

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

**LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT , GARANT DE LA
CONCRÉTISATION D'UNE FUSION**

**L'EXEMPLE DE LA FUSION DU CENTRE HOSPITALIER DE LAVELANET AVEC
UNE CLINIQUE PRIVÉE**

Frédéric LAVIGNE

Remerciements

A monsieur Philippe GIZOLME, maître de stage et directeur du centre hospitalier du Pays d'Olmes, pour son accompagnement et son soutien.

A messieurs Jean-Marie MIRAMON, directeur de l'ADAGES de MONTPELLIER et Bernard LUCAS, enseignant à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, tuteurs de mémoire, pour leurs conseils éclairés.

A toutes les personnes, dont la liste est jointe en annexe I, qui ont bien voulu m'accorder un entretien lors de l'élaboration de ce mémoire.

A l'ensemble du personnel du centre hospitalier du Pays d'Olmes, pour son accueil et sa disponibilité.

Le Département de l'Ariège



SITES DU CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'OLMES



Site CASSIN



Site SOULANO



Site LAROQUE :
EHPAD de LAROQUE D'OLMES



Site BURG : EHPAD de LAVELANET

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PRESENTATION DU CONTEXTE.....	3
 1.1 La coexistence des deux établissements avant la fusion.....	3
1.1.1 Le centre hospitalier de LAVELANET.....	3
A) Présentation.....	3
a) La prise en charge institutionnelle.....	3
b) Une prise en charge ouverte sur l'extérieur	7
B) Les points forts	9
a) Le projet d'établissement 2001-2005 : pierre angulaire de la prise en charge des personnes âgées dépendantes	9
b) Une offre complète vouée à la population âgée	10
C) Les points faibles	10
a) L'inadaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	10
b) Un plateau technique limité	11
1.1.2 La clinique LA SOULANO	11
A) Présentation.....	11
B) Les points forts	14
a) Une offre médico-chirurgicale diversifiée.....	14
b) La proximité géographique du centre de radiologie.....	14
C) Les points faibles	14
a) Une absence de projet d'établissement réellement défini	14
b) Un plateau technique présent mais pas toujours opérationnel	15
 1.2 L'opération de fusion des deux établissements : une opération d'abord technique	15
1.2.1 Le déroulement dans le temps.....	15
1.2.2 Le processus d'intégration réglementaire du personnel de la clinique	17
A) Le personnel non médical	17
B) Le personnel médical.....	18
1.2.3 La reprise du bâtiment, des immobilisations et des stocks de la clinique.....	20
A) Le bâtiment	20
B) Les immobilisations	21

C)	Les stocks.....	22
1.2.4	Le traitement des contrats	23
A)	Les contrats à durée irrévocabile : un bon outil de planification	23
B)	Les contrats et les marchés publics.....	24
C)	Le transfert de contrat.....	25
1.2.5	Le montage budgétaire : un exercice compliqué	25
2	ANALYSE DE LA FUSION ET RECHERCHE CONCEPTUELLE DES LEVIERS PERMETTANT LA CONSTRUCTION D'UNE IDENTITE.....	27
2.1	Analyse de la fusion	27
2.1.1	Les faiblesses de la fusion.....	27
A)	Une fusion contrainte	27
B)	Le manque de visibilité sur l'avenir à moyen terme	28
C)	Des cultures différentes	28
D)	Une rupture de ligne hiérarchique amplifiée.....	29
2.1.2	Les atouts de la fusion	30
A)	L'assurance du maintien d'une offre médico-chirurgicale indispensable	30
B)	Le maintien des emplois dans un bassin de vie sinistré	31
C)	La dynamisation du centre hospitalier	31
D)	Un management efficace dans des conditions difficiles.....	32
a)	La constitution d'une organisation relais	33
b)	La déclinaison de principes.....	33
c)	Un travail de cohésion sur les instances	34
E)	Une procédure d'accréditation suivie par les deux établissements	35
2.2	Le projet : moteur du changement nécessaire à la construction d'une identité.....	36
2.2.1	Le projet : apports et limites.....	36
A)	Les apports du projet	36
a)	Le projet, porteur de qualités	36
b)	Le projet, gage d'efficience et d'engagement.....	37
B)	Les limites du projet	37
a)	La limite « technique »	38
b)	La limite du temps	38
c)	La limite financière	38
d)	La limite humaine	39
C)	Les acteurs du projet.....	39
D)	Le directeur et le projet	40
2.2.2	Le changement : corollaire au projet	41

A)	Les dérives potentielles du changement.....	42
B)	Les résistances au changement.....	42
a)	Généralités.....	42
b)	Les formes de résistances.....	43
C)	Le directeur et le changement.....	44
3	PROPOSITIONS POUR L'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'OLMES.....	47
3.1	Organiser l'élaboration du projet d'établissement.....	49
3.1.1	Constituer un comité stratégique	49
A)	La composition du comité stratégique.....	49
B)	Les missions du comité stratégique	50
C)	Le fonctionnement du comité stratégique	51
3.1.2	Mettre en place des groupes-projets	51
A)	La composition des groupes-projets	51
B)	Les missions des groupes-projets.....	53
C)	Le fonctionnement des groupes-projets	54
3.1.3	Former et accompagner les acteurs participant à l'élaboration du projet d'établissement	57
A)	La formation par un organisme externe	57
B)	Le prolongement de l'appui méthodologique en interne.....	57
3.1.4	Respecter les différentes phases.....	58
A)	Les phases du projet	58
a)	L'état des lieux et l'analyse des besoins	58
b)	La mise en place des objectifs	59
c)	La définition des plans d'actions	59
d)	Les étapes de validation par les instances	59
e)	L'évaluation transversale de l'élaboration	60
B)	La visualisation des phases du projet	61
3.1.5	Le coût de l'élaboration du projet d'établissement	63
A)	Le surcoût engendré par la mise à disposition des agents	63
B)	L'accompagnement du projet médical par un organisme externe.....	63
C)	La formation des acteurs.....	64
D)	Le récapitulatif de l'estimation des coûts	64
3.2	Communiquer sur le projet d'établissement	65
3.2.1	La communication interne	65
A)	Au niveau des usagers.....	65
B)	Au niveau du personnel.....	66

3.2.2	La communication externe.....	67
A)	Au niveau des usagers potentiels	67
B)	Au niveau des médecins généralistes	68
C)	Au niveau des autres professionnels du secteur sanitaire et social	68
D)	Au niveau des autorités de contrôle et de tarification	68
E)	Au niveau des autres établissements et services sanitaires et sociaux	69
F)	Au niveau des institutions politiques	70
CONCLUSION		71
BIBLIOGRAPHIE		73
LISTE DES ANNEXES		I

Liste des sigles utilisés

ADAGES : Association de Développement, d'Animation et de Gestion d'Etablissements Spécialisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CADI : Cellule d'Accompagnement du Dispositif d'Intégration

CHAC : Centre Hospitalier Ariège Couserans

CHIVA : Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CSI : Commission de Soins Infirmiers

CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

IRM: Imagerie à Résonance Magnétique

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PMSI: Programme de Médicalisation du Système d'Information

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR :Soins de Suite et de Réadaptation

UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION

FUSION¹ n.f (lat *fusio*). **1.** Passage d'un corps solide à l'état liquide sous l'action de la chaleur. *La fusion d'un métal.* SYN. : *fonte*. **2.** *Fig.* Réunion, combinaison étroite entre deux éléments, de deux groupes. *Fusion de deux partis.* ◇ *Fusion de sociétés* : procédé de regroupement de sociétés consistant pour une ou plusieurs d'entre elles à se faire absorber par une autre (*fusion-absorption*) ou à constituer une nouvelle (*fusion par création de société nouvelle*) avant de se dissoudre. **3.** PHYS NUCL. Union de plusieurs atomes légers (hydrogène, deutérium, etc.) en un atome plus lourd.

Commencer par une définition issue d'un dictionnaire peut paraître curieux. Pourtant la fusion est la raison d'être de ce mémoire.

Mais avant d'entamer une réflexion sur la fusion telle qu'elle a été vécue et telle qu'elle évolue, un rappel historique s'impose. Nous allons voir que le centre hospitalier de LAVELANET et la clinique la SOULANO ont des destins croisés.

L'honneur historique revient au plus ancien puisque l'hôpital de LAVELANET est plus que centenaire. Sa création remonte exactement au 12 septembre 1836, lorsque Jean-Baptiste GOFFRES, lègue à la commune pour créer un hospice, un terrain et 25 000 francs. Après de longues tergiversations la construction de l'hôpital est achevée en 1869. LAVELANET possède alors un hospice de 25 lits et un service de médecine de 5 lits. Le soin des malades est confié aux religieuses de la congrégation de CLUNY, qui vont y rester en fonction jusqu'en 1976.

En 1935, l'incendie des combles amène à repenser la structure qui est agrandie. Cette extension permet l'organisation d'un service de médecine et de gériatrie en bas, d'une maternité au premier, et d'un service de chirurgie au second doté d'installations de stérilisation et de radiologie très modernes pour l'époque. Tour à tour viennent s'ajouter une sage-femme qui assiste le praticien de la ville en ce qui concerne la maternité et un chirurgien, qui s'installe à LAVELANET² assurant le service de chirurgie. L'activité chirurgicale croissante provoque la venue d'un anesthésiste en 1951.

¹ Le petit LAROUSSE 2003, p 457

² Auparavant la chirurgie était assurer très ponctuellement par des chirurgiens et anesthésistes de PAMIERS et de FOIX

C'est à partir de ce moment là que l'hôpital va entamer son déclin. L'exiguïté des locaux, l'inadaptation des équipements, les réticences de la commune pour une construction nouvelle, conduisent bientôt le chirurgien à envisager d'implanter une clinique privée. Les conséquences de cette création vont être déterminantes pour l'organisation du secteur médico-chirurgical en Pays d'Olmes. En novembre 1953, la clinique la SOULANO est inaugurée.

Par le phénomène des vases communicants, l'activité chirurgicale de l'hôpital est mise en sommeil tandis que celle de la clinique est florissante. Le service de maternité de l'hôpital ferme le 1^{er} janvier 1979 suivi par le service de chirurgie.

Dès lors le plateau technique du Pays d'Olmes est détenu par la clinique la SOULANO tandis que le centre hospitalier recentre ses activités sur la prise en charge des personnes âgées.

Aujourd'hui la clinique se trouve à son tour dans une situation difficile et le destin rassemble les deux éléments qui s'étaient séparés 50 ans plus tôt.

La fusion, telle qu'elle se présente, est une opération délicate. Par delà les obstacles techniques et juridiques que génère ce type d'opération, la véritable réflexion qui guide ce mémoire est de savoir comment ces deux structures aujourd'hui rassemblées sous une même entité vont construire ensemble une force et une identité commune.

Une première partie décrira les deux établissements au seuil de l'opération de fusion et les premiers éléments constitutifs de la fusion, éléments surtout destinés à réussir l'opération sur le plan technique.

Une deuxième partie analysera les points forts et les faiblesses de l'établissement né de la fusion. Cette analyse sera prolongée par l'étude des concepts de projet et de changement, concepts pouvant favoriser la construction d'une véritable identité du centre hospitalier.

Enfin, une troisième partie posera des propositions dans l'élaboration du projet d'établissement. Ces propositions balayeront l'ensemble des paramètres à prendre en compte lors de l'organisation de l'élaboration, et présenteront une démarche de communication autour du projet.

1 PRESENTATION DU CONTEXTE

Coexistants depuis plusieurs années sur la même commune, le centre hospitalier de LAVELANET et la clinique LA SOULANO ont chacun développé des activités propres ; l'un rattaché à la prise en charge des personnes âgées, l'autre axée sur une offre médico-chirurgicale.

Les difficultés financières majeures rencontrées par la clinique ont amené le centre hospitalier à reprendre ses activités dans une procédure de fusion. Les premiers mois de cette fusion, donnant naissance au centre hospitalier du Pays d'Olmes, ont été consacrés à la réalisation purement technique du rapprochement.

1.1 La coexistence des deux établissements avant la fusion

A la veille du rapprochement, les deux structures développaient chacune des activités très différentes.

1.1.1 Le centre hospitalier de LAVELANET

A) Présentation

a) *La prise en charge institutionnelle*

Le court séjour gériatrique

Ce service a connu un rééquilibrage en 2001, pénalisé, à ce moment là, par un taux d'occupation faible (40%). Il est alors passé de 20 à 10 lits, avec pour objectif à moyen terme d'atteindre les 80% d'occupation, ce qui est aujourd'hui effectif. Son caractère gériatrique est affirmé, puisque la moyenne d'âge des personnes accueillies est de 86 ans. Il est de fait considéré comme un court-séjour gériatrique.

Service de MEDECINE GERIATRIQUE. Statistiques année 2003				
Lits installés	Entrées	Journées	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
10	175	3060	17,49	83,8%

L'activité est centrée sur les pathologies aiguës de la personne âgée. Le caractère poly-pathologique des patients est significatif, avec une prépondérance des troubles de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire.

La durée moyenne de séjour (DMS), bien qu'améliorée en rapport des années précédentes, reste encore légèrement élevée (le court-séjour gériatrique de RODEZ, dans le département de l'AVEYRON, a, en 2003, une DMS se situant aux alentours de 9,5 jours³).

Le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

A l'inverse de l'unité de médecine, le SSR a connu un très fort taux d'occupation (121% en 1999⁴). Ceci a amené la structure à transformer 10 lits de médecine en lits de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ainsi le service de SSR comporte aujourd'hui 28 lits.

Service de SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION. Statistiques année 2003				
Lits installés	Entrées	Journées	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
28	244	9469	38,80	92,6%

Son activité se décompose autour des prises en charge suivantes :

- prise en charge des soins palliatifs,
- rééducation orthopédique et suites d'accidents vasculaires cérébraux gériatriques,
- convalescence de chirurgie avec restauration de l'autonomie (rééducation de l'incontinence, réadaptation aux activités de la vie quotidienne),
- prise en charge des suites d'affections cardiaques et respiratoires,
- prise en charge des démences, en relation avec le psychiatre de secteur, sous forme de convention.

³ DELMAS Frédéric. *Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au centre hospitalier de RODEZ et mise en perspective avec un réseau gérontologique dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital*. ENSP. 2003. P 43.

Les établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Le centre hospitalier comporte deux EHPAD distincts.

Le premier est situé sur la commune de LAVELANET. Il comporte 108 lits dont 25 lits de long-séjour.

EHPAD LAVELANET. Statistiques année 2003				
Lits installés	Entrées	Journées	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
108	86	29924	188	76%

L'activité recensée en 2003 montre un taux d'occupation de 76 %, ce qui semble faible, comparé aux autres structures de même type, la moyenne départementale se situant à 94%⁵. La principale cause de cette occupation modérée tient à l'ancienneté du bâtiment, qui ne permet plus d'accueillir dans des conditions optimales une population âgée, de plus en plus dépendante et présentant fréquemment des troubles du comportement. La structure a cependant, depuis plusieurs années, développé des moyens adaptés à un accueil diversifié, avec notamment la création d'un secteur pour personnes désorientées. L'humanisation de cet EHPAD constitue une priorité.

Le deuxième EHPAD est situé à LAROQUE D'OLMES, ville distante de cinq kilomètres de LAVELANET. Il dispose d'une capacité faible de 15 lits.

EHPAD LAROQUE D'OLMES. Statistiques année 2003				
Lits installés	Entrées	Journées	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
15	9	4289	204	78%

Cet établissement ne dispose d'aucun lit médicalisé ce qui explique un taux d'occupation limité. L'évolution de la dépendance de la population accueillie pose le problème, de plus en plus fréquent, d'un transfert précoce sur le secteur médicalisé de LAVELANET. A

⁴ Projet d'établissement 2001-2005 P 12.

