012). Ces nouvelles pratiques de restructuration sous fusion hospitalière conduisent à concevoir la gouvernance publique comme une variable de performance à l'instar des firmes privées.

Sous l'encouragement et parfois l'imposition des pouvoirs publics, les fusions hospitalières se présentent pour répondre à des contraintes financières à travers la réalisation des économies d'échelle en consolidant par exemple les fonctions administratives et les achats ainsi qu'une meilleure optimisation des ressources à travers la combinaison de ressources humaines (Laude et Louazel, 2013).

Les fusions hospitalières

La fusion hospitalière apparaît comme l'une des options stratégiques privilégiées par les organisations de santé avec un cadre législatif et une volonté politique encourageant ces mouvements (Askenazy et al., 2013). Toutefois, l'intégration de ces relations conduit à un bouleversement dans le fonctionnement du secteur hospitalier avec des contraintes financières, la compétition, l'adaptation aux besoins économiques et sociaux, ainsi que la transformation des modes de financement et de gouvernance.

La fusion hospitalière est un processus qui met donc les salariés des hôpitaux dans des situations complexes où ils doivent à la fois relever des logiques administratives et managériales (Mazouz et al., 2015).

Face à cette complexité, les tentatives de fusions hospitalières qui se multiplient

n'amènent pas les résultats escomptés (Franchistéguy, 2010) voir à l'échec. Un rapport publié par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2012, dressant un bilan très mitigé de ces opérations indique : « À l'hôpital, comme dans le secteur des entreprises, beaucoup de fusions échouent à atteindre leurs objectifs, et certaines contribuent même à aggraver les difficultés des entités qu'elles ont réunies ».

D'un point de vue financier, la Cour des comptes en France dans son rapport public annuel de 2014 avait estimé « décevant » le bilan des restructurations hospitalières sur la période 1999-2007 indiquant ainsi la faiblesse de la performance des résultats obtenus suite à des fusions hospitalières. Ces résultats financiers s'accompagnent d'une dégradation de la qualité de soin et entraînent des effets négatifs sur les professionnels de santé (Ho et Hamilton, 2000 ; Kjekshus et al., 2007).

Par ailleurs, la mise en place du processus de fusion est elle-même source de dysfonctionnements (Lalande, 2012). En effet, les objectifs de chaque phase de la fusion évoluent : par exemple lors de la phase de pré-fusion, une préparation de la fusion s'impose, contrairement à la phase de consolidation où l'objectif est d'harmoniser les deux institutions fusionnées. Enfin, lors de la phase de post-fusion, l'objectif est de réaliser les buts fixés. Ainsi, la fusion entraîne des coûts cachés et des conflits de rôle peuvent émerger lors des trois grandes étapes de la fusion. Ces conflits peuvent provoquer des situations de stress professionnel (Courpasson et Thoenig, 2008 ; Royal et Brassard, 2010 ; Rivière et al, 2013 ; Rivière et al, 2019).

Le stress professionnel et les tensions de rôle à l'hôpital public

Le processus de la fusion hospitalière a un effet sur le cadre de travail. Le processus d'une fusion affecte en profondeur le rapport des individus à l'institution hospitalière

(Dumond, 2006). En conséquence, ce changement peut déclencher un stress professionnel dans l'hôpital. Ce dernier est défini comme l'ensemble des réactions physiques et émotionnelles négatives, qui se produisent lorsque les exigences du travail ne concordent pas avec les capacités, les moyens ou encore, les besoins du travailleur (Dejours, 1999 ; Demerouti et al., 2000). Il s'agit d'une réponse qui dépend de l'émotionnel, du cognitif, du comportemental et du physiologique du sujet (Selye, 1976 ; Dede et al, 1993). Cette réaction résulte de l'exposition aux aspects néfastes et négatifs de la nature du travail sur l'organisme et l'environnement (Demerouti et, 2011). De ce fait, le stress résulte d'une situation de manque des ressources de l'individu, ainsi d'une situation de déséquilibre (Hobfoll, 2011).

Le stress professionnel est souvent lié aux tensions de rôle (Rivière et al, 2019). Ces dernières sont couramment nommées comme antécédents ou déterminants du stress professionnel (Ortqvist et Wincent, 2006). Les tensions de rôle sont définies comme : un sentiment qu'éprouve une personne dans une situation où il est difficile, voire impossible, de répondre à toutes ces attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui les forment (Katz et Kahn, 1966). Dans la littérature antérieure, Katz et Kahn, (1966) ont identifié trois types de tensions de rôle. Ces dernières sont liées au le conflit de rôle (des attentes de rôle incompatibles entre elles), l'ambiguïté de rôle (une attente de rôle mal définie et qui n'est pas claire pour l'individu) et la surcharge de rôle (lorsque l'individu doit faire face à un nombre élevé d'attentes de rôles qui dépassent ses capacités de réalisation). Ces situations de tensions de rôle peuvent engendrer du stress professionnel (Rivière et al, 2019).

À cet effet, le stress professionnel influence la relation de l'individu avec son travail (Bakker et al, 2007). Il peut donner des effets plus graves chez l'individu telles que

la dépression, la fatigue psychique chronique, l'addiction à des substances ou le burn-out entraînent ainsi des comportements néfastes pour l'organisation ((Rivière et al, 2019).

Bien que plusieurs auteurs dans la littérature aient étudié le stress professionnel et les tensions de rôle dans l'hôpital public, très peu de travaux ont porté sur les sources de stress liées aux tensions de rôle des professionnels de santé dans le cadre d'une fusion hospitalière.

L'étude de cas unique

Nous illustrons dans cette partie, la méthodologie de recherche déployée afin de gérer les connaissances. S'ensuit, la présentation du cas étudié et le contexte de la fusion hospitalière.

Le positionnement paradigmatique et le recueil des données

Dans le cadre de notre étude, nous avons adopté la démarche inductive. Ce choix permet la construction de l'objet de recherche à partir du terrain investigué. Les questions posées à travers le guide d'entretien, les méthodes et les grilles d'analyse sont « inventées » et élaborées selon l'avancement du travail scientifique (Benelli, 2011). Ainsi, les méthodes de collecte des données ont évolué au fur et à mesure de l'avancement de notre recherche.

Dans le cadre d'une démarche qualitative, et afin de renforcer la validité et la fiabilité des résultats, nous avons collecté, comparé et analysé des informations provenant de différentes sources. Nous avons effectué des entretiens exploratoires et ciblés et nous avons collecté des données secondaires (rapports, article de presse).

Selon Mintzberg (1979), les structures hospitalières sont décrites comme des bureaucraties professionnelles avec une main-d'œuvre professionnelle hautement qualifiée. À cet égard, les professionnels de santé tels que les médecins, les cadres de santé et

les infirmiers partagent des loyautés envers leur profession et leur organisation. Ces derniers jouent un rôle actif dans l'évaluation et l'intervention lors d'une fusion hospitalière (Mintzberg et McHugh, 1985). Ces acteurs sont susceptibles d'être considérés comme des « agents bien informés » réflexifs, selon Giddens (1984). Par conséquent, nous avons choisi de mener tous les entretiens avec les professionnels de santé (directeurs, cadres de santé, médecins et infirmiers) des deux sites hospitaliers fusionnés (Site N°1 : A ; Site N°2 : B) (voir annexe 1).

Cette démarche s'appuie sur le recueil d'informations basé sur vingt-six entretiens semi-directifs effectués en 2019 ainsi que l'analyse de données secondaires. Les entretiens réalisés avec des professionnels de santé nous ont permis de comprendre leur perception sur la fusion hospitalière. Ensuite, nous avons intégré des données secondaires provenant de documents institutionnels, de rapports et d'études antérieures et des articles de presse pour la triangulation des données (Yin, 1994).

Dans un premier temps, nous avons réalisé, six entretiens exploratoires en mars 2019. En s'appuyant sur un premier guide d'entretien conçu avec des questions semi-directives. Ces premiers entretiens ont été effectués avec un manager et les professionnels de santé (un directeur, deux cadres de santé, deux infirmiers et un médecin) afin de comprendre les difficultés rencontrées suite à la fusion hospitalière. Ils nous ont permis d'identifier des situations de stress chez les professionnels de santé liées à la phase de post-fusion. Dans un deuxième temps, nous avons réalisé entre mai et juillet 2019, vingt entretiens ciblés avec des professionnels de santé. À cette fin, un deuxième guide d'entretien a été mobilisé. Ce dernier a évolué afin d'intégrer les nouveaux facteurs qui émergent du contexte.

Les entretiens réalisés ont duré en moyenne une heure. Ils avaient pour objet

de faire le point sur l'impact de la fusion, les difficultés rencontrées et les sources de stress chez les professionnels de santé. Le choix de l'analyse qualitative permet d'identifier la perception des transformations et les vécus associés chez les personnes rencontrées (directeurs, médecins, cadre de santé, infirmiers) (Yin, 2003). Nous avons également multiplié l'analyse des données secondaires (rapport d'activité annuel, statistiques, articles de journaux, communiqués de presse, magazine du Centre Hospitalier. D'ailleurs, la fiabilité des résultats est augmentée selon la multiplicité des sources de données (Boyer et McDermott, 1999).

Lors de l'analyse des données, nous avons convergé les éléments provenant des entretiens avec les informations trouvées dans les données secondaires afin de renforcer la crédibilité et la validité de nos conclusions. Ainsi, nos résultats ne dépendent pas uniquement d'une seule source, mais sont soutenus par une variété de perspectives et de sources d'information. Cette triangulation des données permet de créer une vision plus complète et robuste.

Les données ont été soumises à un processus analytique approfondi, basé sur une analyse et une interprétation rigoureuses, afin de faciliter leur exploitation (Corbin et Strauss, 1990). L'analyse des données a été effectuée en utilisant une approche de contenu thématique. La grille de codage a été

principalement établie en se référant à la littérature, puis enrichie par des thèmes émergeant des résultats de l'étude. Les différents thèmes, tels que les difficultés rencontrées à l'hôpital fusionné, les conflits de rôle personnel, l'ambiguïté de rôle liée à la tâche, ont été regroupés dans des rubriques comme le conflit de rôle ou l'ambiguïté de rôle. Ces rubriques ont ensuite été organisées en thèmes plus généraux, par exemple les tensions de rôle.

Ces thèmes et sous-thèmes, traversant l'ensemble des entretiens réalisés, ont été structurés selon un arbre hiérarchique de codes, servant de base pour classer les verbatims. Par la suite, une comparaison du sens des verbatims a été effectuée, permettant de distinguer les sources de stress chez les professionnels de santé post-fusion, telles qu'elles ont été perçues par les personnes interviewées.

L'ensemble des données recueillies ont été analysées par thématique via le logiciel NVivo 11. Ce processus a facilité le traitement d'un matériau volumineux de données. Notre codage a par la suite été soumis à un autre chercheur afin de vérifier sa fiabilité. Un taux de concordance inter-codeurs très satisfaisant de 85 % a été obtenu (Miles et Huberman, 2003).

Le tableau ci-après illustre la nature des données, le profil des répondants et les principales thématiques abordées.

Tableau 1. Caractéristiques des entretiens réalisés et principales thématiques abordées

Nature des données	Entretiens Semi-directifs en face à face. (N=26) Des données secondaires : -Rapport d'activité de 2008 à 2017 -Protocole de la Fusion -La stratégie de santé pour les Outre-mer, feuille de route régionale (Mai, 2016). -Insee dossier : portrait de la jeunesse -Rapport Hubert-Martineau (Mission groupements hospitaliers de territoire ; Février 2016). -Conférence de presse et article de journaux locaux
Profils des répondants	Directeur général (N=1) ; Cadres de santé : (N=5) ; Médecins : (N=10) ; Infirmiers : (N=10)

Durée	La durée moyenne d'un entretien est évaluée à 1h00.
Période	2019
Principales thématiques abordées	<ul style="list-style-type: none"> -Processus de la fusion : phase fusion - phase post-fusion -Les difficultés rencontrées à l'hôpital fusionné -Les répercussions sur les professionnels de santé après la fusion -Les sources de stress chez les professionnels de santé en lien avec la fusion -Les tensions de rôle en lien avec la fusion (exemple : conflit de rôle, conflit de rôle personnel, ambiguïté de rôle liée à la tâche)

Source : Auteurs

Contexte du cas unique étudié

Le cas étudié est un centre hospitalier français qui se situe dans un contexte insulaire. Au niveau sanitaire, la population se caractérise par un rapide vieillissement impliquant une prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Notre région d'étude est également l'une des régions les plus touchées par la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire, notamment les maladies vasculaires cérébrales, l'appareil digestif, les cardiopathies ischémiques et les maladies d'hypertension, mais aussi les maladies infectieuses (dengue, chikungunya...). À cela s'ajoute le problème de diabète qui touche la population et qui laisse figurer ce territoire parmi les plus élevés des régions françaises.