⁵ Activité et population des structures pour personnes âgées. Etude cantonale 2002 conseil général de L'Ariège.

terme, cette absence de médicalisation peut engendrer une restriction des admissions, faute de personnel qualifié en nombre suffisant.

Le projet d'établissement établi pour la période 2001-2005 a posé les bases de la restructuration de ce secteur d'activité.

Le site de LAVELANET sera abandonné en faveur de la construction d'un nouveau bâtiment de 83 lits. Ces lits se décomposeront en deux secteurs : l'un accueillant les personnes présentant une dépendance physique (45 lits), l'autre accueillant les personnes présentant une dépendance psychique (38 lits). Ce projet de construction est estimé à 8 000 000 d'euros ; son avancée le situe actuellement au niveau du dossier de consultation des entreprises. L'ouverture du nouveau bâtiment est prévue pour le printemps 2006.

Le site de LAROQUE D'OLMES, de construction récente (1996), sera agrandi et passera de 15 à 40 lits. La mairie, maître d'ouvrage, travaille en étroite collaboration avec la direction et les équipes de l'hôpital, dans le montage de ce projet. Beaucoup moins avancé dans la procédure, l'ouverture est prévue au même moment, c'est-à-dire au printemps 2006.

Ces restructurations redistribuent l'offre sans toutefois modifier la capacité globale de l'accueil (123 lits).

Parallèlement à ces modifications architecturales, le centre hospitalier est entré en phase de négociation avec les autorités de tarification (conseil général, et Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) afin de finaliser la procédure de conventionnement prévue par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997. Les principaux points de discussion portent sur :

- une médicalisation accrue des structures : surveillance infirmière 24h/24h ceci afin de limiter des hospitalisations et de permettre la poursuite de traitements techniquement plus lourds ; une augmentation du ratio en personnel aide-soignant et aide médico-psychologique pour améliorer les pôles de compétence et de prise en charge ;
- une amélioration de la qualité de vie des résidents : décalage des heures de repas à des heures plus conformes au cycle biologique, accompagnement individualisé plus marqué, etc.

L'unité de soins ALZHEIMER avec consultation mémoire

Cette unité de 12 places a été créée en 1992, c'est-à-dire au tout début du développement de ce type de structure. Seule dans le département, elle a dû accueillir

des personnes de provenance plus large que le simple bassin d'attraction naturel, et, présentant des stades de la maladie très divers.

UNITE DE SOINS ALZHEIMER. Statistiques année 2003			
Places installées	Entrées	Journées	Taux d'occupation
12	8	2079	69%

Cette hétérogénéité de prise en charge pose, aujourd'hui, des problèmes importants, sachant que l'évolution de la maladie conditionne les activités à développer, et, qu'il est très délicat de mener de front plusieurs degrés d'accompagnement.

Ce service, situé sur le site de l'EHPAD de LAVELANET, sera amené à évoluer. Il est aujourd'hui acté que 8 places basculeront dans le secteur médico-social et accueilleront des personnes dont la maladie se situe à un stade léger à modéré. Les 4 places restantes demeureront dans le secteur sanitaire, dans une forme à définir.

Adossée à cette unité, une consultation mémoire complète l'offre. Prévue au départ pour évaluer les personnes susceptibles de fréquenter l'unité de soins ALZHEIMER, elle s'est peu à peu étendue à l'ensemble des personnes présentant des troubles cognitifs, sous l'impulsion des demandes des médecins de ville. Au cours de l'année 2003, 65 consultations ont été pratiquées, avec une moyenne de 2 consultations par semaine. Cette consultation, pluridisciplinaire, regroupe l'intervention d'un médecin gériatre, d'une psychologue, d'une ergothérapeute et d'une infirmière.

Elle ne bénéficie actuellement d'aucun financement spécifique, et s'effectue avec les ressources existantes du centre hospitalier. De plus, un délai d'attente d'environ 3 mois, est à observer avant de pouvoir accéder à cette consultation.

b) *Une prise en charge ouverte sur l'extérieur*

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Créé en 1993, le SSIAD dispose aujourd'hui d'une capacité installée de 17 places. Il fonctionne avec du personnel aide-soignant, pour les soins d'hygiène et de confort. Son action est complétée, pour les soins infirmiers propres, par l'intervention d'infirmiers(ères) du secteur libéral, ayant passé une convention avec le centre hospitalier.

Service de SOINS INFIRMIERS A DOMICILE. Statistiques année 2003			
Places installées	Entrées	Journées	Taux d'occupation
17	12	5595	90,2%

Il couvre l'ensemble du canton de LAVELANET. Le canton voisin de MIREPOIX, reste la seule zone non couverte par un SSIAD, dans le département de l'Ariège. Des discussions sont engagées dans le but de gommer cette carence, sans toutefois, qu'aucune décision ne soit arrêtée.

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)

Le centre hospitalier gère le CLIC depuis octobre 2002.

Le CLIC reçoit une moyenne mensuelle de 34 personnes. A ce jour, plus de 500 personnes ont été vues, et 73% ont nécessité un suivi.

Parmi les demandes, 58% concernent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), 15% une aide administrative, 4% l'aide aux aidants, 3% une demande de placement en établissement. L'origine de la demande émane principalement des professionnels (62%), de la famille (20%), de la personne âgée elle-même (10%).

Le CLIC effectue des actions de suivi. Les visites à domicile sont privilégiées, d'abord, pour une meilleure approche globale de la personne et de son environnement (482 visites, soit une moyenne mensuelle de 40) ; ensuite, pour pallier la difficulté des personnes à se déplacer. La durée moyenne de visite est de deux heures.

Il procède aussi au signalement des personnes en danger, dans une situation de crise ou d'urgence (6 personnes concernées), grâce, notamment, à un protocole de gestion des situations d'urgence.

Le 28 mai 2004 le comité départemental de pilotage du dispositif des CLIC a émis un avis favorable à un label de niveau III (conformément aux règles fixées par la circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/24 du 18 mai 2001, relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination). Ainsi le CLIC de LAVELANET est reconnu :

- dans son rôle d'accueil, d'écoute et d'information ;
- dans sa capacité à mettre en œuvre et à adapter les plans d'aide délivrés dans le cadre de l'APA ;
- dans sa dynamique de partenariat avec les professionnels et les établissements du secteur ;
- dans sa démarche de prévention et sa volonté d'étude des besoins.

L'équipe mobile de soins palliatifs

Mise en place en 2002, cette équipe pluridisciplinaire (médecin gériatre, psychologue, infirmière) a une mission de conseil, de soutien et de formation auprès des professionnels des établissements du secteur.

Son action se voit renforcée par la mise en place en 2003 d'un réseau départemental de soins palliatifs qui a pour ambition première d'offrir une formation spécifique aux acteurs médicaux et paramédicaux intervenant sur le domicile.

B) Les points forts

a) *Le projet d'établissement 2001-2005 : pierre angulaire de la prise en charge des personnes âgées dépendantes*

Datant de 2001, le projet d'établissement a connu à ce jour plusieurs réalisations ou mises en œuvre de réalisation. Il se situe dans le prolongement de la politique menée depuis une quinzaine d'années, politique qui s'articule autour de la prise en charge du patient âgé et qui tisse des activités complémentaires les unes par rapport aux autres, tant au niveau externe qu'au niveau interne.

L'élaboration de ce projet d'établissement a été marquée par un double souci de cohérence et de complémentarité :

➤ Cohérence

Par rapport :

- ➔ aux orientations départementales et régionales relatives à la prise en charge des personnes âgées.
- ➔ au positionnement reconnu de l'établissement dans son secteur, et aux attentes exprimées.
- ➔ aux références de qualité.

En s'appuyant sur :

- ➔ des structures et prestations adaptées et centrées autour des besoins du patient.
- ➔ un management participatif par objectifs.
- ➔ des professionnels associés aux décisions, pour améliorer la qualité des services rendus et la gestion interne.

➤ Complémentarité

Par rapport :

- ➔ à la volonté de conforter la prise en charge globale du patient.
- ➔ à l'objectif d'assurer la continuité des soins, tant en interne qu'en externe.

En s'appuyant sur :

- ➔ des services hospitaliers offrant une prise en charge graduée et diversifiée.
- ➔ la formalisation et/ou le renforcement des relations avec l'ensemble des acteurs et établissements sanitaires et sociaux du bassin de vie.

b) *Une offre complète vouée à la population âgée*

La présentation de l'établissement montre, ainsi, combien le centre hospitalier de LAVELANET est impliqué dans la prise en charge de la personne âgée, implication construite depuis une quinzaine d'années. Cette vocation est d'ailleurs reconnue par les professionnels institutionnels et externes qui n'hésitent pas à faire appel à ses services et à ses compétences.

La diversité des services permet, en effet, d'assurer une continuité dans la prise en charge, et génère une coordination des acteurs. Par delà l'amplitude des services proposés, la recherche d'une cohérence est permanente.

C) Les points faibles

a) *L'inadaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*

Même si le terme EHPAD est quelque peu usurpé, l'avancement dans les négociations menées dans le cadre de la convention tripartite me fait penser que ce terme sera opérant au cours de cette année 2004.

Pour des raisons différentes mais un résultat identique, les EHPAD de LAVELANET et de LAROQUE D'OLMES ont des difficultés à remplir leur mission.

A LAVELANET, la vétusté et l'inadaptation des locaux (7 niveaux) pèsent aujourd'hui dans une prise en charge qui se veut de plus en plus technique et adaptée à la personne. De plus, sa situation géographique⁶, ne permet pas un accès et un déplacement aisés.

A LAROQUE D'OLMES, l'établissement ne faillit pas par sa configuration, puisqu'il est de construction récente, mais bien par son absence de médicalisation. A l'heure où la dépendance croît de façon importante, l'établissement est destiné à disparaître si du personnel soignant qualifié ne vient pas renforcer l'équipe.

b) *Un plateau technique limité*

Historiquement, le centre hospitalier était un établissement médico-chirurgical qui a basculé, au fur et à mesure, vers un établissement de médecine gériatrique. Cette évolution a été marquée par la perte d'un plateau technique, à l'exception d'un appareillage de radiologie.

Certes, la gériatrie n'est pas une discipline très consommatrice en terme de soins ou d'explorations techniques. Néanmoins elle nécessite régulièrement un recours à un plateau technique. Cette situation entraîne des transferts et donc une certaine rupture dans la prise en charge, pouvant être préjudiciable aux personnes âgées très fragiles.

1.1.2 La clinique LA SOULANO

A) Présentation

La clinique LA SOULANO est un établissement privé de court-séjour, à vocation médico-chirurgicale.

Les praticiens exerçant au sein de la structure sont des médecins spécialistes de statut libéral.

Les disciplines chirurgicales présentes sont la traumatologie-orthopédie, l'oto-rhino-laryngologie, l'angiologie, la chirurgie digestive, la gynécologie, l'urologie et l'ophtalmologie.

Les disciplines médicales, elles, relèvent de la cardiologie, de la pneumologie, de la neurologie, de la rhumatologie et de l'endocrinologie.

⁶ L'établissement est perché en haut d'une bute et son accès est marqué par une pente très forte.

Parmi toutes ces disciplines, certaines (cardiologie, chirurgie digestive traumatologique et urologique, ophtalmologie) sont très développées et constituent les piliers de l'activité.

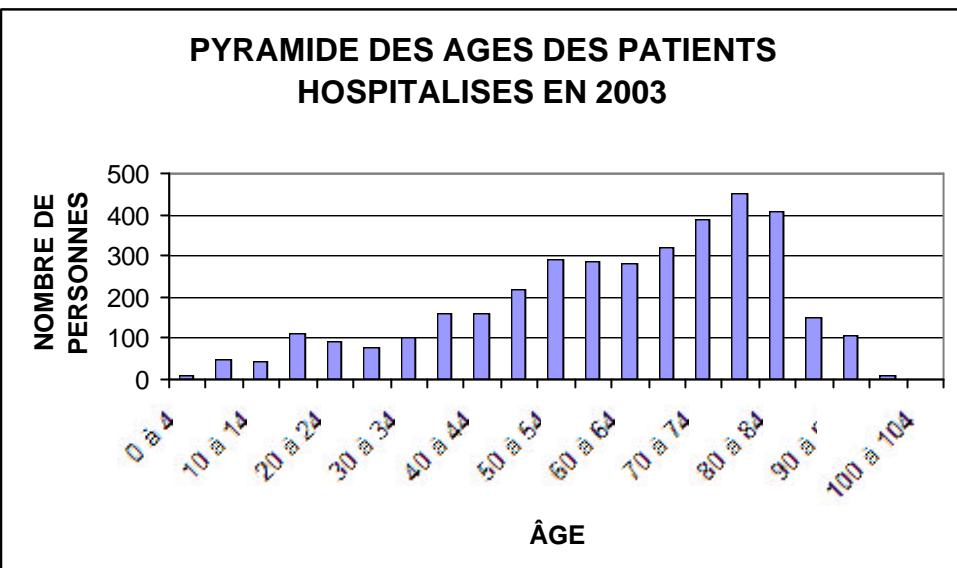
La répartition en lits est la suivante :

- 34 lits de médecine, sans affectation particulière, ouverts à toutes les disciplines médicales, dont 17 sont aujourd'hui hors fonction, par la carence en personnel soignant (le 1^{er} étage du bâtiment est fermé).
- 44 lits de chirurgie se répartissant entre la chirurgie orthopédique, urologique et gynécologique digestive.
- 5 lits dits de réanimation et qualifiés en tant que tels auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Compte-tenu de l'équipement et de la révision du volet « réanimation » du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, ces 5 lits ont vocation à devenir des lits de soins continus.
- 5 places de chirurgie ambulatoire affectées aux disciplines chirurgicales précitées.
- 2 places de chimiothérapie.
- 1 Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU).

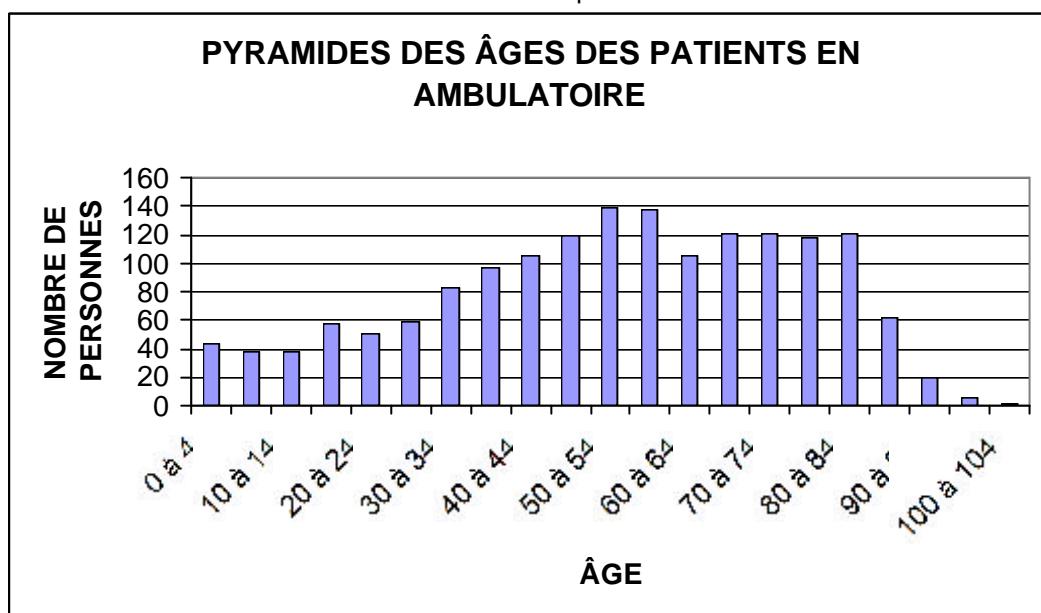
Le bassin d'attraction⁷ de l'établissement se situe sur les deux cantons voisins de LAVELANET et de MIREPOIX (60% des séjours), sur le reste du département de l'Ariège (20% des séjours) et sur la partie ouest du département de l'Aude (18%).

La pyramide des âges des patients montre une fréquentation importante des personnes âgées :

⁷ Données PMSI 2003 de la clinique La SOULANO.



Source PMSI 2003- clinique la SOULANO



Source PMSI 2003- clinique la SOULANO

L'étude du graphique des patients hospitalisés montre que plus de 60% des personnes hospitalisées ont plus de 60 ans. De plus, en individualisant chaque courbe, il est à remarquer que les tranches d'âge les plus représentées vont de 70 à 85 ans.

La pyramide des patients reçus en ambulatoire est moins marquée et rajeunie. Ceci tient au fait que l'ambulatoire est surtout porté par les examens endoscopiques, examens surtout réalisés sur une population d'âge moyen.

B) Les points forts

a) *Une offre médico-chirurgicale diversifiée.*

A l'instar du centre hospitalier pour les personnes âgées, la clinique développe un nombre important d'activités, avec un panel de spécialités présentes, pour le moins fourni. Cette diversité lui assure une attractivité certaine. Pour autant, il est à noter que l'activité est portée par quelques disciplines, le reste relevant plus d'une activité à caractère ponctuel. Associés à cette diversité, la compétence et la renommée de certains spécialistes apportent une valeur ajoutée à l'établissement.

b) *La proximité géographique du centre de radiologie*

Bien que ne dépendant pas de la structure elle-même, le centre de radiologie est situé dans les murs de la clinique. Cette proximité facilite le circuit des patients et évite des transferts intempestifs.

C) Les points faibles

a) *Une absence de projet d'établissement réellement défini*

Il est difficile de percevoir sur cet établissement une véritable politique de soins. Si la mission générale de prise en charge de la population au niveau médico-chirurgical paraît évidente, il manque la définition de véritables orientations, propres à positionner clairement la structure dans le paysage sanitaire et social.

De plus, la collaboration effective avec le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA), siège du Service d'Accueil des Urgences (SAU), pour le fonctionnement de l'UPATPOU,⁸ reste le seul point de coopération marqué, dans une politique publique qui appelle de plus en plus au développement de la coopération entre les différents établissements sanitaires.

⁸ Le CHIVA met à disposition des médecins urgentistes pour le fonctionnement de l'UPATOU,

b) Un plateau technique présent mais pas toujours opérationnel

La présence de ce plateau apporte inévitablement un attrait pour cet établissement. Il permet de développer une activité et des prises en charge complètes, garantissant une certaine autonomie.

Cependant, les difficultés financières couplées à une valeur onéreuse des éléments du plateau technique ont certainement freiné leur renouvellement, et ont entraîné de fait un vieillissement du « parc technique ».

Ces problèmes sont prégnants dans le bloc opératoire et dans le service de soins continus, qui bénéficient de matériels parfois très anciens ou obsolètes, ne répondant pas toujours aux recommandations actuelles, en terme de qualité et de performances.

1.2 L'opération de fusion des deux établissements : une opération d'abord technique

Réalisée dans des délais très courts, la fusion s'est uniquement cantonnée, dans les premiers mois, sur les domaines techniques et juridiques.

1.2.1 Le déroulement dans le temps

Nous venons de voir combien le centre hospitalier suivait depuis quinze ans un axe précis et combien il s'était investi dans la prise en charge du patient âgé. D'ailleurs, nous aurions pu réécrire en septembre 2003 un nouveau projet d'établissement tout à fait similaire à la philosophie de celui en cours.

Souvent alertés par les difficultés de la clinique La SOULANO, nous n'avions jusque là jamais imaginé que la fin de cette institution était si proche.

Le 16 octobre le conseil d'administration du centre hospitalier exprime sa préoccupation sur la situation et le devenir de la clinique. Il affirme sa volonté de s'associer à une résolution pérenne d'offre de soins en Pays d'Olmes, tout en précisant la nécessité de voir perdurer la spécificité gériatrique reconnue à l'hôpital.

Le 23 octobre, une rencontre réunissant les dirigeants de la clinique, les dirigeants de l'hôpital et les élus est organisée sous la présidence de la directrice départementale des affaires sanitaires et sociales. Les données sont claires : les difficultés économiques rencontrées par la société gérant la clinique La SOULANO ne permettent pas une

poursuite de l'activité au-delà du 1^{er} janvier 2004. Ceci signifie la perte d'une offre de soins importante dans le paysage sanitaire ariégeois, la suppression de 110 emplois et des dégâts économiques et sociaux collatéraux importants sur un bassin déjà sinistré. Le centre hospitalier de LAVELANET est pressenti pour la reprise de ces activités, avec toutes les interrogations posées quant à sa capacité à absorber cette opération.

Le 6 novembre l'opération de reprise est actée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Midi-Pyrénées qui convient :

- « *Que les instances des deux établissements doivent délibérer de manière concordante⁹ sur le principe des transferts des autorisations, de la reprise des personnels non médicaux par l'hôpital ainsi que de la reprise des stocks et du matériel dans les plus brefs délais. Les instances du centre hospitalier devront également se prononcer sur la constitution d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) avec les médecins libéraux.*

- *Que les praticiens se prononcent sur ce montage après avis de leur conseil.*

L'ARH demandera au ministère le transfert de l'enveloppe assurance maladie afin de permettre l'abondement du budget du centre hospitalier pour 2004.

Le centre hospitalier devra présenter un dossier d'information au Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) afin qu'il soit rapporté lors de la prochaine séance¹⁰. »

Cette réunion du 6 novembre 2003 est le point de départ des opérations. Il restait donc un mois et demi pour mener à bien les modalités pratiques de la reprise.

Cette nouvelle structure, composée du centre hospitalier de LAVELANET et des services repris lors de la disparition de la Clinique LA SOULANO, s'appelle désormais le centre hospitalier du Pays d'Olmes.

⁹ Le conseil d'administration de l'hôpital s'est prononcé favorablement le 4 décembre 2003 ; l'assemblée générale de la société la Soulano en a fait de même le 1^{er} décembre.

¹⁰ Avis favorable du CROSS donné lors de sa séance du 8 décembre 2003.

1.2.2 Le processus d'intégration réglementaire du personnel de la clinique

A) Le personnel non médical

Le personnel non médical a dû faire face, dans cette opération, à des contraintes statutaires qui encadrent l'intégration d'un personnel privé dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH). L'intégration concernait 110 agents.

Les personnels des établissements privés à caractère sanitaire ou social avaient, avant l'intégration, un contrat de droit privé régi par une convention collective¹¹. Le processus d'intégration de ces personnels est régi par le décret n° 99-643 du 21 juillet 1999.

Le premier point concerne l'ancienneté (Art.1^{er} et Art.4.). Le décret prévoit que les personnels doivent avoir deux années de service à temps complet pour pouvoir intégrer la FPH. Cette mesure implique que certaines personnes embauchées récemment à la clinique, titulaires d'un contrat à durée indéterminée, vont devoir passer par une période de stage avant d'intégrer la fonction publique. Pour les autres, la reprise est effectuée en prenant en compte la moitié des services accomplis¹² dans l'établissement employeur précédent.

Le deuxième point concerne la détermination du corps d'intégration et le classement dans ce corps (Art.2.). Le décret prévoit que l'intégration doit permettre à chaque agent d'occuper un emploi équivalent à celui qu'il occupait précédemment, sous réserve de justification de titres, diplômes ou qualifications exigés. Si cette opération paraît simple pour certaines professions (comme, par exemple, pour les infirmières), il n'en est pas de même pour certains agents administratifs ou techniques ou pour les agents ayant certaines responsabilités, sans qualification particulière vis à vis de leur poste. Toutefois, peu de cas ont posé problème.

Le troisième point traite de la rémunération (Art.5.). Après reclassement dans les corps d'intégration, les personnels conservent la rémunération qu'ils percevaient antérieurement s'ils sont intégrés dans un corps de catégorie C et D, 95% au moins de cette rémunération s'ils sont intégrés dans un corps de catégorie B et 90% au moins de cette rémunération s'ils sont intégrés dans un corps de catégorie A. Si le corps et le grade d'intégration ne permettent pas d'atteindre la rémunération antérieure, une indemnité

¹¹ Convention collective nationale du 22 janvier 1992 relative aux établissements privés sanitaires et sociaux (Union de l'Hospitalisation Privée).

¹² La totalité des services accomplis pour les corps présentant des statuts particuliers. Cela a été le cas des personnels aides-soignants et infirmiers.

compensatrice est versée à concurrence de cette rémunération. Cette indemnité a vocation à diminuer, voire à disparaître au fur et à mesure des avancements ultérieurs. Enfin le quatrième point, précise les modalités de réalisation de l'intégration (Art.6.). L'intégration est effective après un arrêté pris, après avis du conseil supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, conjointement par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie.

Ainsi, le décret permet de cadrer la procédure d'intégration tout en respectant la situation des agents intégrés. Le seul point d'achoppement a concerné le délai d'intégration. En effet, la durée d'attente de l'arrêté interministériel est d'approximativement un an. En attendant cet arrêté, les agents ont bénéficié d'un contrat à durée déterminée, le terme de ce contrat étant lié à la parution de l'arrêté. Ceci a suscité un certain émoi chez les personnels bénéficiant antérieurement d'un contrat à durée indéterminée, émoi justifié par la peur d'une précarisation de leur situation. Les multiples rencontres et la création d'une Commission d'Accompagnement du Dispositif d'Intégration (CADI) ont permis de dissiper les craintes.

Nul doute que la réalisation de l'intégration définitive permettra, même si cela est très symbolique, de favoriser le sentiment d'appartenance à la nouvelle structure.

Avec l'intégration de ces 110 personnes, le centre hospitalier compte maintenant 250 agents.

B) Le personnel médical

Le problème de l'activité des médecins était beaucoup plus épineux. D'abord, les anciens dirigeants de la clinique avaient dénoncé tous les contrats liant les médecins à leur structure au 31 décembre 2003. A fortiori, lorsque nous avons commencé à prendre les choses en main, le 6 novembre 2003, aucun médecin n'était en position de pouvoir exercer à partir du 1^{er} janvier 2004.

Il s'agissait de trouver une solution juridique permettant aux praticiens médicaux libéraux souhaitant s'engager, d'exercer au sein de la nouvelle entité. En fait, aucun dispositif existant ne permettait de réaliser cette opération.

Nous avons donc procédé, avec l'appui de l'ARH, d'un consultant externe et d'un avocat, à l'élaboration d'un dispositif novateur.

D'abord, les médecins se sont regroupés au sein d'une société civile¹³. Cette société a permis le regroupement des professionnels médicaux libéraux participant au pôle de santé de LAVELANET, la participation au Groupement de Coopération Sanitaire, et la

¹³ Régie par les articles 1832 et suivant du Code Civil.

possibilité pour les associés de réaliser des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par le centre hospitalier.

Ensuite, un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)¹⁴ de droit public a été constitué entre le centre hospitalier du Pays d'Olmes et la société civile des médecins. Ce GCS complète le dispositif afin, lui aussi, de permettre, les interventions des praticiens libéraux, la réalisation et la gestion des équipements d'intérêt commun et la détention, en tant que besoin, des autorisations d'activités ou d'équipements matériels lourds¹⁵. Il est à noter que l'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 (Art 18, 19, 20) pose le GCS comme outil de référence dans le cadre de constitution de coopérations sanitaires lourdes. Au moment de l'écriture de ce mémoire, les décrets d'application n'étaient pas encore parus.

Enfin, chaque praticien libéral, membre de la société civile, doit signer avec le centre hospitalier un contrat d'activité libérale¹⁶. Troisième élément du dispositif, il est indissociable des deux autres. Ce contrat s'apparente à une autorisation accordée par le directeur de l'établissement aux praticiens libéraux, pour leur permettre d'exercer leur art sur les usagers du service public. Il précise les moyens mis à disposition, les modalités d'intervention et les modes de versement des honoraires.

Le schéma complet de ce dispositif est présent en annexe 2.

La complexité apparente de ce système se révèle très discrète dans le fonctionnement quotidien. Il nécessite toutefois un travail administratif titanique quant au suivi de l'activité et aux versements des honoraires correspondants.

Il reste que l'activité médico-chirurgicale a été perpétuée par ce procédé. Les médecins conservent leur statut libéral, statut qu'ils comptaient préserver.

¹⁴ Régi par les articles 6133-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

¹⁵ Ceci a été rajouté pour l'éventualité d'une demande d'autorisation.

¹⁶ Régi par les règles de droit public.

1.2.3 La reprise du bâtiment, des immobilisations et des stocks de la clinique

A) Le bâtiment

Les décisions prises pour le bâtiment ont plus tenu de la démarche stratégique d'établissement, que d'une démarche purement mercantile.

Les dirigeants de la clinique ont proposé deux possibilités quant aux solutions potentielles de négociation. Nous pouvions soit acheter le bâtiment selon une valeur à déterminer, soit le louer moyennant une somme forfaitaire.

Dans un premier temps, nous avons opté pour la location avec option d'achat à 24 mois. Cette solution nous permettait de ne pas trop surcharger une section d'investissement déjà bien remplie par la construction du nouvel Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes de LAVELANET, et de pouvoir dégager une marge confortable d'investissements à venir, puisque la nouvelle configuration allait engendrer, de part les nouvelles activités, des acquisitions dans le court terme.

Dans un second temps, nous avons finalement décidé d'acheter le bâtiment. Deux raisons ont conduit à cette solution.

D'abord, il y a cette option d'achat à 24 mois qui nous a gênés. En effet, il nous était impossible de déterminer promptement et avec certitude notre santé financière et notre capacité à pouvoir absorber cet achat, à cette échéance. Dans l'hypothèse d'une incapacité de notre part, le bâtiment aurait été mis en vente et le nouvel acquéreur aurait très bien pu décider de poursuivre une autre activité au sein de ce bâtiment et mettre le centre hospitalier dans un embarras incommensurable.

Puis, la suite de cette fusion pouvait très bien s'envisager à moyen terme par la construction d'un nouveau bâtiment, peut être plus adapté aux missions du centre hospitalier. Toutefois, là aussi, les délais de réalisation de ce type de projet excédaient largement la période des 24 mois.

La fixation du prix de vente du bâtiment n'a posé aucun problème. En effet, quelques mois avant la fusion, le service des domaines avait procédé à une évaluation financière de ce bâtiment. Cette estimation comprenait les murs et les agencements concourant à l'activité. Sont exclus de cette estimation tous les biens entrant dans le fonctionnement de la structure.

D'un commun accord, la vente a été effectuée selon le prix fixé par le service des domaines. La procédure notariale retenue est la cession de fonds de commerce pour le bâtiment et les immobilisations.

Comme il sera indiqué pour les immobilisations, j'ai effectué une visite sur site pour évaluer l'état du bâtiment et de ses agencements, ainsi que pour noter les différents points qui seront à corriger dans un court terme. Cette visite n'a bien sûr eu aucune incidence financière puisque la somme était déjà fixée. Elle n'avait qu'une vocation prospective.

B) Les immobilisations

Compte-tenu de l'activité et de la taille de la clinique, le rachat des différentes immobilisations s'est avéré très délicat.