À cet effet, ce territoire constitue un laboratoire idéal à l'étude des sources de stress chez les professionnels de santé lors de la phase de post-fusion hospitalière afin de promouvoir des approches originales fortement ancrées dans la dynamique territoriale.

La création du Centre hospitalier universitaire (CHU) en 2012 et la particularité de son emplacement géographique permettent de développer le rayonnement de la région dans le domaine sanitaire. Cette naissance est le fruit de la fusion de l'hôpital A situé au nord de la région et de l'hôpital B composé de six sites situés au sud de la région.

La structure compte près de 6140 professionnels et 150 métiers au service de la

santé, dont 640 médecins et 5500 personnels non médicaux. Cette structure reçoit 145 800 entrées (hospitalisations complètes et de jour), 129 000 passages aux urgences, 295 500 consultations par an. L'établissement offre également 1372 lits de médecine, chirurgie et obstétrique, 154 lits et places de santé mentale, 114 lits de suite et de réadaptation et 130 lits d'hébergement pour les personnes âgées.

La structure a pour principale mission d'assurer à la population le soin sur place afin d'éviter le transfert sanitaire vers la métropole. Le CHU contribue également à partager le savoir-faire dans le domaine sanitaire dans son espace géographique en intensifiant les coopérations avec les territoires voisins.

Résultats

Quelques années après la fusion hospitalière, les professionnels de santé évoquent dans leurs discours du stress professionnel. L'analyse des données qualitatives montre qu'il existe plusieurs sources de stress notamment lors de la phase de post-fusion et cela contrairement aux attentes. Lors de la signature de la fusion hospitalière, une période de consolidation était prévue. Deux ans après cette période, les personnes interviewées ont été confrontées à différentes attentes de rôles qui sont parfois incompatibles ou ambiguës. Nous détaillons les sources de stress liées à des tensions de rôle à partir de l'analyse de nos données. Ces situations de stress émergent en lien

avec la fusion et portent sur le dysfonctionnement de l'hôpital, le déficit financier et le plan de retour à l'équilibre financier. Nous présentons ci-dessous ces résultats et nous illustrons quelques verbatims issus de nos données.

- **Des doutes sur le dysfonctionnement de l'établissement** : Un rapport confidentiel a mis l'accent sur des dysfonctionnements confirmant une mauvaise gestion du CHU. En dépit d'une demande effectuée par les syndicats auprès du ministère afin que ce rapport soit rendu public, la réponse reste négative. Or, le fait de ne pas avoir accès à ce rapport est considéré comme grave par l'ensemble du personnel. Ce contexte provoque des doutes chez les professionnels de santé sur la situation réelle de l'hôpital après la fusion et implique des ambiguïtés de rôle :
- **Ambiguïté de rôle liée à des doutes sur le dysfonctionnement de l'établissement** : Les représentants du personnel précisent dans un communiqué de presse : « Au vu des quelques éléments qui ont fuité (...) mettrait en avant des dysfonctionnements confirmant une mauvaise gestion du CHU. Si ces premiers éléments sont confirmés, les représentants du personnel se réservent le droit de demander une enquête, tout le personnel attend, c'est trop dur ». Ils indiquent également : « Il s'agit d'un manque de transparence dangereux. (...). L'enjeu est en effet de taille (..) la vérité sur le déficit "critique" du CHU. Nous sommes inquiets de cette situation et le stress règne chez les employés de l'établissement ». Dans ce sens, un cadre de santé du site 1 indique : « En effet, si ce déficit n'était pas dû à des investisse-

ments "mal maîtrisés" ou à des dépenses "supérieures aux provisions et aux capacités financières" de la structure hospitalière, il est lié à quoi ? Bien sûr des mauvaises décisions et des difficultés du fonctionnement » (CS 3)

- **Le plan de retour à l'équilibre financier** : Six ans après la fusion, un plan de retour à l'équilibre a été instauré. Ce dernier prévoit la suppression de 155 postes, parmi lesquels 6 médicaux, mais aussi des soignants, comme des infirmiers, des aides-soignants et des agents des services hospitaliers. Le plan indique que se sont principalement les départs en retraite qui ne seraient pas remplacés et que certains contrats ne seront pas renouvelés. Face à ces décisions, les tensions se manifestent par des mouvements de grève syndicale. Ainsi, un comité technique d'établissement exceptionnel s'est tenu et des engagements de la part de la direction ont été promis. À cela s'ajoute la protestation contre les propositions validées par la démission de 34 médecins de leurs fonctions de chefs de service et chefs de pôle. Face à ce contexte, deux tensions de rôle ont été identifiées qui provoquent des situations de stress :
- **Conflit de rôle personnel et professionnel** : Les travailleurs en grève ont exprimé un sentiment de conflit entre leurs responsabilités professionnelles envers l'hôpital et leur engagement envers les revendications. Dans ce sens, un cadre de santé du Site N°1 stipule : « Nous voulons soutenir l'hôpital, mais on doit aussi soutenir nos collègues » (CS 2). Un médecin confirme

ces propos et explique : « Nous sommes navrés pour ces grèves qui influencent le fonctionnement du CHU, nous souhaitons soutenir nos collègues médecins. C'est compliqué, nous sommes conscients (...). On est mitigé entre notre travail et la situation ».