Il est en effet difficile d'évaluer qualitativement et quantitativement l'ensemble des matériels présents sur le site, concernant à la fois l'activité médicale, l'hébergement, l'informatique, la logistique et toute sorte de biens immobiliers.

La démarche entreprise a été double. Je suis parti du document de base fourni par les dirigeants de la clinique, constitué par l'ensemble des amortissements et la valeur nette comptable des immobilisations. La valeur nette étant établie au 31 décembre 2002, j'ai donc fait une projection de ces mêmes valeurs au 31 décembre 2003. Cette procédure a permis de fixer un premier volume financier et de concrétiser un peu l'ampleur des dépenses à venir.

Ensuite, je me suis rendu sur le site de la clinique pour faire une première évaluation visuelle. Plus que de comptabiliser l'ensemble des biens présents, il s'agissait de « sonder » l'état général des matériels, sondage qui permettait à la fois de porter une première appréciation, et, dans une démarche prospective, de projeter les différents investissements qu'aurait à faire le centre hospitalier dans un court terme.

Cette première phase achevée, le directeur et moi-même sommes passés à la phase de négociation. Les valeurs retenues ont bien étaient celles de la valeur nette comptable à la fin de l'année 2003 et non pas la valeur d'utilité, comme cela était souhaité par les dirigeants de la clinique. Nous avons déduit de la somme totale toutes les immobilisations correspondant aux travaux effectués sur le bâtiment, estimant que celles-ci entraient dans la valeur d'achat du bâtiment. Nous avons mis une option sur les matériels à forte valeur, avec une levée de l'option conditionnée par la présence et l'état de marche effectif de ces matériels.

Les marges de négociation nous ont permis de récupérer plus de 10% de la valeur initiale et de réduire d'autant la charge supportée par l'hôpital¹⁷.

La principale surprise au niveau de ces immobilisations s'est située au niveau du matériel médical. Les premiers mois de la fusion ont été marqués par la défection d'un nombre impressionnant d'appareils médicaux, appareils situés pour la plupart au niveau du bloc opératoire. Ceci a engendré un volume financier important en terme de réparations. De plus, certains de ces matériels étaient déjà en réparation avant que nous prenions les commandes de cet établissement. Les nécessités de fonctionnement et le risque de rupture d'activité nous ont amené à faire effectuer leurs réparations.

Enfin, le déficit chronique connu depuis quelques temps sur certaines immobilisations, nous ont conduit à effectuer rapidement l'achat de matériel neuf. Avant la définition même d'un véritable plan d'investissement, nous avons été obligés de procéder à des dépenses, qui correspondaient plus à la compensation d'un déficit chronique établi qu'à une volonté d'amélioration des prestations fournies.

C) Les stocks

Tout comme les immobilisations, les stocks relevaient d'une grande diversité (pharmacie, produits médicaux, produits d'entretien, etc.). L'attention s'est portée sur les grosses valeurs. Les stocks les plus importants financièrement étaient les produits pharmaceutiques, dont certaines spécialités sont très onéreuses, les prothèses et dispositifs médicaux que l'on trouve au niveau du bloc opératoire.

Si l'évaluation du bâtiment et des immobilisations pouvait aisément passer le 1^{er} janvier 2004, ce n'était pas le cas de l'ensemble des stocks, tout ceci afin que les différents achats soient supportés par les bonnes structures (jusqu'au 31 décembre pour la clinique ; à compter du 1^{er} janvier pour l'hôpital).

L'évaluation des produits pharmaceutiques (à l'officine centrale et dans toutes les pharmacies périphériques) et des produits de bloc opératoire a été effectuée par le pharmacien attaché à la clinique sur lequel nous avons placé notre confiance.

Les différents compteurs (eau, gaz médicaux et domestique, électricité) ont été relevés par nos services techniques avec l'aide du personnel technique s'occupant de l'entretien du bâtiment de la clinique.

¹⁷ Je ne donne pas ici la somme d'achat, cette somme n'ayant que peu d'importance dans ce mémoire et étant de toute façon unique selon chaque opération ; l'utilité se situant surtout dans la procédure et dans les difficultés rencontrées lors de la cession de ces immobilisations.

Il est à noter que l'Agence Régionale d'Hospitalisation nous a accordé une enveloppe de crédits non reconductibles, destinés à couvrir, entre autres, l'achat de ces stocks.

1.2.4 Le traitement des contrats

Lorsque je me suis lancé dans le domaine des contrats, je ne pensais pas être confronté à de telles difficultés.

En premier lieu, j'ai répertorié l'ensemble des contrats détenus par la clinique. Ce travail s'est avéré fastidieux parce que les copies des contrats arrivaient au compte-gouttes. Chaque jour apportait son lot de nouveaux contrats. Au 30 décembre, je disposais de 25 copies de contrats¹⁸.

En second lieu, j'ai déchiffré chaque contrat, puisque de nombreuses formes juridiques (contrat de location, location bail, location financière...), des types particuliers de durée (à durée déterminée, avec ou sans tacite reconduction, à durée irrévocable, etc.) et surtout des montants de contrats très divers, étaient présents.

En troisième lieu, j'ai déterminé les contrats qui n'avaient plus lieu d'être, soit parce qu'ils étaient en doublon avec des contrats déjà existants sur le centre hospitalier, soit qu'ils devenaient obsolètes au sein du nouvel établissement créé.

Tous les prestataires ont été informés de l'opération et de la nécessité pour eux de modifier le titulaire du contrat.

Il convient de mettre en évidence certains contrats influant sur le fonctionnement.

A) Les contrats à durée irrévocable : un bon outil de planification

Les contrats à durée irrévocable me sont apparus très contraignants au départ. Il était, en effet, impossible de modifier quoi que ce soit.

Toutefois, ces contrats ont souvent été conclus pour du matériel médical. Souvent dimensionnés à la durée de vie de ce type de matériel, ils permettent de programmer un renouvellement régulier. Sous réserve d'être attentif à l'échéance des contrats, ils facilitent une réflexion anticipée quant à la politique à mener en terme d'investissement ou d'exploitation. Cette possibilité d'orientation est particulièrement importante car les évolutions techniques du matériel médical sont très rapides.

¹⁸ Le décompte final a totalisé plus de 50 contrats identifiés.

B) Les contrats et les marchés publics

Les contrats que nous avons repris, sont soumis au code des marchés publics. La réforme du code des marchés publics de ce début d'année 2004¹⁹, apporte un certain assouplissement, notamment en relevant des seuils précédemment requis pour l'ouverture d'une procédure de consultation, mais n'efface pas les règles fondamentales de l'achat public, soit la mise en concurrence et l'équité au premier euro.

Dans notre cas, plusieurs contrats avaient un volume financier dépassant les seuils. Ceci était notamment le cas du contrat liant l'institution avec le prestataire préparant et servant les repas au sein du site SOULANO²⁰, ou encore le contrat conclu avec le laboratoire situé sur la même commune. En tout, ce ne sont pas moins de six contrats qui ont nécessité une procédure formalisée de consultation.

Là aussi, l'établissement a dû faire face à un dilemme. La connaissance de l'existence de ces contrats remonte à décembre 2003. La date officielle d'effectivité de la fusion était au 1^{er} janvier 2004. Il nous était donc impossible de lancer une consultation dans les délais impartis, de part le fait que les contrats ne nous appartenaient qu'à partir 1^{er} janvier, et de part le fait que nous avions besoin des prestations décrites à l'intérieur de ces contrats dès cette date. La situation peut paraître utopique mais le simple respect de la procédure nous aurait empêchés de bénéficier de la prestation.

Le directeur, le comptable public et moi-même sommes allés, dans un premier temps, rencontrer des Inspecteurs de la Direction de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes. Le particularisme de la situation a quelque peu brouillé les débats. Les réponses juridiques n'ont pas été éclaircies, ceci étant dû au caractère exceptionnel de l'opération qui n'a pas de solution juridique simple.

Dans un second temps, face à ces difficultés, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation s'est rapproché du président de la Chambre Régionale des Comptes afin de l'informer de l'opération de fusion et d'obtenir une conduite à tenir. Il est convenu que le centre hospitalier bénéficie d'une « fenêtre » lui permettant de mettre en route l'exécution d'un contrat à volume financier important, sans préalable de consultation, sous la condition de lancement d'une procédure formalisée de consultation dans les meilleurs délais. Il va de soi qu'il était impossible de bouleverser les conditions initiales de ces contrats, sauf à y modifier quelques clauses mineures utiles pour redimensionner le contrat à l'échelle du centre hospitalier. Compte-tenu du contexte très contraint et

¹⁹ Décret n°2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics et Circulaire NOR : ECOZ0300024C du 7 janvier 2004 portant manuel d'application du code des marchés publics.

²⁰ Par commodité, j'appelle site SOULANO le site de l'ancienne clinique.

complexe de la fusion, nous avons fixé au deuxième semestre les délais de lancement de la procédure, pour une mise en route de l'exécution des marchés fixée au 1^{er} janvier 2005, soit un an après le début de la fusion. Tous les prestataires de ces contrats ont été prévenus et ont très bien accepté cette obligation de recours à la procédure des marchés publics.

C) Le transfert de contrat

Les modalités de transfert sont très variables.

Il y a d'abord les contrats non transférables. Il a donc fallu renégocier très rapidement un nouveau contrat pour pouvoir continuer à fonctionner.

Ensuite, nous avons des contrats dont le transfert engendre le versement d'une somme forfaitaire. Cette somme varie de 150 à 200 euros, ce qui peut paraître insignifiant au regard des sommes engagées lors de cette opération de fusion, mais qui, multipliée par un nombre de contrats non négligeable, génère une dépense importante pour le centre hospitalier.

1.2.5 Le montage budgétaire : un exercice compliqué

La fusion décidée, il restait à monter un budget à l'échelle du centre hospitalier du Pays d'Olmes. Les dépenses et recettes du centre hospitalier de LAVELANET ont vite été posées, compte-tenu de leur programmation déjà réalisée, lors de l'élaboration du budget prévisionnel 2004, effectué en octobre 2003.

La facilité n'était point la même pour déterminer le budget nécessaire au fonctionnement du site SOULANO.

D'abord les dépenses de personnel étaient déterminées à partir du processus d'intégration dans les corps et grades de la Fonction Publique Hospitalière. A l'instar des contrats, les données permettant de reclasser les personnels n'ont pas été faciles à rassembler. Cette difficulté, couplée au nombre d'agents à intégrer (110 agents), a entraîné un travail important au niveau des ressources humaines. Un volume financier des dépenses afférentes au personnel a été fourni dans un délai très court.

Pour le reste du budget, nous ne disposions, pour seuls documents, que du compte de résultat 2002 et d'une estimation partielle des résultats 2003.

Au final, le budget constitué du simple ajout des dépenses antérieures des deux structures associées, aux dépenses de personnel relevant du processus d'intégration, a été évalué à près de 12 000 000 d'euros (contre environ 3 500 000 d'euros pour l'hôpital dans son ancienne version) soit un budget multiplié par 3,5.

Au terme de cet état des lieux, nous pouvons tirer les enseignements suivants :

En premier lieu, la fusion effectuée a rassemblé deux structures très différentes l'une de l'autre.

En second lieu, la fusion s'est cantonnée à un rôle purement technique.

Après la réussite de l'opération technique, la fusion nécessite une réflexion sur la construction d'une identité forte de l'établissement nouvellement créé.

Par souci de commodité, je distinguerai les deux sites réunis sous l'entité du centre hospitalier du Pays d'Olmes : le site de l'ancienne clinique sera nommé SOULANO et le site originel de l'hôpital sera nommé CASSIN.

2 ANALYSE DE LA FUSION ET RECHERCHE CONCEPTUELLE DES LEVIERS PERMETTANT LA CONSTRUCTION D'UNE IDENTITE

Nous analyserons d'abord les faiblesses et les forces de cette opération de fusion. Dans un second temps, nous aborderons les concepts de projet et de changement, outils indispensables à la construction de l'identité du nouvel établissement.

2.1 Analyse de la fusion

2.1.1 Les faiblesses de la fusion

A) Une fusion contrainte

La première contrainte est une contrainte temporelle. Le délai entre la décision de réaliser cette fusion et la réalisation elle-même a été extrêmement court (moins de deux mois). Il n'a pas permis d'anticipation et de réflexion sur la conduite d'un processus d'accompagnement structuré de l'opération.

La deuxième contrainte est une contrainte économique. Si les dimensions éthiques et sociales de cette opération de survie ne souffrent d'aucune contestation, les garanties économiques de réussite n'étaient pas assurées par avance. Très vite, le fonctionnement et l'organisation de ce nouvel établissement nous ont montré que l'opération de fusion générait un certain nombre de surcoûts et que la capacité d'autofinancement de l'établissement ne permettait pas de couvrir l'ensemble des dépenses. Une certaine inquiétude est alors née de cette situation. Cependant l'implication marquée du directeur de l'ARH de Midi-Pyrénées dans cette opération pouvait laisser penser que ce critère serait étudié au sein des instances régionales.

La troisième contrainte est une contrainte juridique. Tout le montage juridique permettant aux médecins libéraux d'exercer sur le centre hospitalier est élaboré sans aucun point de référence national et sans aucun support juridique précis. L'établissement doit donc développer un système innovant, certes, support des futures opérations de fusion entre des établissements publics de santé et des cliniques privées, mais inconfortable à mener dans un cadre expérimental.

B) Le manque de visibilité sur l'avenir à moyen terme

Corrélativement aux contraintes de l'opération, la fusion se tourne, urgence oblige, vers une administration au jour le jour. Concentré sur l'aspect technique et juridique, il est alors difficile de se projeter vers l'avant et de définir une vision claire des évolutions à impulser. Il faut donc attendre un apaisement de la première phase de la réalisation et la stabilisation du montage juridique de la fusion pour pouvoir construire sereinement l'image future de l'établissement.

C) Des cultures différentes

La définition de la culture d'une organisation peut être modifiée selon qu'elle est émise par un sociologue, un anthropologue, un psychologue, etc. En pratique, la culture est un ensemble de valeurs durables et partagées par tous les membres de l'entreprise. Si vous demandez à un acteur de vous présenter la culture de son entreprise, il aura bien du mal à vous l'expliquer.

Les différences culturelles qui existent au sein du centre hospitalier tiennent bien sûr à l'histoire de chaque établissement, mais aussi aux activités que mènent les acteurs.

La fusion porte en elle l'idée de bouleversement et de changement. Dans ce climat d'incertitude, la culture peut offrir des règles rassurantes, voire un repli.

De ce fait, un travail devra être mené par l'établissement. En effet, la culture apporte un sentiment d'appartenance. Elle sert à tous de lien et de langage commun pour communiquer, travailler en équipe et accomplir les tâches quotidiennes.

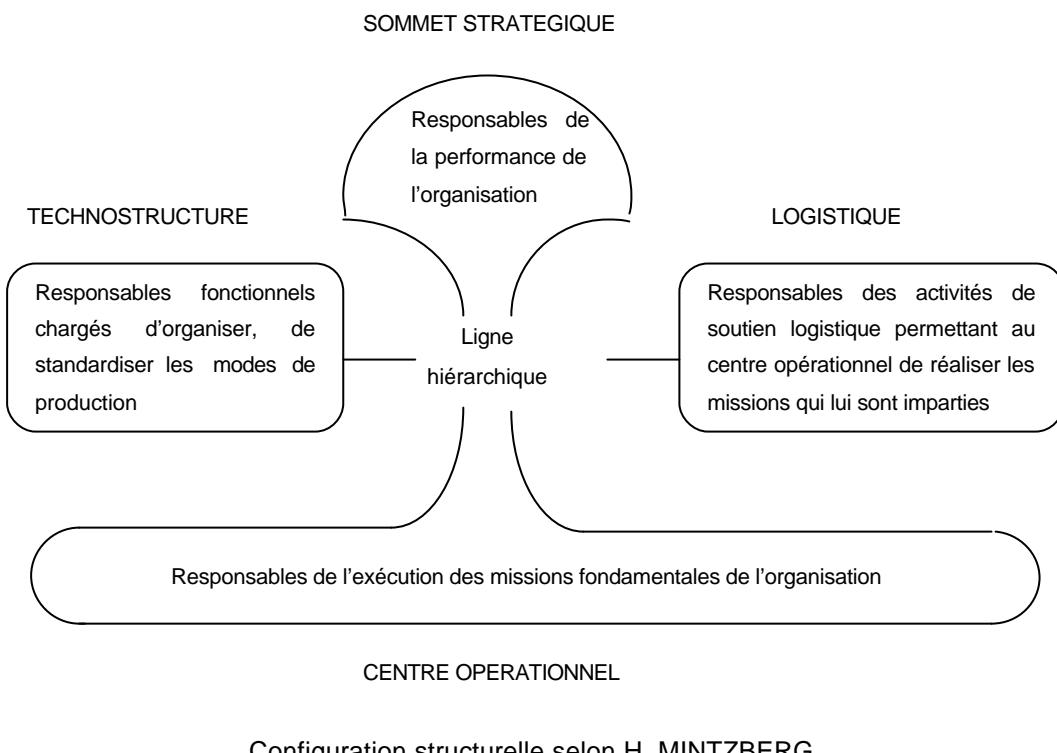
Une bonne adéquation entre la culture et l'environnement se traduit par des performances nettement meilleures. Ceci poser, il est utile de dire qu'un changement de l'environnement interne ou externe doit entraîner une adaptation de la culture.

Etre capable de changer la culture est donc crucial mais compliqué. Il faut être conscient qu'elle change lentement et ne se transforme pas par décret. Quatre possibilités se présentent lors d'une fusion :

- soit la culture d'une organisation s'impose sur l'autre
- soit la culture de chaque organisation est conservée séparément
- soit les deux cultures sont amenées à fusionner dans le temps
- soit enfin une culture «composite», formée des meilleurs éléments de chaque culture, est créée.

D) Une rupture de ligne hiérarchique amplifiée

Michel CREMADEZ dans son ouvrage « *Le management stratégique hospitalier* » décrit la configuration structurelle d'une organisation selon le schéma suivant²¹ :



Excepté l'étude de la technostructure et de la logistique, il est intéressant de situer le lien existant entre le sommet stratégique, qui peut être assimilé à la direction de l'établissement, et le centre opérationnel incarné par les soignants (médecins, infirmières...).

Le fonctionnement hospitalier entraîne par essence une rupture du lien hiérarchique entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, le directeur ne pouvant diriger l'action des responsables médicaux. Ainsi les acteurs non médicaux du centre opérationnel sont sous une double influence : l'une administrative représentée par le directeur, l'autre soignante représentée par les médecins.

La fusion n'a pas remis en cause cette rupture du lien hiérarchique mais l'a, par contre, amplifiée par l'augmentation importante du nombre de médecins (passant de deux avant la fusion à trente, aujourd'hui).

²¹ Michel CREMADEZ, *Le management stratégique hospitalier*, Interéditions, 1997, p18

2.1.2 Les atouts de la fusion

A) L'assurance du maintien d'une offre médico-chirurgicale indispensable

Avec sa capacité d'accueil, le site SOULANO représente une part importante de l'offre médico-chirurgicale de l'Ariège. Il partage l'activité MCO²² du département avec les deux autres centres hospitaliers qui sont le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège (CHIVA), distant d'environ 40 km, et le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC), distant, lui, de 80 km. Ce découpage découle du relief ariégeois qui partage le département en trois vallées principales.

Selon un document de travail fourni par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) de Midi-Pyrénées, lors de la révision du volet réanimation du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, la répartition de l'activité MCO en Ariège est la suivante :

	Nombre de séjours MCO ²³	%
Site SOULANO	5200	17
CHIVA	20529	67
CHAC	5017	16
Total	30746	100

La fermeture du site SOULANO signifiait un transfert de 17% de l'activité MCO vers les deux autres structures ariégeoises, structures qui étaient dans l'incapacité technique (capacité d'accueil et plateau technique insuffisants) de pouvoir absorber, dans un délai si court, ce surcroît d'activité.

De plus, l'étude des flux d'activité d'hospitalisation de court-séjour en région Midi-Pyrénées²⁴ montre que l'Ariège n'est pas dans une situation favorable. En effet, avec un non résident sur dix patients accueillis, le département est relativement peu attractif. Ce phénomène est couplé à des fuites importantes, car plus d'un tiers des habitants ariégeois effectue des séjours hors du territoire. L'Ariège subit une forte attractivité de la Haute-Garonne qui représente l'essentiel des hospitalisations hors département.

²² Médecine-Obstétrique-Chirurgie.

²³ Données 2001.

²⁴ Source DRASS-ARH visible sur www.arhmip.fr.

Nul doute que la disparition du site SOULANO aurait amplifié les mouvements de fuites d'activité vers les départements limitrophes, ainsi que, la faible attractivité du département.

B) Le maintien des emplois dans un bassin de vie sinistré

Le bassin de vie du Pays d'Olmes, zone d'attraction du centre hospitalier, est constitué du canton de LAVELANET, du canton de MIREPOIX et de la pointe ouest du département de l'Aude.

Cette zone s'est développée autour de l'activité textile depuis le début du XXe siècle. Constitué d'abord de petites unités, ce secteur s'est ensuite concentré, vers 1960, autour de grands groupes, ce qui a provoqué la disparition progressive des petits artisans.

A partir de 1989, les problèmes majeurs de cette industrie ont provoqué des restructurations successives. Ainsi, plus de 3 000 emplois ont disparu, passant le nombre de salariés du textile de 5 000 à 2 000 personnes.

Ce déclin, malgré des mouvements sociaux de grande ampleur, a entraîné le départ de nombreuses personnes, notamment jeunes, vers des bassins d'emploi plus fertiles.

La population des cantons de LAVELANET et de MIREPOIX a, de ce fait, diminué entre les recensements de 1990 et de 1999 (27 682 habitants en 1990, 25 528 en 1999). Les effectifs scolaires ont fléchi de 50% entre 1980 et 2000.

La disparition des 110 emplois existant sur le site SOULANO aurait encore aggravé une situation sociale déjà sinistrée.

Par ricochet, la perte de ces emplois aurait pesé sur l'activité économique et commerciale du bassin de vie. Les sociétés en lien direct avec le centre hospitalier auraient ainsi subi de plein fouet la perte d'activité de ce site. Parmi elles, nous pouvons citer le centre de radiologie, le laboratoire d'analyses médicales ou encore les sociétés d'ambulances.

C) La dynamisation du centre hospitalier

La fusion a permis de donner naissance à un centre hospitalier de 244 lits et de 36 places.

	SITES	SERVICES	PLACES	LITS		
CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'OLMES	CASSIN	Médecine gériatrique		10		
		Soin de Suite et de Réadaptation		28	38	
		Soins Infirmiers A Domicile	17		17	
		Centre Local d'Information et de Coordination	*	*	*	
		Equipe Mobile de Soins Palliatifs	*	*	*	
	SOULANO	Médecine		34		
		Chirurgie		49	83	
		Chirurgie ambulatoire	5		7	
		Chimiothérapie	2			
	BURG ²⁶	UPATOU ²⁵	*	*	*	
		EHPAD		108	108	
	LAROQUE ²⁷	Unité de soins ALZHEIMER	12		12	
		EHPAD		15	15	

Ce nouvel établissement présente d'abord l'avantage d'offrir une palette de services très large à la population.

Ensuite, sa taille lui permet de se positionner de manière plus prégnante dans le paysage sanitaire. Cantonné auparavant dans la prise en charge des personnes âgées et faiblement équipé sur le plan technique, il rejoint maintenant les autres centres hospitaliers départementaux (CHIVA, CHAC) au niveau de l'offre sanitaire. Cette place plus marquée est un atout indéniable, si une éventuelle situation de concurrence venait à se présenter.

Enfin, le contexte très contraint et difficile de cette opération de fusion est suivi et accompagné par les autorités de tarification et de contrôle. Nul doute que ces mêmes autorités seront très attentives au devenir du centre hospitalier et aux différents projets qu'il souhaitera développer.

D) Un management efficace dans des conditions difficiles

La nouvelle configuration de l'établissement met la direction et son équipe dans une situation très inconfortable. D'un établissement structuré, doté d'une vision claire sur son

²⁵ Unité de Proximité, d'Accueil et de Traitement et d'Orientation des Urgences.

²⁶ Site de l'EHPAD de LAVELANET.

²⁷ Site de l'EHPAD de LAROQUE d'OLMES.

devenir, le directeur se trouve à la tête d'une structure qu'il connaît peu et fondamentalement différente dans ses missions et dans sa façon de fonctionner.

Face à cette situation de déséquilibre, l'équipe de direction agit selon plusieurs facettes, de façon, non pas, à rechercher un équilibre parfait et rapide, mais à assurer un fonctionnement plus rationnel.

a) *La constitution d'une organisation relais*

Plus l'organisation est grande plus le manager est isolé. Cette situation vaut bien sûr pour le centre hospitalier. De fait le directeur a nommé des responsables de services : les responsables déjà présents avant la fusion et deux responsables soignants au sein des services du site SOULANO²⁸.

De plus, un organigramme fonctionnel est élaboré. Cet organigramme éclaire les démarches des agents au sein de l'établissement en identifiant toutes les personnes qui, sectoriellement, peuvent apporter des réponses concrètes aux différentes situations ou problèmes rencontrés.

Enfin, une réunion, rassemblant l'équipe de direction et les responsables de service, est mise en place tous les quinze jours. Le principal atout de ce dispositif est de permettre au directeur de se tenir proche des réalités de son établissement et d'y apporter ponctuellement des touches correctives.

b) *La déclinaison de principes*

Il ne s'agit pas ici de poser les orientations futures du centre hospitalier, mais de fixer les acteurs autour de repères qui guideront à minima leurs actions et permettront au directeur de justifier certaines décisions.

D'abord un principe de sécurité est posé. L'intégration, aussi sensible, de services comme le bloc opératoire ou la réanimation, entraîne forcément une attention particulière. Cette attention est d'autant plus vive que nous connaissons les conditions d'exercice parfois difficiles (matériel obsolète, rythme soutenu) à l'intérieur de ces unités. Ce principe permet de soutenir les décisions prises quant aux investissements engagés au niveau du matériel

²⁸ Ces responsables étaient déjà identifiés sur la clinique mais leur participation active et directe sur les services de soins avait quelque peu atténué leur rôle d'encadrement.

médical. De même, il rend possible une organisation plus structurée des rythmes de fonctionnement au niveau du bloc opératoire.

Ensuite, un principe de qualité est établi. Fort large dans son acception et surtout dans ses déclinaisons pratiques, la mise en avant de la qualité est surtout destinée aux usagers et aux professionnels du secteur sanitaire et social afin que ceux-ci accordent du crédit à la nouvelle institution. Le développement d'un service de qualité en est la condition indispensable.

Enfin, le dernier principe posé est celui de la complémentarité au sein des multiples services composant le centre hospitalier. Ce principe de complémentarité a surtout été mis en avant par rapport à la prise en charge du patient âgé.

c) *Un travail de cohésion sur les instances*

La recherche de «ponts de liaison » entre les deux sites est un souci constant. Cette recherche nous amène à travailler sur les différentes instances du centre hospitalier. Ainsi la règle retenue nous invite à ouvrir l'ensemble des instances aux acteurs du site SOULANO afin qu'ils soient présents dans tous les lieux de réflexion et de décision.

Cette volonté délibérée doit coordonner le dispositif réglementaire et la situation locale, empreinte d'une particularité forte.

Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)²⁹, pose le problème de l'électivité de ces membres. Renouvelé dans le dernier trimestre 2003, le CTE a donc une composition fixée. Celui-ci a toutefois été ouvert aux représentants syndicaux du site SOULANO sous la seule condition de respecter lors de chaque réunion la proportion en nombre de sièges obtenus par chaque syndicat lors des dernières élections. Ce même système est employé pour la participation au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)³⁰ puisque sa composition est une émanation des élections pré-citées.

La participation à la Commission Médicale d'Etablissement (CME)³¹, elle, se révèle plus sensible, de part les nouvelles activités portées par le centre hospitalier et de part le nombre important de médecins intervenant sur l'ensemble des sites. La composition qui en découle a pour objectif de refléter le plus fidèlement possible toutes les composantes de l'activité médicale.

²⁹ art. R. 714-17-1 et s du Code de la Santé Publique.

³⁰ Art. R. 266-23 à R.266-31 du Code du Travail.

³¹ Art. L6144-1 du Code de la Santé Publique.

La CME jouera un rôle primordial dans la définition du projet médical d'où l'importance de la dimensionner aux enjeux futurs.

Des agents du site SOULANO ont été intégrés dans les instances où les membres sont désignés (Commission de Soins Infirmiers : CSI, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales : CLIN). Enfin, de nouvelles instances ont été créées pour faciliter le passage de la fusion. C'est notamment le cas de la Cellule d'Accompagnement au Dispositif d'Intégration (CADI).

E) Une procédure d'accréditation suivie par les deux établissements

Instituée par les « ordonnances JUPPE³² » et sous la direction de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), l'accréditation vise à inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé à analyser leur organisation et à améliorer la qualité des prises en charge.

Le centre hospitalier bénéficie en son sein d'une unité « gestion de la politique qualité » identifiée et structurée. Cette unité, présente bien avant la fusion, a mené, avec la participation de l'ensemble des acteurs de l'établissement, la procédure d'accréditation au cours du mois de juin 2003³³.

La clinique la SOULANO a, elle, reçu les experts-visiteurs de l'ANAES au cours du mois de septembre 2003, seulement quelques mois avant la fusion.

Le fait que les deux structures aient conduit une procédure d'accréditation peu de temps avant de fusionner, constitue un atout indéniable.

En premier lieu, nous disposons de l'auto-évaluation effectuée par la clinique, ce qui permet d'accélérer la connaissance de l'organisation du site SOULANO et les éventuelles corrections à apporter. Cette auto-évaluation sera complétée par le compte-rendu du collège d'accréditation³⁴.

En second lieu, les acteurs des différents sites peuvent être amenés à se rapprocher sur le thème de la qualité, thème commun qu'ils ont travaillé lors des procédures d'accréditation.

³² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, titre II.

³³ Le rapport d'accréditation du centre hospitalier de LAVELANET est disponible sur le site de l'ANAES (www.anaes.fr mise à jour du 28 janvier 2004).

³⁴ Ce compte-rendu ne nous est pas parvenu à ce jour.

2.2 Le projet : moteur du changement nécessaire à la construction d'une identité

2.2.1 Le projet : apports et limites

« *Projet : ce que l'on a l'intention de faire. Ensemble d'actions relatives à une organisation destinées à mieux atteindre les objectifs fixés.*³⁵ »

Deux de ses origines latines définissent aussi très bien le projet : *projicere* qui peut se traduire par « se projeter, se jeter en avant » et *prospicere* qui peut se traduire par « regarder devant soi ».

Le projet contient en lui une vision dynamique et portée vers l'avenir. Il rompt en ce sens avec l'idée d'immobilisme et de conservatisme, concepts confortables dans lesquels toute organisation est tentée de demeurer.