Conflit émotionnel lié aux suppressions des postes :

Les professionnels de santé se sentent déchirés entre la loyauté envers leur employeur et la nécessité de protéger leurs propres intérêts. Un infirmier du Site N°1 explique : « Nous sommes sous stress et pression, la situation n'est pas stable et touche nos emplois. La grève est le seul moyen pour améliorer les conditions de travail et maintenir nos emplois liés à ce déficit qui est né suite à une mauvaise gestion de la fusion » (INF 1). Ces propos ont été confirmés par un infirmier du site 2. Ce dernier stipule : « Depuis la fusion, nous vivons beaucoup de changements notamment sur l'organisation des postes (...). Je ne suis pas sûr que mon poste ne sera pas supprimé ou celui de mes collègues, c'est frustrant et stressant de travailler dans ces conditions difficiles ». (INF 10)

- **Difficultés financières :** Le personnel du centre hospitalier B manifeste un mal être en lien avec la compression budgétaire et la fusion des deux établissements. En effet, les professionnels de santé estiment que l'hôpital est pénalisé après la fusion. Ils

considèrent que la situation financière du centre hospitalier B n'a pas été déclarée avec sincérité, car l'établissement A a un taux d'endettement élevé, ce qui empêche l'hôpital d'emprunter après la fusion. Un médecin du Site N° 2 stipule : « La structure n'a pas été éclairée avec sincérité ni complétude sur l'état financier réel (...). La fusion est faite au détriment de l'un des deux établissements (...) avec un transfert de 95 millions d'euros de l'établissement B vers l'établissement A ». Cette situation a des effets sur la santé mentale et la satisfaction au travail du personnel soignant. Dans ce sens, un cadre de santé de l'établissement A stipule : « Nous avons un sentiment d'un manque d'information sur la situation financière des établissements depuis la fusion. Ce mariage a généré des tensions et un mal être chez le personnel des établissements depuis plusieurs années ».

À l'encontre des attentes de la fusion, le CHU souffre d'un cumul des déficits depuis 2013. Ce dernier a atteint 20 millions d'euros en 2016. Le cumul de déficit engendre la pénurie des moyens et par conséquent le manque du personnel. « Sur le Site N°1 seuls 12 médecins sont actuellement en poste sur 21 médecins suite à une mise en disposition de certains médecins ou le départ à la retraite anticipée ». Dans ce sens, le déficit de l'hôpital fusionné a été évoqué dans la presse locale. Un médecin du Site N°2 indique dans un article de presse : « Depuis 2015, le déficit a augmenté, à environ 20,2 M€ alors qu'en 2014 on était à 12 M€. Cela veut dire qu'on n'a pas les moyens pour recruter ou remplacer les départs à la retraite. En tant que médecin, je ne sais pas comment on va faire, nous, au niveau du service urgence comment les horaires seront organisés ? comment on va répondre à la demande des patients ? Sans compter le manque de moyens matériels, c'est trop

stressant ». Un médecin du Site N°1 complète : « Nous avons un déficit énorme, on n'a pas des moyens pour recruter des remplaçants. ». (MED 8) Face à cette situation, deux tensions de rôle ont été identifiées et provoquent des situations de stress.

- **Ambiguïté de rôle liée à l'inquiétude sur les conditions des soins** : Les professionnels de santé s'inquiètent sur la capacité à assurer la continuité des soins et la prise en charge des patients. Un simple exemple de la dégradation de la situation : les salles du bloc. Ces dernières ferment à 15 h au lieu de 19h en octobre 2017, par conséquent le délai pour se faire opérer a largement augmenté provoquant un manque d'efficacité. Un infirmier du Site N°1 explique : « Quand le bloc central ne fonctionne pas, on a moins d'activité, on fait moins de radios, moins d'analyse en laboratoire et l'hôpital gagne moins ». Un courrier a été adressé le 25 janvier 2018 à la ministre de la Santé pour l'alerter sur la gravité de ces conditions (INF 5). Un infirmier du Site N°2 stipule : « Je suis inquiet par rapport à la capacité à assurer la continuité des soins (...). Depuis 2 ans, nous expliquons les difficultés rencontrées (...). Les urgences accueillent souvent plus du double que l'établissement peut recevoir (...) » (INF 10) Ces éléments ajoutés aux manques des médecins et personnels soignants engendrent des inquiétudes concernant la qualité des soins qui subit une dégradation significative. Le rôle traditionnel des professionnels de santé est de fournir des soins de qualité, d'être attentifs aux besoins des patients et de maintenir des normes élevées. Cependant, les conditions ont rendu difficile la réalisation de ces objectifs, créant ainsi un conflit entre les attentes du rôle professionnel et les réalités du contexte de travail.

- **Surcharge de rôle liée à l'augmentation de la charge de travail** : Le manque de personnel à l'hôpital a engendré un déséquilibre entre les capacités de l'individu et la charge du travail demandé. À cet égard, les professionnels de santé réclament les moyens matériels et humains nécessaires en réponse à ce contexte. Un médecin du Site N°1 indique : « Actuellement il faut compter 3 mois d'attente en ORL, en ophtalmologie (...) avant la fusion c'est pas les délais. (...) Nous avons une charge de travail énorme » (MED 4). Dans ce cadre, un infirmier du bloc opératoire du Site N°1 indique : « Le bloc opératoire a été fermé 340 heures soit 14 jours en décembre 2017 suite à une agression d'un personnel soignant ». (INF 6). Un médecin du site n°2 confirme ses propos et indique : « J'ai l'impression que la fusion n'a pas arrangé les choses, nous souffrons depuis longtemps d'un manque des médecins et infirmiers, encore pires après la fusion. L'hôpital n'a pas les moyens pour recruter ou remplacer les absents et donc nous nous retrouvons à faire plus de consultations (...) souvent je fais des grosses journées, je suis épuisé ! ». (MED 7) Il est à noter que le manque du personnel et l'augmentation de la charge du travail ont engendré des agressions et des violences de la part des patients.
- **Conflits de rôle liés à la difficulté à maintenir l'équilibre travail-vie personnelle** : Les professionnels de santé évoquent une charge de travail accrue. Cette dernière entraîne des heures supplémentaires fréquentes, des changements d'horaires et une pression pour répondre aux demandes professionnelles. Cette si-

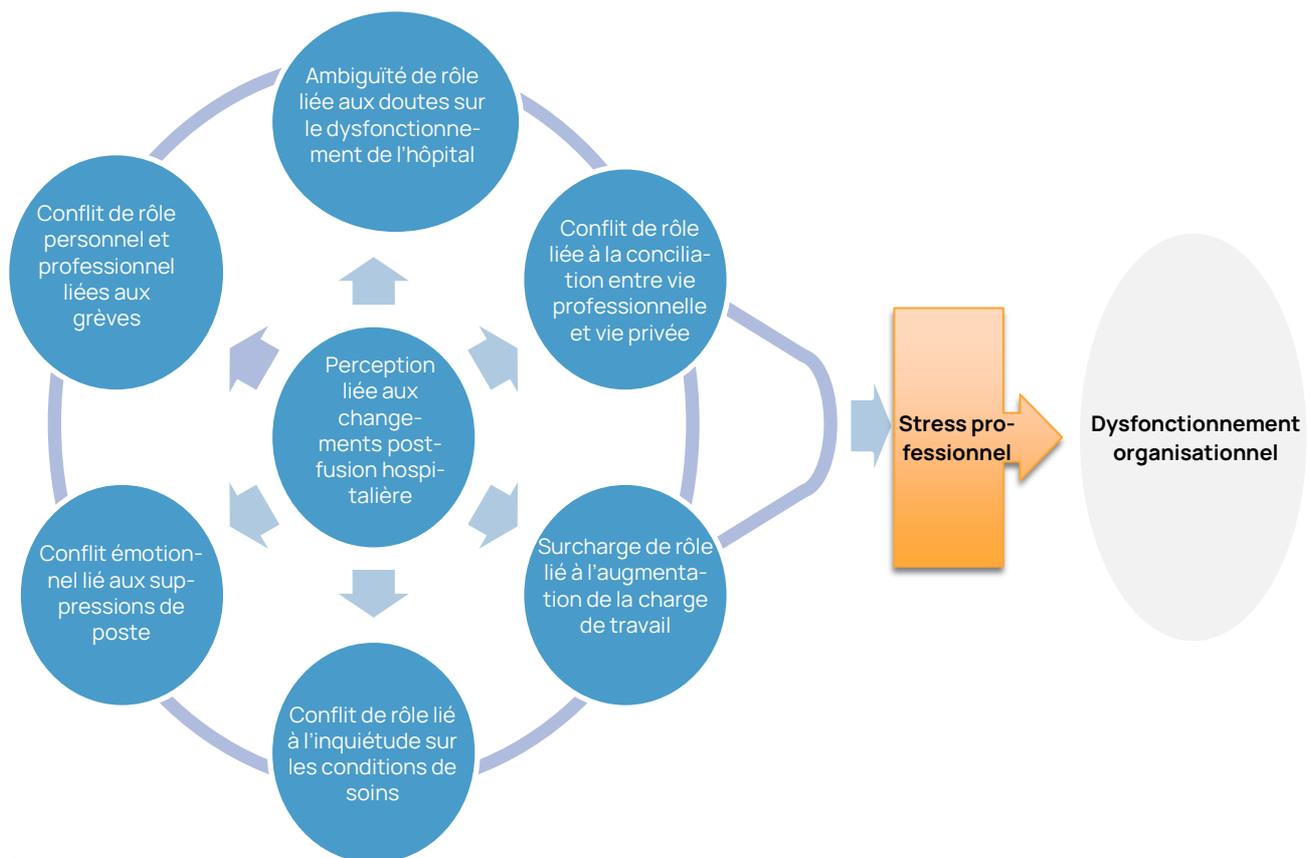
tuation engendre un stress professionnel en lien avec la difficulté de concilier le travail avec les responsabilités familiales et les besoins personnels. Dans ce cadre, un infirmier du Site N°2 explique : « On a un manque d'effectif (...), l'administration oblige le personnel à revenir sur ses jours de repos, congés et arrêts maladie (...) (INF 4). Un médecin du Site N°1 ajoute : « La situation est très critique (...). On a un manque des médecins et d'infirmiers, on travaille toujours en sous-effectif ! c'est épuisant, on travaille sous pression et stress » (MED 2). Un médecin du Site N°1 précise : « Quand un médecin manque, un autre est rappelé sur son temps de congé. Finalement, on doit être toujours joignable et disponible, c'est très stressant, il est difficile de trouver l'équilibre familial dans ces conditions » (MED 5).

Les tensions de rôle déclenchent des dysfonctionnements organisationnels par exemple l'absentéisme au sein de l'hôpital fusionné. Un manque d'effectif a été signalé lors des entretiens. Face à ce contexte, des demandes de remplacement et des changements d'horaires sont demandés afin de

combler le manque de personnel. Cette situation déclenche des situations de stress lié à des réorganisations. Hormis le manque des moyens humains, le manque de personnel est dû également aux arrêts maladie liés au burn-out, à la fatigue et au sentiment de frustration en lien avec la fusion. Un infirmier du Site N°2 explique : « les arrêts maladie, burn-out et fatigue s'accumulent (...) s'en suit un épuisement physique et moral de l'équipe ». Un médecin du site 1 confirme ces propos et indique : « On a un manque des médecins et d'infirmiers (...) c'est épuisant, on travaille sous pression et stress, malheureusement cette situation amène à un taux d'absentéisme élevé dans l'hôpital ! » (MED 2) Dans ce sens, un cadre de santé du site 2 stipule : « Depuis la fusion, l'hôpital cumule les arrêts maladie, je pense qu'on n'a jamais vu un taux d'absentéisme similaire. (...) Il faut savoir que la gestion dans le service n'est pas facile, trop de fatigue et de stress ». (CS3).

Ces conflits de rôle déclenchent des situations de stress et constituent des freins qui ont submergé après la fusion. Ils affectent ainsi le fonctionnement de l'hôpital. Le schéma ci-dessous résume nos résultats.