Il porte l'organisation vers le futur permettant ainsi toute réflexion et toute latitude dans le conscient collectif. « *Il est ainsi pris entre le rêve et la réalité. Il permet d'entrevoir et d'identifier des directions à prendre, et en cela, le projet est directement lié à la fonction de direction car il oblige à anticiper, prévoir, planifier, coordonner, évaluer, rassemblant ainsi les actions principales d'un directeur d'établissement*

³⁶. »

A) Les apports du projet

a) *Le projet, porteur de qualités*

Le projet est porteur de plusieurs qualités fondamentales qui en font toute sa force.

D'abord le projet est l'expression d'une recherche de sens. Ainsi, il permet de mettre une intention derrière chaque initiative.

Mener un projet est vouloir quelque chose ; son sens se renforce au fur et à mesure de l'avancement des différentes étapes. Dans le prolongement de la notion de sens, le projet permet aux acteurs de développer une éthique et des valeurs communes et permet ainsi de travailler sur la recherche d'une culture commune. Cette culture commune constituera

³⁵ Petit LAROUSSE 2003, P 828.

³⁶ Patrick LEFEVRE, *Guide de la fonction de direction*, p 197-198.

le ciment de cette fusion et donnera au centre hospitalier sa véritable dimension identitaire.

Ensuite le projet est porteur de la notion d'anticipation. L'anticipation est bien la médiane entre l'immobilisme et la précipitation. Elle est une nécessité pour le dirigeant. Elle balise et jalonne les étapes du projet, rassurant ainsi les différents acteurs. Gage de réussite, elle confère au groupe projet une efficacité et une cohésion amplifiées.

Enfin, le projet est aussi synonyme d'autonomie. Malgré des contraintes juridiques et réglementaires, l'hôpital porte en lui une marge d'autonomie que le projet permet d'exprimer. En effet, les objectifs et le cadre de références dans lesquels s'inscrit le projet rendent possible une liberté d'action. Le projet, source de décisions et d'initiatives, permet à chacun des acteurs de se réaliser au travers des missions qui leur sont confiées.

b) Le projet, gage d'efficience et d'engagement

Le projet est source d'efficience car il permet de canaliser l'énergie d'un groupe vers des objectifs et des buts clairs. Son organisation se décline selon un mode qui lui est propre : mode différent des rouages habituels de l'organisation ; elle est plus souple, plus évolutive. Les acteurs deviennent créateurs de leur propre organisation et développent un état d'esprit d'amélioration continue.

Le projet est source d'engagement. Il faut d'abord préciser que l'engagement ne va pas de soi ; il est une réponse aux conditions rencontrées. Ainsi, l'environnement, le contexte, les moyens mis en œuvre sont autant de paramètres influant sur lui.

Le projet agit sur la l'engagement par son pouvoir fédérateur qui rend les acteurs solidaires d'un processus en mouvement. Ces mêmes acteurs détiennent une responsabilité qui les engage dans la nécessité de prendre en charge, de proposer des solutions, de faire des choix.

B) Les limites du projet

Comme toute notion, le projet, même s'il comporte de nombreuses qualités, véhicule aussi un certain nombre de limites qui ne sont pas à négliger.

a) *La limite « technique »*

Cette limite relève de la description du produit ou de la prestation de service à venir. Cette description portant sur des aspects fonctionnels (besoin à satisfaire), techniques (fiabilité), qualitatifs ou quantitatifs, peut faire échec à la notion de projet si la structure n'est pas en capacité, de part sa configuration, à répondre efficacement aux besoins exprimés initialement³⁷. Ici l'utopie ne doit pas remplacer l'ambition.

b) *La limite du temps*

Le temps est un facteur déterminant dans la conduite de projet. Si celui-ci est trop court, il risque de donner des résultats partiels, le groupe projet n'ayant pas suffisamment de temps pour réunir, traiter toutes les informations, et lancer des préconisations pertinentes. Si celui-ci est trop long, le projet fera face à un essoufflement et perdra de sa dynamique du fait d'une attente trop longue de résultats, et peut, même, faire face à une certaine obsolescence si les critères fixés au départ se révèlent décalés face à une nouvelle actualité.

Ce facteur temps prend aussi une dimension importante dans le cadre de l'opération de fusion. Je trouve essentiel de lancer rapidement la procédure de projet, seule apte à pouvoir garantir la construction d'une vision unitaire et coordonnée de ce nouvel établissement. A contrario, le manque de réponse au besoin de développement de projet peut geler les positions des différents acteurs et empêcher d'orienter dynamiquement la structure dans le paysage sanitaire et social.

Il faut absolument lutter par le projet contre le manque de visibilité généré naturellement par la fusion.

c) *La limite financière*

Tout comme le temps, l'argent est une composante contrainte du projet. Corollaire au principe du respect d'un cadre de conduite, la dimension financière est essentielle puisqu'elle permet de délimiter les frontières minimales et maximales, frontières qui

³⁷ Le besoin de prévention des cancers peut très bien être posé sans pour autant que cela se traduise par le projet d'installation d'un appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM), certes techniquement très élaboré et efficace au regard de la prévention mais démesuré au regard des capacités techniques et financières du centre hospitalier.

apporteront une réponse efficace aux besoins initialement déterminés tout en respectant des enveloppes budgétaires, de toute évidence limitatives.

Cependant, Pascal FORCIOLI³⁸ précise que « *la fusion nécessite un investissement financier important ; sans investissement il ne peut y avoir de restructurations. C'est ce que les industriels appellent la nécessaire recapitalisation dans les opérations de regroupement (...). Il faut donc prévoir un plan pluri-annuel d'investissement ambitieux et trouver des modalités de financement ad hoc.* »

L'aspect financier ne doit toutefois pas être la raison principale au projet. Le danger, dans ce cas là, est de transposer le projet d'une logique d'objectifs à une logique de moyens, et de le vider ainsi de toute sa substance originelle. La notion de réponse aux besoins en santé de la population deviendrait ici totalement absente.

d) *La limite humaine*

Un projet nécessite de mobiliser des acteurs. Le temps passé à travailler sur le projet est un temps où l'agent est absent de son service. Cela signifie qu'un projet, si la politique des ressources humaines n'a pas pesé toutes les incidences d'une mise à disposition d'agents, peut devenir une contrainte telle, qu'elle remet en cause le fonctionnement même de certains services. Il faut donc mesurer et doser le travail potentiel que devront fournir les acteurs du groupe projet.

De même, les agents peuvent se trouver submergés par le projet si les objectifs fixés au départ se révèlent trop larges et/ou trop lourds dans leur mise en œuvre, et peuvent ainsi perdre leur efficacité et leur motivation.

C) Les acteurs du projet

Les acteurs à mobiliser composent l'ossature du projet. Comme le précise Gilles GAREL³⁹ « *quelle que soit l'organisation qui agence leurs relations, la taille du projet ou son mode de pilotage, les acteurs du projet sont peu ou prou les mêmes* ». Du schéma qu'il propose dans son ouvrage, l'adaptation qui suit peut être proposée :

³⁸ *Gestions hospitalières*, n°391, décembre 1999, p 740

³⁹ Gilles GAREL, *Le management de projet*, p 19.

<i>Celui ou ceux qui...</i>	<i>... s'appellent</i>
<i>Prescrivent, évaluent, réorientent, voire arrêtent le projet</i>	Usagers, directeur, autorité de contrôle, autorité de tarification etc.
<i>Pilotent le projet</i>	« <i>Manager de projet, chef de projet, directeur de projet, coordonnateur de projet, etc.</i> ».
<i>Réalisent le projet</i>	« <i>Membres de l'équipe projet qu'ils soient acteurs projet ou acteurs métiers⁴⁰, internes ou externes à l'établissement</i> ».
<i>Entourent le projet</i>	Usagers, collectivités territoriales, syndicats, etc. « <i>Sans faire partie de l'équipe projet ils influencent directement son fonctionnement</i> ».

Ce tableau montre que de nombreux acteurs « gravitent » autour d'un projet. Toute la complexité réside dans le fait que les acteurs directs ou indirects viennent de multiples horizons et peuvent, de ce fait, influer dans diverses directions. Il me paraît important de préciser ici que les acteurs de l'équipe projet doivent appliquer les règles managériales de conduite de projet pour une meilleure coordination et une plus grande transparence dans leurs démarches. Ceci permettra au projet d'être compris et accepté par le plus grand nombre.

D) Le directeur et le projet

Le directeur est l'acteur principal du projet. Présent à tous les stades, il est garant de sa cohésion.

Fédérateur, il rassemble les acteurs autour du projet, affirme la dimension fondamentale du projet en déclinant ses finalités. De plus, sa position lui permet de « baliser » les limites du projet et de le mettre ainsi en adéquation avec les orientations politiques locales ou nationales.

⁴⁰ Gilles GAREL distingue les « acteurs projets » qui sont dédiés au projet et qui interviennent sur la totalité du projet, des « acteurs métiers » qui n'interviennent que ponctuellement sur le projet dans un périmètre défini en fonction de leurs compétences.

Stratège, il analyse les forces et les faiblesses de son établissement de façon à mieux le situer dans l'environnement et de dégager, de fait, tous les éléments qui vont concourir à renforcer le rôle de la structure au sein du paysage sanitaire et social. Cette fonction permet aussi de favoriser d'éventuelles coopérations dans un but d'ouverture sur l'extérieur, coopérations de plus en plus développées dans notre secteur.

Animateur, il participe à la mise en œuvre du projet. Le projet est synonyme de changement et de remise en cause d'un fonctionnement établi. Le directeur doit, par son pouvoir de persuasion et sa pédagogie, convaincre de l'utilité de mener un projet, et, de l'importance que celui-ci a dans le devenir de l'institution. La communication est la cheville ouvrière de cette fonction.

2.2.2 Le changement : corollaire au projet

Le petit LAROUSSE donne pour définition⁴¹:

« *Changement : action, fait de changer, de se modifier, en parlant de quelqu'un ou de quelque chose. Ensemble de mécanismes permettant une transformation.* »

Si nous nous fions à cette définition première, changer représente une action modificatrice d'un système ou d'un comportement. La perception du changement peut être modulée en fonction de plusieurs paramètres :

- le cadre de référence : les valeurs, l'éducation, les visions de la société ou du système, les aspirations ;
- le temps : valeur importante du changement, le temps mis pour réaliser une action de changement est très différent d'un individu à l'autre, selon ses dispositions individuelles et selon sa place au sein du processus de changement (acteur pilote ou acteur piloté) ;
- l'origine du changement : cause extérieure, initiative des acteurs.

Le changement doit alors s'envisager au regard de paramètres individuels, ce qui complique considérablement sa mise en œuvre. En même temps, il est évident que, dans nos structures de soins, le changement doit répondre à des valeurs collectives et doit être porté par un ensemble de personnes, et non pas être l'émanation de son seul instigateur. Toute action de changement comporte comme préalable une interrogation sur son utilité, sur son acceptation et sur l'intérêt que lui porteront les personnes qui vont être touchées par ce changement.

⁴¹ Le petit LAROUSSE, p198.

Il est important aussi de souligner la dynamique croissante instaurée par un, puis des changements successifs. Plus il y a de changements, plus le besoin de changer s'accroît.

A) Les dérives potentielles du changement

Le changement n'est pas notion aisée à manipuler. La démarche de changement comporte un certain nombre de risques et peut donner rapidement lieu à des dérives. En se basant sur l'analyse de François DUPUY⁴², deux dérives sont à prendre en compte :

- Le changement basé sur un excès d'assurance : Le changement fait appel au bon sens des acteurs et à leur bonne volonté. Mais il est utile de préciser que s'agissant de modifier des comportements et des stratégies, le discours du bon sens n'est pas forcément un discours qui fait sens pour ceux qui le reçoivent.
- Le changement appliqué sous l'angle de la contrainte : il fait appel à l'autorité et au pouvoir. Le changement est appliqué sous le mode coercitif. L'acteur est vu comme un être « obéissant » qui fait ce qu'on attend de lui en ayant recours à l'injonction. Les résultats, quand il y a des résultats, apparaissent à très court terme et ne perdurent pas. Les acteurs finissent, toujours, par leur capacité d'adaptation à trouver de nouveaux arrangements qui leur permettront de « shunter » l'autorité et de se libérer de l'étau de l'injonction.

B) Les résistances au changement

a) Généralités

La résistance au changement est un phénomène collatéral inéluctable, et légitime. L'acception la plus courante donne une vision négative des résistances et veut que celles-ci soient la manifestation de la routine et du conservatisme. Selon Jean-Marie MIRAMON⁴³, « *l'organisation de l'entreprise (structure, hiérarchie, procédures, techniques, etc.) est l'expression d'un certain équilibre sous-tendu par des relations de*

⁴² François DUPUY, *L'alchimie du changement : problématique, étapes et mise en oeuvre*, édition DUNOD, 2001.

⁴³ Jean-Marie MIRAMON, *Manager le changement dans l'action sociale*, p 87.

pouvoir, dans lesquelles les individus ont trouvé, en principe, une satisfaction minimum, un compromis entre leurs objectifs personnels et ceux de l'entreprise ». Nous pouvons donc déduire que toute action visant à changer l'organisation et brisant l'équilibre établi, entraîne, de facto, des résistances. « *Changer revient donc (...) à redistribuer entre les partenaires les atouts et les moyens de marchandage qu'ils avaient mobilisés* »⁴⁴.

La résistance peut être considérée comme pertinente et nécessaire :

- Pertinente d'un point de vue psychologique parce qu'elle permet de verbaliser certaines frustrations, qui si elles étaient tuées, gangrèneraient tout le processus de changement et condamneraient inévitablement la réussite de toute action visant à modifier l'organisation.
- Nécessaire d'un point de vue pratique parce que le changement proposé n'est pas obligatoirement le meilleur.
- Nécessaire enfin d'un point de vue éthique car la résistance peut éviter tout abus de pouvoir et toute dérive hégémonique.

A contrario, selon la théorie du développement organisationnel⁴⁵, il est essentiel de changer sans provoquer de résistance au changement. En effet, ceci permettrait de calquer directement des concepts et connaissances sur le comportement humain dans une organisation, pour introduire un changement pré-établi visant à augmenter l'efficacité de cette même organisation. Sur les mêmes bases, le modèle rationnel, très présent dans les organisations occidentales, dicte comme postulat que l'expérimentation est la méthode la plus probante pour abolir les résistances.

Cependant « *le changement issu d'une expérimentation (...) ne se trouve pas légitimé. Le service expérimentateur dont le travail sort vainqueur de la confrontation acquiert un poids et un pouvoir considérables (ses valeurs sont reconnues comme devant être adoptées par l'ensemble de l'organisation). La désignation des expérimentateurs et l'évaluation de leurs résultats sont, de ce fait, polluées.* »⁴⁶.

b) Les formes de résistances

L'analyse des types de résistances permet de pouvoir cerner rapidement le comportement de certains acteurs ayant par moment des attitudes excessives. En effet, la rapidité de cette opération de fusion et son ampleur peuvent parfois amplifier des

⁴⁴ Jean-Marie MIRAMON, Op. cit.

⁴⁵ Michel CREMADEZ, François GRATEAU, *Le management stratégique hospitalier*, p 315.

⁴⁶ Op. cit., p 319.

réactions, alors que celles-ci sont de simples résistances naturelles au changement et non pas une remise en cause totale du changement.

A partir de l'analyse de Gérard-Dominique CARTON⁴⁷, deux types de résistances sont à appréhender dans la volonté de changement par le projet :

- *l'attente* : elle permet de gagner du temps. Elle facilite la réponse et aide les acteurs à ne pas accepter le changement tel quel ;
- *l'opposition* : elle est l'expression des doutes et des réserves. Les inconvénients liés au changement sont systématiquement mis en avant. Cette phase comporte certains risques surtout si le pilote du changement entre dans le jeu.