Schéma 1. Les sources de stress liées aux tensions de rôle lors de la phase de post-fusion



Source : les auteurs

La fusion d'établissements de santé est sans doute la restructuration la plus profonde et la plus impactante engendrant des situations de stress déclenchées par la suppression des postes, l'absentéisme, le manque de moyens, la surcharge du travail, l'absence de transparence sur le dysfonctionnement de l'établissement, la fatigue et le burn-out et enfin l'inquiétude sur les conditions de soins et le manque d'efficacité.

4. Discussion

Nos résultats montrent qu'après la fusion hospitalière, les professionnels de santé ont été confrontés à différentes attentes de rôles qui sont incompatibles ou ambiguës. En conséquence, des situations de stress qui sont liés à des « tensions de rôle » sont apparues. Le processus de fusion hospitalière provoque plusieurs formes de tension telles que le « conflit de rôle », l'« ambiguïté

de rôle » ou la « surcharge de rôle » (Schaubroeck et *al.*, 1989 ; Kelloway et Barling, 1990) notamment lors de la phase de post-fusion.

Le professionnel de santé est en état de stress lié à une situation de conflit de rôle lorsqu'il est mitigé entre l'action individuelle et l'action professionnelle, entre la vie professionnelle et la vie personnelle. En outre, un conflit émotionnel est provoqué par l'incertitude face à la stabilité d'emploi. Ainsi, il doit faire face à des attentes de rôle incompatibles entre elles (Rizzo, et *al.* 1970 ; Ashforth et Lee, 1990).

Il est également en état de stress en lien avec une situation d'ambiguïté de rôle lorsqu'il y a des inquiétudes sur les conditions des soins à réaliser. Ainsi, un décalage peut se présenter entre la connaissance de la situation et les attentes de la structure (Rizzo et *al.*, 1970).

Le professionnel de santé est en état de stress lorsqu'ils ont une surcharge de rôle liée à une augmentation de la charge du travail. Ainsi, l'individu doit faire face à un nombre élevé d'attentes de rôles qui dépassent ses capacités de réalisation (Schaubroeck et *al.*, 1989 ; Spector et Jex, 1998 ; Conley et Woosley, 2000).

Nos résultats confirment les travaux de Raveyre et Ugheto (2003) ; Dumond, (2006) et Laude et Louazel, (2012). Ces auteurs soulèvent les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans le cadre d'une fusion hospitalière. En outre, nos résultats concordent avec les travaux de (Cherkaoui et *al.*, 2012 ; Rivière, et *al.*, 2013 ; Rivière et *al.*, 2019) qui ont identifié les tensions de rôle comme des antécédents du stress chez les professionnels de santé dans le cadre d'un changement organisationnel (NMP). Nos résultats complètent ces contributions et apportent un apport sur les tensions de rôle comme source de stress dans un contexte de fusion hospitalière. Ce sujet reste très peu étudié dans la littérature.

À l'hôpital, la prise en considération des sources de stress déclenchées par les tensions de rôle constitue un enjeu notable. En conséquence, un dysfonctionnement apparaît au niveau de l'organisation du travail et de la qualité des soins délivrés. Cette situation engendre ainsi des coûts cachés à l'hôpital (Savall 1981 ; Savall et Zardet 2016). Selon, Savall et Zardet (2012) un coût est dit caché lorsqu'il n'apparaît pas explicitement dans les systèmes d'information de l'entreprise tels que les budgets, la comptabilité générale, la comptabilité analytique et les tableaux de bord. Ces coûts cachés touchent la performance de l'hôpital. La présence de ces coûts révèle l'existence des dysfonctionnements et anomalies dans l'organisation contrairement aux attentes. Ainsi, les coûts cachés varient selon la phase de la fusion. Ces derniers proviennent

d'un dysfonctionnement humain qui impacte les professionnels de santé et l'hôpital, à savoir l'absentéisme, le turn-over, la perte d'identité, des grèves. etc. Ils entravent la réalisation des objectifs de la fusion.

Ainsi la prise en considération des coûts cachés est essentielle en amont du processus de la fusion. Or, ils sont difficilement chiffrables vu que leur origine est difficile à déterminer. À cet égard, le contrôle de gestion socio-économique (Savall et Zardet, 2016) propose des outils afin de prendre en compte les coûts cachés des dysfonctionnements. Ces outils reposent sur trois axes : un axe d'outils de contrôle de gestion, un axe de processus de changement et un axe politique et stratégique (Cappelletti, et Voyant, 2018). Il est donc nécessaire de mobiliser ces outils lors du processus du changement sous fusion hospitalière afin de réussir ce mariage.

Conclusion : synthèse, limites et perspectives

Au cours des dernières décennies, le secteur de santé a été témoin d'une transformation significative, façonnée par des impératifs complexes tels que les pressions financières croissantes, les évolutions démographiques et les avancées technologiques (Zouabi-Ouadrani et Smida, 2019). Dans cette dynamique constante, les fusions hospitalières émergent comme des stratégies clés adoptées par de nombreux établissements de santé.

Cette option stratégique engage les hôpitaux dans un processus de changement complexe, délicat, et irréversible (Laude et Louazel, 2013 ; Zolezzi, 2015). Elle suscite un intérêt croissant en raison de ses implications sur la prestation des soins, la structure organisationnelle, et le vécu des professionnels de santé. Cependant, ce processus peut entraîner des changements significatifs dans l'environnement de travail, ce qui peut avoir des répercussions sur le

bien-être des professionnels de santé (Dumond, 2006).

L'objet de ce travail est d'examiner les sources du stress chez les professionnels de santé lors de la phase de post-fusion hospitalière. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur une étude de cas à travers une approche qualitative. Le recueil des données secondaires et primaires auprès de vingt-six professionnels de santé (médecins, infirmiers et cadres de santé) sur la période qui succède la phase de consolidation.