C) Le directeur et le changement

Le directeur est le personnage central du changement. Sans employer de mode « ultra-interventionniste » il doit être, à la fois, « *auteur et acteur du changement* »⁴⁸. Il doit répondre à trois impératifs intemporels que Jean-Marie MIRAMON résume ainsi⁴⁹ :

- *Se centrer sur la vision, les buts et les résultats de sa mission.*
- *Valoriser les potentiels du personnel et à faciliter leur capacité à s'adapter en permanence.*
- *Rester vigilant vis à vis des effets du pouvoir afin de maintenir la bonne distance face au métier ; il s'agira de mesurer l'impact de son pouvoir sur les autres, et donc de favoriser le travail en équipe en distribuant clairement les délégations.*

Le directeur accompagne et manage le changement. Il pousse l'institution tendant naturellement vers le conservatisme à affronter l'incertitude et la complexité.

Le directeur doit avoir une vision des attentes des autres acteurs qui peuvent ne penser qu'à leurs propres intérêts, intérêts parfois en contradiction avec ceux de l'organisation. De plus, le directeur, centré sur les missions et la vision des buts à atteindre, est confronté à une maîtrise incomplète de son environnement et de ses acteurs. Il devra donc, en permanence, faire face aux aléas qui surviendront et les corriger si nécessaire. Sa fonction est obligatoirement dépendante d'autrui, ce qui n'est jamais vraiment maîtrisable.

⁴⁷ Gérard-Dominique CARTON, *Eloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*, édition Village Mondial, 1999.

⁴⁸ Jean-Marie MIRAMON, *Manager le changement dans l'action sociale*, p 92..

⁴⁹ Op. cit., p 93.

Le directeur doit faire preuve de conviction et de maîtrise sur les principes qu'il a posés, tout en faisant preuve de souplesse et d'habileté, et en développant des capacités d'adaptation.

Au terme de cette analyse, il est possible de tirer les enseignements suivants :

En premier lieu, l'analyse montre que l'établissement, contraint par l'opération, n'a pas encore eu la possibilité de prolonger véritablement la fusion sur le terrain, de part la persistance de cultures différentes et de part l'absence de vision sur le moyen terme. En contrepartie, la fusion a offert à la structure une dimension plus importante qui lui procure, aujourd'hui, une position reconnue au sein du paysage sanitaire et social.

En deuxième lieu, l'analyse des leviers permettant la construction d'une logique commune, montre que le projet se place idéalement dans cette démarche. Cependant la dimension de projet fait automatiquement appel à la notion de changement avec tous les risques que cette notion sous-tend.

Au regard de cette analyse, je propose d'évoquer lors de la prochaine partie quelques propositions à l'élaboration du projet d'établissement du centre hospitalier du Pays d'Olmes, projet d'établissement nécessaire à la construction d'une identité unique pour cet établissement.

3 PROPOSITIONS POUR L'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'OLMES

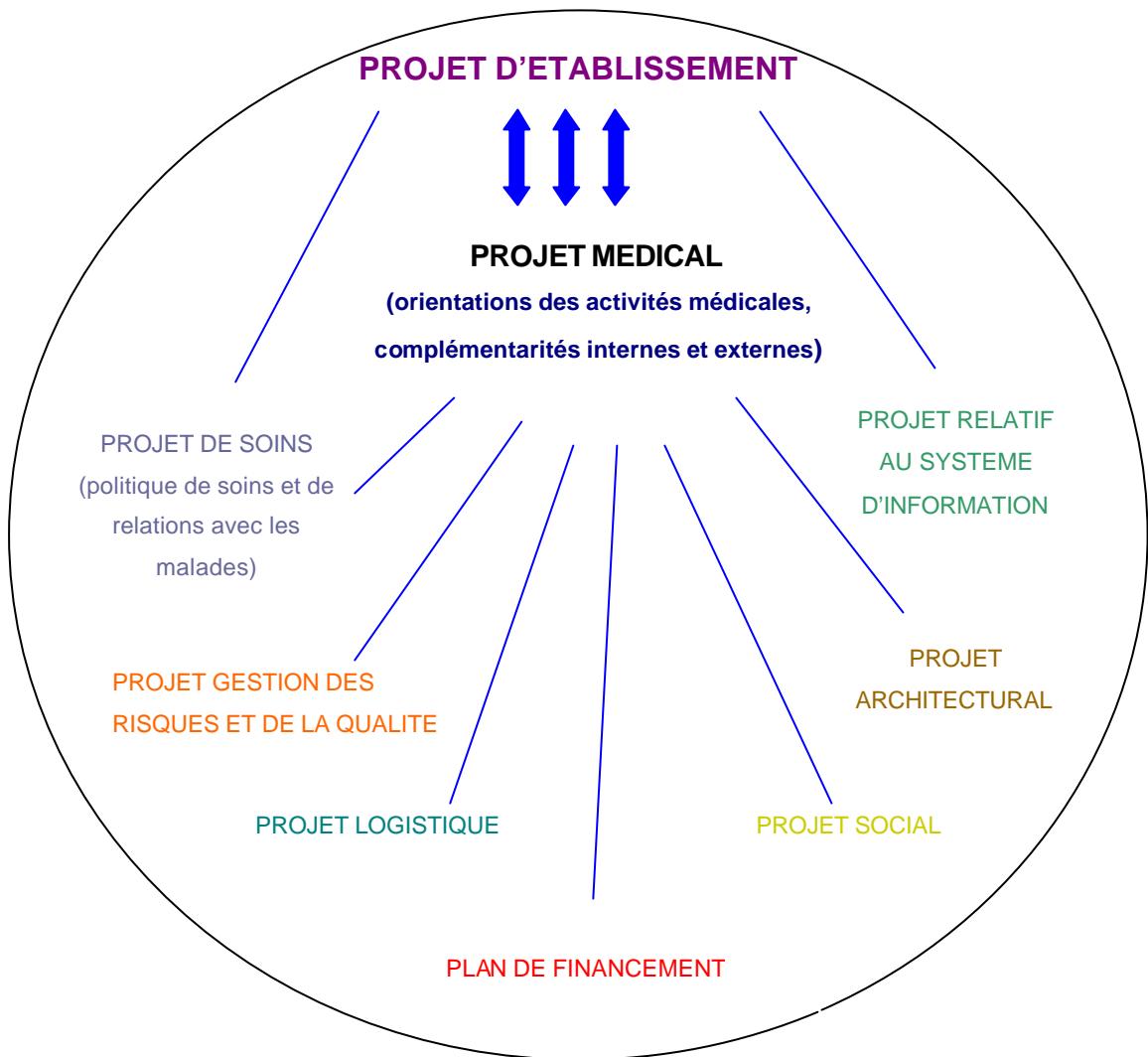
Le projet d'établissement, par delà les vertus qu'il a dans le contexte de la fusion, est une obligation réglementaire depuis la loi du 31 juillet 1991⁵⁰.

Il définit, à partir du projet médical, les objectifs généraux de l'hôpital dans le domaine médical, paramédical, de la gestion et des systèmes d'information. Il précise la contribution de chaque établissement aux priorités posées par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire pour répondre aux besoins de santé de la population.

Il est défini pour cinq ans et constitue la référence pour tout projet de l'hôpital. Basé sur une démarche participative et transversale, le projet d'établissement est, de ce fait très intéressant pour la situation du centre hospitalier. En effet, il est destiné, dans notre cas, à construire, puis renforcer le sentiment d'appartenance à l'établissement, et à assurer une cohésion institutionnelle globale.

Le schéma suivant (p 47) montre que le projet d'établissement est, en fait, le regroupement de plusieurs projets différenciés mais interdépendants les uns des autres. Le projet médical, définissant les orientations médicales, est la pierre angulaire du projet d'établissement puisque c'est à partir de lui que tous les autres projets pourront être construits.

⁵⁰ Loi n°91-748 portant réforme hospitalière.



Dans un premier temps, je propose non pas la construction du projet d'établissement mais un guide méthodologique à l'élaboration du projet du centre hospitalier.

Sans tomber dans le travers de la solution « clef en main », je propose une adaptation de sources théoriques à la situation de l'établissement puisque la fusion oblige à respecter certains critères particuliers.

Dans un second temps je présenterai la dimension de communication qui doit accompagner le projet d'établissement à tous les stades de son développement.

3.1 Organiser l'élaboration du projet d'établissement

L'élaboration du projet d'établissement se doit de répondre au respect d'une démarche méthodologique qui prévoit d'abord la mise en place de l'architecture du projet, notamment par la constitution de groupes clairement identifiés dans leur rôle et leur composition au sein du projet, puis l'enchaînement de phases successives et ordonnées.

3.1.1 Constituer un comité stratégique

Le comité stratégique représente le sommet stratégique du projet d'établissement. C'est à partir de ce comité que le projet va être lancé ; c'est aussi à partir de lui que les décisions finales seront arrêtées.

A) La composition du comité stratégique

La composition de ce comité est très importante dans le cadre de la fusion. En effet, elle doit, dans sa représentation, comporter des acteurs issus de toutes les composantes de l'établissement de façon à marquer le passage du passé au futur. La présence de membres du comité issus de l'hôpital dans son ancienne version montre que les projets anciennement construits restent présents au sein de la nouvelle structure. La présence d'acteurs issus de l'ancienne clinique, prouve la volonté de prise en compte de leurs arguments dans la construction du projet.

Je propose donc que ce comité de pilotage soit composé de l'équipe de direction (3 personnes), du président de la CME, de deux médecins intervenant sur le site SOULANO, d'un médecin du site CASSIN, et ponctuellement d'un ou plusieurs coordinateurs de groupe projet, en fonction de l'avancée du travail des groupes qu'ils dirigent.

La configuration permanente est donc composée de trois membres de l'équipe administrative et de quatre médecins ce qui me semble être une situation équilibrée au regard de la physionomie de l'établissement. La limitation à sept membres est nécessaire pour respecter une certaine efficacité du groupe.

B) Les missions du comité stratégique

Ce comité est le garant du bon déroulement du projet⁵¹. Il va conduire ce projet dans chacune de ces phases selon le déroulement suivant :

➔ Il fixe, au préalable, les grandes orientations du projet d'établissement, orientations qui seront les guides de travail des groupes-projets. A ce jour, les objectifs qui semblent se dessiner sur la structure sont :

- Affirmer les composantes d'un établissement de proximité avec :
 - Une offre de soins adaptée aux besoins locaux et aux attentes des professionnels.
 - Une continuité des services proposés.
 - Une politique de sécurité (des pratiques professionnelles, des organisations, des matériels) et de qualité (poursuite de la démarche ANAES), adaptation des compétences.
 - Des actions développées si besoin en convention avec d'autres établissements.
- Dégager des pôles de compétences à vocation départementale.
- Renforcer la coordination de la prise en charge, sa continuité et sa globalité par l'installation ou la poursuite du travail en réseaux et filières.

➔ Il contrôle l'avancement des travaux des groupes-projets.

➔ Il assure la coordination des groupes pour préserver l'unité du projet d'établissement et permettre un enchaînement progressif des travaux⁵².

➔ Il valide les résultats intermédiaires du point de vue technique et scientifique⁵³. Il peut émettre un avis sur les aspects administratifs et réglementaires des propositions émises par les groupes-projets.

⁵¹ Son action se prolonge, au-delà de la phase d'élaboration, dans la phase de mise en œuvre du projet.

⁵² Il évite ainsi des décalages notamment temporels.

⁵³ Adéquation avec les objectifs généraux, avec les orientations des activités médicales. Sa composition permet cette évaluation.

- ➔ Il demande des compléments d'études ou d'information s'il estime ne pas disposer d'éléments suffisants.
- ➔ Il modifie la commande initiale si des résultats ou des modifications (par exemple réglementaires) interviennent. Ce travail nécessaire à l'adaptation du projet ne doit toutefois pas remettre en cause tous les travaux menés.
- ➔ Il fait la synthèse des travaux menés dans les groupes et formalise cette synthèse en rédigeant le projet d'établissement avant sa présentation finale.

C) Le fonctionnement du comité stratégique

Le rôle du comité dans la conduite du projet lui impose d'être le plus disponible possible afin d'une part de suivre le cheminement régulier du projet et d'autre part de répondre ponctuellement à des demandes ou des situations, particulièrement aux dérives ou aux aléas qui se produiront.

En conséquence, je propose une réunion mensuelle du comité stratégique qui peut être agrémentée de réunions « ad hoc » quand cela s'avère nécessaire.

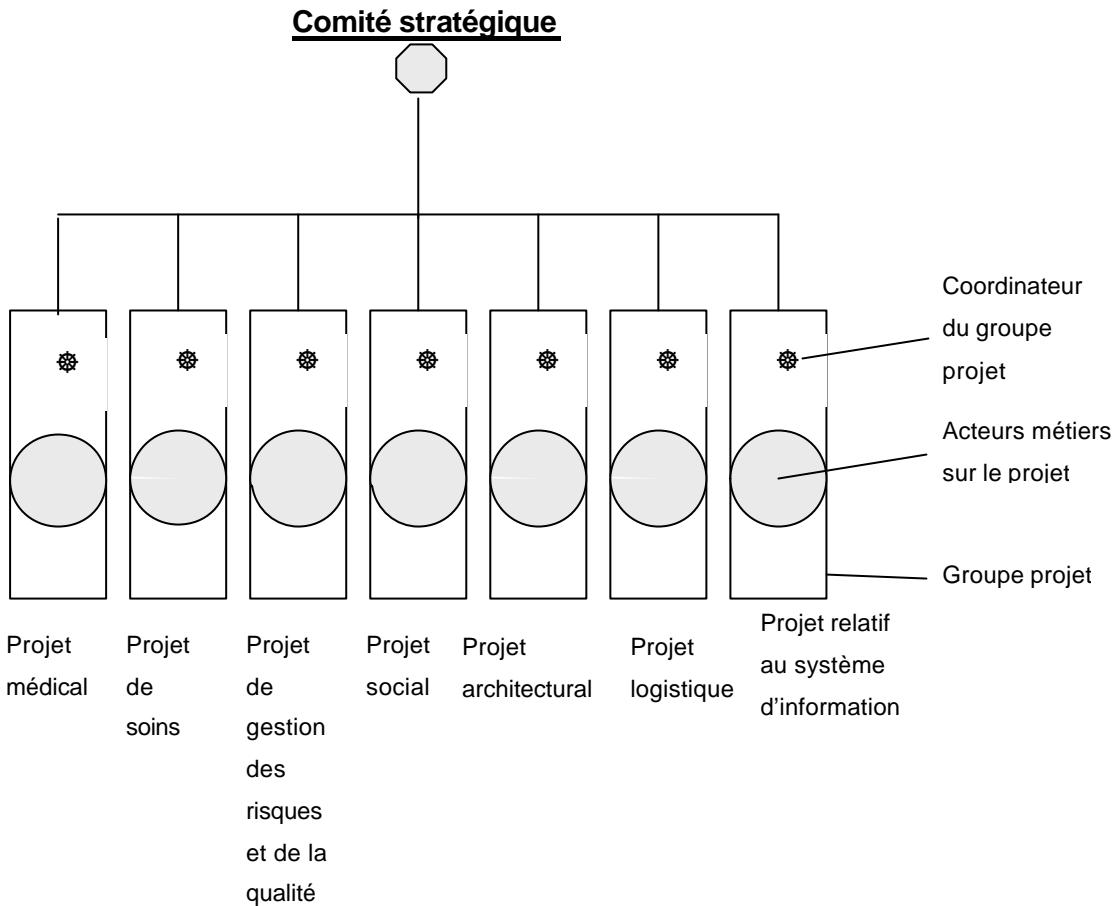
3.1.2 Mettre en place des groupes-projets

Le groupe-projet est le bras fonctionnel du projet d'établissement. Il va intervenir sur un champ d'activité, qu'il soit sectoriel (secteur d'activité particulier) ou transversal (qui touche l'ensemble des activités).