Sur le plan théorique, l'étude a permis d'approfondir le lien entre la fusion hospitalière et les différentes sources de stress. Ces dernières mettent en évidence plusieurs formes de tensions de rôle qu'ils entraînent. L'analyse des données nous a permis d'identifier six sources de stress pour les trois principales catégories de professionnels de santé de notre échantillon (médecins, infirmiers et cadre de santé). Nous avons identifié dans un premier temps, des ambiguïtés de rôle liées à des doutes sur le dysfonctionnement de l'hôpital et le déséquilibre entre la dégradation de la qualité de soin et les exigences des professionnels de santé. Dans un deuxième temps, nous avons identifié des conflits de rôle liés à l'intérêt personnel et professionnel, à la qualité des soins et à la conciliation entre vie personnelle et professionnelle. Enfin, une surcharge de rôle liée à la surcharge du travail a été soulevée ainsi qu'un conflit émotionnel.

Sur le plan managérial, la prise en considération des tensions de rôle qui émergent d'une fusion hospitalière permet de mettre en place des actions pour la santé mentale des professionnels de soins. À cet égard, l'action du manager devrait être menée en priorité sur la charge de travail quantitative des professionnels de santé, mais également sur les ambiguïtés de rôle et les charges émotionnelles. À ce titre, il serait peut-être nécessaire de mettre en place un meilleur accompagnement des personnels lors d'une fusion. Cela peut se faire en

créant une instance de dialogue social "spécifique au projet" et mettre en place une forte communication ou encore un plan d'investissement sur la santé mentale tout au long du processus de la fusion hospitalière.

Notre travail comporte plusieurs limites. La première est d'ordre méthodologique, car nous nous appuyons sur une étude de cas unique avec des spécificités liées au contexte sanitaire, économique, social, démographique, climatique et géographique. Cela peut masquer ou modifier des options stratégiques spécifiques de la part de ces organisations. Ainsi, d'autres recherches similaires devraient être menées afin de permettre une meilleure généralisation des résultats. La seconde concerne le caractère statique de notre analyse. En effet, les données recueillies portent seulement sur la phase de post-fusion, il est donc intéressant de comprendre les sources de stress chez les professionnels de santé tout au long du processus de la fusion c'est-à-dire sur la phase de pré-fusion et la consolidation de la fusion. Une approche dynamique permettra d'analyser la variation des sources de stress chez les professionnels de santé tout au long du processus de fusion. Des études longitudinales devraient être menées pour répondre à cette question. Enfin, nous n'avons pas étudié les mécanismes à mettre en place afin de gérer les situations de stress déclenchées par la fusion. Pour une meilleure gestion de la fusion hospitalière, des recherches complémentaires permettraient d'identifier des mécanismes de gestion des situations de stress qui peuvent entraver les objectifs d'une fusion hospitalière.

Biographies

La **Dr Boutheina Zouabi Ouadrani** est titulaire d'un doctorat en sciences de gestion et du management de l'Université de Paris Nord Sorbonne. Elle possède une expertise reconnue dans les domaines du management stratégique, notamment les alliances stratégiques, la coopétition, les fusions, le management des organisations sanitaires, les résistances aux changements et les mécanismes du management du changement. Elle exerce en tant qu'enseignante-chercheuse à l'Université de la Réunion et est affiliée au laboratoire de recherche du Centre d'Économie et de Management de l'Océan Indien (CEMOI).

Le **Dr Sami Ouadrani** est titulaire d'un doctorat en sciences de gestion et du management de l'Université de Caen Basse-Normandie. Il est nommé directeur de l'École d'Apprentissage Maritime de la Réunion (EAMR) depuis 2016. Il possède une expertise reconnue dans les domaines de la gestion des ressources humaines, notamment le stress professionnel et les conditions de travail.

Bibliographie

- ANGELI.F & MAARSE.,H (2012) : Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations, *Health Policy*, (105), 2-3, p 265-272.
- ASHFORTH, B. E., & LEE, R. T. (1990). Defensive behavior in organizations: A preliminary model. *Human relations*, 43(7), 621-648.
- ASKENAZY, & al. (2013). Pour un système de santé plus efficace. *Notes du conseil d'analyse économique*, (8), 1-12.
- BAKKER, A. B. & al. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of educational psychology*, 99(2), 274.
- BELORGEY, N. (2013). Pourquoi attend-on aux urgences?. Un indicateur du New public Management aux prises avec la réalité hospitalière. *Travail et emploi*, (133), 25-38.
- BENELLI, N (2006) les méthodes et les grilles d'analyse sont « inventés » et élaborés selon l'avancement du travail scientifique.
- BÉZES, P. (2012). État, experts et savoirs néo-managériaux. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (3), p 16-37.
- BOUDERBALA, A., & BEN SEDRINE DOGHRI, S. (2021). La souffrance au travail conséquence d'un management paradoxant : cas des enseignants chercheurs et des soignants dans le cadre du New public Management en Tunisie. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 26 (67), 23-49.
- BOYER, K. K., & McDermott, C. (1999). Strategic consensus in operations strategy. *Journal of Operations Management*, 17(3), 289-305.
- CAPPELLETTI, L. & VOYANT, O. (2018). Quarante ans après son invention : la méthode des coûts cachés. *ACCRA*, 2, 71-91.
- CARTWRIGHT, S., & COOPER, C. L. (1992). The human factor. *Centaur Consulting Ltd*.
- CHERKAOUI, W., MONTARGOT, N., & YANAT, Z. (2012). Changement organisationnel et déterminants du stress : étude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc. *Question (s) de Management*, (1), 41-55.
- CHEVANDIER, C. (2020). Travailler à l'hôpital : un siècle et demi de reconfigurations des métiers. *Revue française d'administration publique*, (2), 317-328.
- COMMEIRAS, N., LOUBES, A., & FOURNIER, C. (2009). Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon 1. *Management international*, 13 (4), 73-89.
- CONLEY, S., & WOOSLEY, S. A. (2000). Teacher role stress, higher order needs and work outcomes. *Journal of Educational Administration*, 38, 179-201
- COURPASSON, D., & THOENIG, J. C. (2008). Quand les cadres se rebellent. *Lectures, Les livres*.
- DEJOURS, C. (1999). Nouvelles formes d'organisation du travail, souffrance au travail et orientation. *Questions d'orientation*, 62, 51-66.
- DEMEROUTI, E., & BAKKER, A. B. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37 (2), 01-09.

- DEMEROUTI, E & al., (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454-464.
- DOMIN, J. P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation*. Capitalisme, institutions, pouvoirs, (17).
- DUMOND, J. P. (2006). L'appréciation des personnels. *Revue française de gestion*, (3), 21-34.
- FOURNIER, M., & Bonnefond, M. (2023). What public policy tools to conciliate flood risk management and farming? The case of the Maine river basin. *Économie rurale*, 383(1), 35-50.
- FRANCHISTÉGUY, I. (2010). Le rôle de la gestion de projets et du management d'un changement organisationnel : le cas de la fusion de cinq cliniques privées. Conférence Francophone Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, GISEH 2010, Clermont-Ferrand, France.
- GHEORGHIU, M. D., & MOATTY, F. (2015). L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33 (2), 101-102.
- GRENIER, C., & DENIS, J. L. (2017). S'organiser pour innover : espaces d'innovation et transformation des organisations et du champ de l'intervention publique. *Politiques et management public*, 34 (3-4), 191-206.
- HASPELAGH P.C., JEMISON D.B., (1991), *Managing acquisitions : creating value through corporate renewal*, New York: the free press.
- HO, V., & Hamilton, B. H. (2000). Hospital mergers and acquisitions: does market consolidation harm patients? *Journal of Health Economics*, 19(5), 767-791.
- HOBFOLL, S. E. (2011). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*, 127, 147.
- JANAND, A. & BRILLET, F. (2015). La mobilité interne en tension dans les entreprises publiques : entre fins et moyens. *Gestion et management public*, 4 (1), 29-43.
- KATZ D. & KAHN R. L. (1966). *The Social Psychology of Organizations*, Wiley & son, New York.
- KELLOWAY, E. K., & BARLING, J. (1990). Item content versus item wording : Disentangling role conflict and role ambiguity. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 738-742
- LAUDE, L., & LOUAZEL, M. (2013). Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(2), 93-106.
- MAZOUZ, B., SPONEM, S. & ROUSSEAU, A. (2015). Le gestionnaire public en question : La difficile conciliation des logiques bureaucratique et managériale. *Revue française de gestion*, 250, 89-104.
- ORTQVIST D. et WINGENT J. (2006). «Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review », *International Journal of Stress Management*, vol. 13, p. 399-422.
- QUIDU, F. (2015). *Processus relationnels et stratégies de réorganisation du système hospitalier français : une analyse dynamique des accords de coopération* (Doctoral dissertation, Université Rennes).
- RAVEYRE, M., & UGHETTO, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, (3), 95-119.
- RIVIÈRE, A., COMMEIRAS, N., & LOUBES, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31 (2), 142-162.
- RIVIÈRE, A., COMMEIRAS, N., & LOUBÈS, A. (2019). Nouveau Management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, 112 (2), 3-20.
- RIZZO, J. R., HOUSE, R. J., & LIRTZMAN, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative science quarterly*, 150-163.
- ROYAL, L. & BRASSARD, A. (2010). Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés. *Gestion*, 35, 27-33.
- SAFY F. (2011). La relation entre souffrance et implication au travail dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources : le cas d'une organisation médico-sociale, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paul Valéry - Montpellier 3.
- SAVALL, H. (1981). *Enrichir le travail humain : l'évaluation économique*, Paris : Dunod.

SAVALL, H., & ZARDET, V. (2012). Nouvel énoncé de la théorie socio-économique des organisations et des territoires, Cahier de recherche ISEOR, Lyon.

SAVALL, H., ZARDET, V. (2016). Maîtriser les coûts et les performances cachés, *Economica*, 6e éd.. Translated in English: Mastering Hidden Costs and Socio-Economic Performances. Charlotte, NC : IAP, 2008.

SCHAUBROECK, J., COTTON, J. L., & JENNINGS, K. R. (1989). Antecedents and consequences of role stress: A covariance structure analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 10 (1), 35-58.

SELYE, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal*, 115(8), 718.

SPECTOR, P. E., & JEX, S. M. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 356-367.

YIN, R. K. (1994). Discovering the future of the case study. *Method in evaluation research. Evaluation practice*, 15 (3), 283-290.

ZOLEZZI, C (2015). Tout savoir sur la fusion hospitalière, intérêts, étapes, changement, Édition Collection : Vade-mecum Pro, B (2019). Vers une approche typologique des alliances stratégiques en s'appuyant sur une approche intégrative : le cas du secteur sanitaire à l'île de la Réunion ». Thèse de doctorat en sciences de gestion et du management - Université de Paris Nord Sorbonne

ZOUABI-OUADRANI, B et SMIDA, A. (2019). Quels besoins à l'origine d'une alliance stratégique entre organisations sanitaires ? », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/6 (N° 6), p. 532-557.

Annexe 1. Liste et fonctions des personnes interviewées

Nom de code	Poste occupé	Ancienneté	Site	Durée (en mn)
Dir	Directeur	3 ans	A et B	62
CS1	Cadre de santé	9 ans	A	76
CS2	Cadre de santé	12 ans	A	52
CD 3	Cadre de santé	8 ans	A	78
CS4	Cadre de santé	8 ans	B	49
CS5	Cadre de santé	10 ans	B	57
MED 1	Médecin	7 ans	A	68
MED 2	Médecin	10 ans	A	71
MED 3	Médecin	12 ans	A	49
MED 4	Médecin	8 ans	A	57
MED 5	Médecin	10 ans	A	68
MED 6	Médecin	11 ans	B	63
MED 7	Médecin	7 ans	B	62
MED 8	Médecin	16 ans	B	58
MED 9	Médecin	23 ans	B	61
MED 10	Médecin	10 ans	B	74
INF 1	Infirmier	10 ans	A	55
INF 2	Infirmier	9 ans	A	62
INF 3	Infirmier	16 ans	A	55
INF 4	Infirmier	12 ans	A	49
INF 5	Infirmier	11 ans	A	54
INF 6	Infirmier	10 ans	B	75
INF 7	Infirmier	17 ans	B	56
INF 8	Infirmier	7 ans	B	84
INF 9	Infirmier	18 ans	B	62
INF 10	Infirmier	16 ans	B	52
Total				1609 mn (soit environ 27 h)