A) La composition des groupes-projets

La composition du groupe tient au type de projet à porter. Le schéma suivant, dérivé de la « *structure fonctionnelle* » du projet selon la terminologie de Larson et Gobeli (1985)⁵⁴, apporte des éléments sur la typologie du projet d'établissement à porter et sur le positionnement des acteurs des groupes-projets :

⁵⁴ Gilles GAREL, *Le management de projet*, p 19.



A partir de ce schéma je dégage plusieurs données pour le projet de la structure.

En premier lieu, chaque groupe projet est constitué d'acteurs métiers, c'est-à-dire des acteurs qui sont rattachés à des services fonctionnels de l'établissement ou qui sont des professionnels extérieurs à la structure mais qui touchent directement ou indirectement l'établissement.

En second lieu, j'ai identifié un coordinateur au sein de chaque groupe. Ce coordinateur est issu des acteurs métiers. Sa désignation est opérée par le comité stratégique.

En troisième lieu, je décompose le projet d'établissement en sept groupes-projets s'occupant des projets suivants : le projet médical, le projet de soins, le projet de gestion des risques et de la qualité, le projet social, le projet architectural, le projet logistique, et le projet relatif au système d'information.

Il est difficile de déterminer avec exactitude la composition de ces groupes car le projet va mobiliser un nombre important d'acteurs et obligera à travailler en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines. Toutefois, je propose de dégager une configuration qui peut s'adapter à l'établissement :

- Le nombre de personnes participant à un groupe-projet peut être fixé à quinze personnes en moyenne. Ce chiffre est modulable en fonction des groupes⁵⁵.
- La composition des groupes devra absolument respecter la représentativité de l'ensemble des sites de l'établissement. La représentativité constitue le ciment de ce projet et est l'élément majeur contribuant à la concrétisation de la fusion.
- La désignation des acteurs métiers de chaque groupe est effectuée par une concertation entre le comité stratégique et les responsables de services. En cas de litige, la décision finale appartient au comité stratégique.
- Chaque groupe est chargé d'un domaine technique particulier. Il conviendra de tenir compte de la spécificité de chaque domaine dans le recrutement des membres des groupes.
- Dans un souci d'ouverture sur l'extérieur, il est essentiel que des acteurs externes soient intégrés dans les groupes et puissent ainsi faire la liaison « ville-hôpital ».

B) Les missions des groupes-projets

Le périmètre d'intervention des membres du groupe se situe dans le cadre leurs compétences fonctionnelles. Chaque acteur métier est responsable des choix techniques développés au sein du groupe-projet.

Chaque groupe doit développer, dans le domaine qui le concerne, tout ce qui va concourir à porter les activités de l'établissement dans un souci de réponse aux besoins, de qualité et de sécurité. Il constituera une force de proposition auprès du comité stratégique, en développant des objectifs et actions concrets, explicites et stables.

Parmi les membres du groupe-projet, le coordinateur a des missions particulières.

En premier lieu, il anime et régule les réunions du groupe. Pour cela il devra développer :

- une maîtrise du pilotage de projet⁵⁶.
- une maîtrise des champs techniques impliqués dans le groupe. Cette maîtrise forgera sa légitimité lorsqu'il arbitrera les questions techniques.
- une compétence sociale. Le coordinateur n'a pas forcément d'autorité formelle au sein de l'établissement mais il doit tout de même parvenir à mobiliser les acteurs

⁵⁵ Il est évident, par exemple, que le groupe du projet de soins mobilisera beaucoup plus de personnes que le groupe du projet relatif au système d'information.

⁵⁶ Par la formation (cf. 3.1.3).

du groupe. Sa capacité de négociation et de régulation du groupe devra être très présente.

En deuxième lieu, il assure la liaison avec le comité stratégique. Après avoir synthétiser les travaux du groupe, il présente les conclusions au comité stratégique en argumentant les différentes orientations définies. Par retour, il introduit les réunions de groupes suivant sa rencontre avec le comité stratégique par un compte-rendu des discussions menées. Ce rôle de coordination est fondamental dans la conduite de ce projet d'établissement. Il constitue l'interface indispensable à la cohésion entre le travail des groupes et les décisions du comité stratégique.

C) Le fonctionnement des groupes-projets

Tout comme la composition, il est délicat de déterminer avec précision le fonctionnement des groupes, chaque groupe nécessitant une organisation particulière. Cependant des règles communes peuvent être mises en place :

- Chaque membre de groupe verra son temps sur le projet partagé par plusieurs types d'actions.

D'abord, les membres des groupes effectueront des actions de formation afin de développer les compétences nécessaires à la conduite de projet.

Ensuite, ils participeront à des réunions de groupe, bases des discussions et de la construction du projet.

Enfin les membres pourront mener des missions internes ou externes, missions visant à agrémenter leurs travaux de groupe.

- Le temps passé en réunion de groupe, en formation et en mission sera considéré comme du temps de travail effectif.
- Les missions que peuvent remplir les agents devront être clairement identifiées et validées par le groupe.
- L'absence d'un agent ne compromettra pas le fonctionnement du groupe qui pourra se réunir sans la présence d'un ou plusieurs membres du groupe.
- Si un membre du groupe venait à être absent durablement, il pourrait être remplacé par un autre membre remplissant le même profil.

Je propose de décliner aussi l'action du coordinateur⁵⁷ qui peut avoir en charge :

- La validation du compte-rendu établi après chaque réunion et la diffusion de ce compte-rendu au comité stratégique.
- L'élaboration d'une fiche précisant la planification des réunions et missions du groupe pour diffusion et approbation du comité stratégique.
- L'élaboration d'une fiche de présence transmise au service des ressources humaines pour l'inscription du temps passé par les agents et la mise en concordance avec le tableau de service défini au préalable.

Au total, le projet va générer un nombre important d'heures de travail qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution.

Aussi je propose de faire une simulation dans un tableau du nombre d'heures potentielles qu'auront à effectuer les groupes-projets.

Cette simulation va déboucher sur un nombre d'heures global qui étalonnera les mises à disposition nécessaires au niveau des ressources humaines et permettra dans un second temps de mesurer les surcoûts liés au projet.

La base de calcul des heures est la suivante :

- Le temps moyen passé à chaque réunion est fixé à trois heures
- Le temps moyen passé à chaque mission est fixé à trois heures
- Le temps moyen passé en formation est fixé à six heures puisque chaque membre d'un groupe projet bénéficiera d'une journée de formation.

⁵⁷ En plus des actions déjà évoquées au 3.1.2.B.

Tableau des heures nécessaires aux groupes-projets à l'élaboration du projet d'établissement

	Projet médical	Projet de soins	Projet social	Projet relatif à la qualité et à la gestion des risques	Projet logistique	Projet relatif au système d'information	Projet architectural	Total
REUNIONS	Nombre de personnes par groupes	15	15	15	15	15	15	105
	Nombre de réunions de 3 h	7	20 ⁵⁸	7	5	4	3	51
	Nombre d'heures par agent	21	60	21	15	12	9	153
MISSIONS	Nombre d'heures de réunions par groupes	315	900	315	225	180	135	2295
	Nombre de missions de 3 h	3	3	2	2	2	1	15
	Nombre d'heures par agent	9	9	6	6	6	3	45
FORMATION	Nombre d'heures de missions par groupes	135	135	90	90	90	45	675
	Nombre de formations de 6 h	1	1	1	1	1	1	7
	Nombre d'heures par agent	6	6	6	6	6	6	42
	Nombre d'heures de formation par groupes	90	90	90	90	90	90	630
	Total heures pour tous les groupes							3 600

⁵⁸ Le nombre plus important de réunion tient au nombre de services ayant des caractéristiques différentes dans la prise en charge (environ 12 types de services). La composition du groupe-projet soins est à « géométrie variable » puisque, par exemple, ce ne sont pas les mêmes protagonistes qui discuteront de la prise en charge des personnes âgées en soins de suite et de réadaptation, et de la prise en charge de patients en service de réanimation. Il faut que toutes les composantes du centre hospitalier soient représentées.

Au total, ce ne sont pas moins de 3 600 heures qui sont à consacrer à l'élaboration de ce projet d'établissement.

3.1.3 Former et accompagner les acteurs participant à l'élaboration du projet d'établissement

La formation est un outil important dans la conduite du projet d'établissement. Elle présente la garantie d'un langage commun dans l'approche du projet et d'un cheminement unique au sein des groupes de travail. Cette formation peut être effectuée par un organisme externe à l'établissement et prolongée en interne.

A) La formation par un organisme externe

Les membres des groupes-projet et du comité stratégique doivent être formés à la conduite du projet pour détenir un outil méthodologique et parer aux éventuelles difficultés.

La répartition de la formation peut s'effectuer par groupe.

Je propose qu'un premier groupe constitué du comité stratégique (sept personnes) et de chaque coordinateur (sept personnes) bénéficie d'une formation sur site de deux jours. Cette formation un peu plus complète pour «l'encadrement» du projet est nécessaire puisque ce sont ces membres qui auront à assurer la responsabilité du bon déroulement de l'élaboration du projet.

Ensuite je propose une formation, un peu plus courte, par groupe-projet (environ quinze personnes) de un jour.

Ceci représente un volume de neuf jours de formation à la conduite de projet.

B) Le prolongement de l'appui méthodologique en interne

L'établissement bénéficie déjà, en interne, d'une personne «référente» dans la méthodologie de la conduite de projet.

Ainsi, cette personne est en capacité d'apporter, tout au long de l'élaboration du projet, une aide technique et documentaire nécessaire au bon fonctionnement des groupes. Cette aide peut être directe par l'apport de conseils face à une situation particulière ou indirecte par la transmission de références de documents ou de textes réglementaires.

3.1.4 Respecter les différentes phases

A) Les phases du projet

Le projet d'établissement est soumis au respect de phases successives garantes de sa cohérence. Le cheminement de chaque groupe devra respecter ses étapes.

a) *L'état des lieux et l'analyse des besoins*

Cette première phase est d'abord descriptive. Il s'agit en effet de procéder à une évaluation de l'établissement dans les actions qu'il mène au quotidien et une évaluation de tous les éléments extérieurs influant directement et indirectement sur la structure.

Chaque groupe aura son domaine d'étude décomposé de façon précise. Plus la précision et la connaissance de l'établissement et de son environnement seront précises, plus il sera aisément de déterminer les orientations futures.

La base de cet état des lieux reste l'étude de la population du bassin de vie, et des usagers fréquentant la structure ; en effet la réponse et la prise en charge de leurs besoins en santé reste le fondement de l'action d'un établissement sanitaire.

Cette phase est en suite synthétique. L'état des lieux mettra en avant un nombre important d'indications et d'informations qui doivent être triées et analysées pour ne pas générer un enchevêtrement d'éléments inexploitables.

Une première analyse est à conduire par les groupes. Le comité stratégique effectuera une seconde synthèse née du regroupement des synthèses des groupes.

Au terme de travail, doivent ressortir les forces et les faiblesses de l'établissement mais aussi les opportunités et les menaces gravitant autour de la structure.

Cette première étape reste très longue notamment dans la recherche des différentes informations. Aussi, pour le projet médical, je propose l'appui d'un consultant externe pour accompagner la construction de ce projet notamment dans la conduite des entretiens et dans l'étude des données sur la population. Cet appui permettra de gagner du temps dans l'élaboration du projet d'établissement puisque les autres groupes sont en grande partie dépendants de l'avancement des travaux du groupe chargé du projet médical.

b) La mise en place des objectifs

Deuxième phase de l'élaboration, la définition des objectifs est la première concrétisation de l'image de l'établissement dans les années à venir. Cette phase est la pierre angulaire du reste du projet. Elle fait l'objet de nombreux arbitrages entre les groupes et le comité stratégique. De plus, ces objectifs doivent répondre, non seulement aux besoins de la population du bassin de vie mais aussi tenir compte des orientations régionales en terme de politique de la santé. Là aussi le projet médical est prépondérant. Tous les objectifs sectoriels dépendront des orientations des activités médicales retenues.

Les objectifs définitifs sont arrêtés par le comité stratégique.

Cette étape doit faire l'objet d'une communication au directeur de l'ARH afin que celui-ci valide ou demande une correction des options prises. Elle doit faire aussi l'objet d'une information du conseil d'administration.

c) La définition des plans d'actions

Les plans d'actions découlent directement des objectifs définis. Ils sont la traduction directe des actions à mener sur le terrain en vue de la réalisation des objectifs prédéfinis. Sans préjuger des actions qui seront mises en place, ce plan peut modifier considérablement la physionomie de l'établissement.

Il est important que le comité stratégique et les coordinateurs prennent la mesure du changement que cela peut entraîner.

Chaque plan d'action devra préciser les modalités de mise en œuvre des actions et l'échéancier de mise en place de ces actions.

Il devra aussi comporter des éléments d'évaluation afin de pouvoir visualiser la pertinence des actions au regard des objectifs fixés. Cette évaluation pourra être menée à l'aide d'indicateurs de performances ou de résultats. Seules la définition et la mise en œuvre de critères d'évaluation permettront de dimensionner et de corriger le projet et ses réalisations.

d) Les étapes de validation par les instances

Les instances de l'institution constituent un garde fou sur les démarches entreprises. Leur information est indispensable et leur préconisations doivent être prises en compte. Il convient donc, que dès la formulation des objectifs les instances concernées soient réunies.

Ainsi les différentes instances doivent soit se prononcer sur les orientations définies successivement et sur la validation finale.

La Commission Médicale d'Etablissement doit valider le projet médical.

La Commission de soins infirmiers doit valider le projet de soins.

Le Comité Technique d'Etablissement et le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail doivent valider le projet social.

L'Unité de gestion de la politique qualité doit valider le projet relatif à la qualité et à la gestion des risques.

Enfin le Conseil d'Administration doit être consulté, notamment lors de la définition des orientations médicales dès que des décisions majeures sont prises au sein du projet et doit valider le projet d'établissement dans son intégralité lorsque toutes les pièces de celui-ci auront été rassemblées et assemblées dans un document unique.

e) *L'évaluation transversale de l'élaboration*

L'évaluation lors de l'élaboration du projet est transversale c'est-à-dire qu'elle doit être mise en œuvre tout au long du montage du projet.

Les objectifs principaux dans la construction de ce projet sont :

- un objectif de temps : la fin du mois de juin 2005 est la période retenue pour présenter le projet d'établissement ;
- un objectif de cohérence du projet : le projet fini doit correspondre aux orientations premières définies par le comité stratégique et validées par le conseil d'administration. Ensuite, le projet d'établissement se doit d'articuler les différents projets qui le composent.

Sans tendre à l'exhaustivité, je propose de poser quelques critères d'évaluation qui peuvent garantir une élaboration de projet pertinente.

Je propose de mettre en place des critères de temps :

Chaque groupe a-t-il respecté les délais quant à la restitution des travaux ? Si non, pourquoi ?

Le déroulement du projet respecte t-il le calendrier initialement prévu ? Si non, pourquoi ?

Quel est le temps passé par les acteurs lors des réunions, lors des missions, lors des formations ? Correspond t-il aux temps moyens déterminés ?

Je propose aussi des critères de cohérence et d'efficacité:

Les différentes phases du projet ont-elles été respectées ?

Les objectifs fixés sont-ils en cohérence avec l'analyse réalisée au préalable ?

Les groupes ont-ils répondu aux orientations fixées par le comité stratégique ?

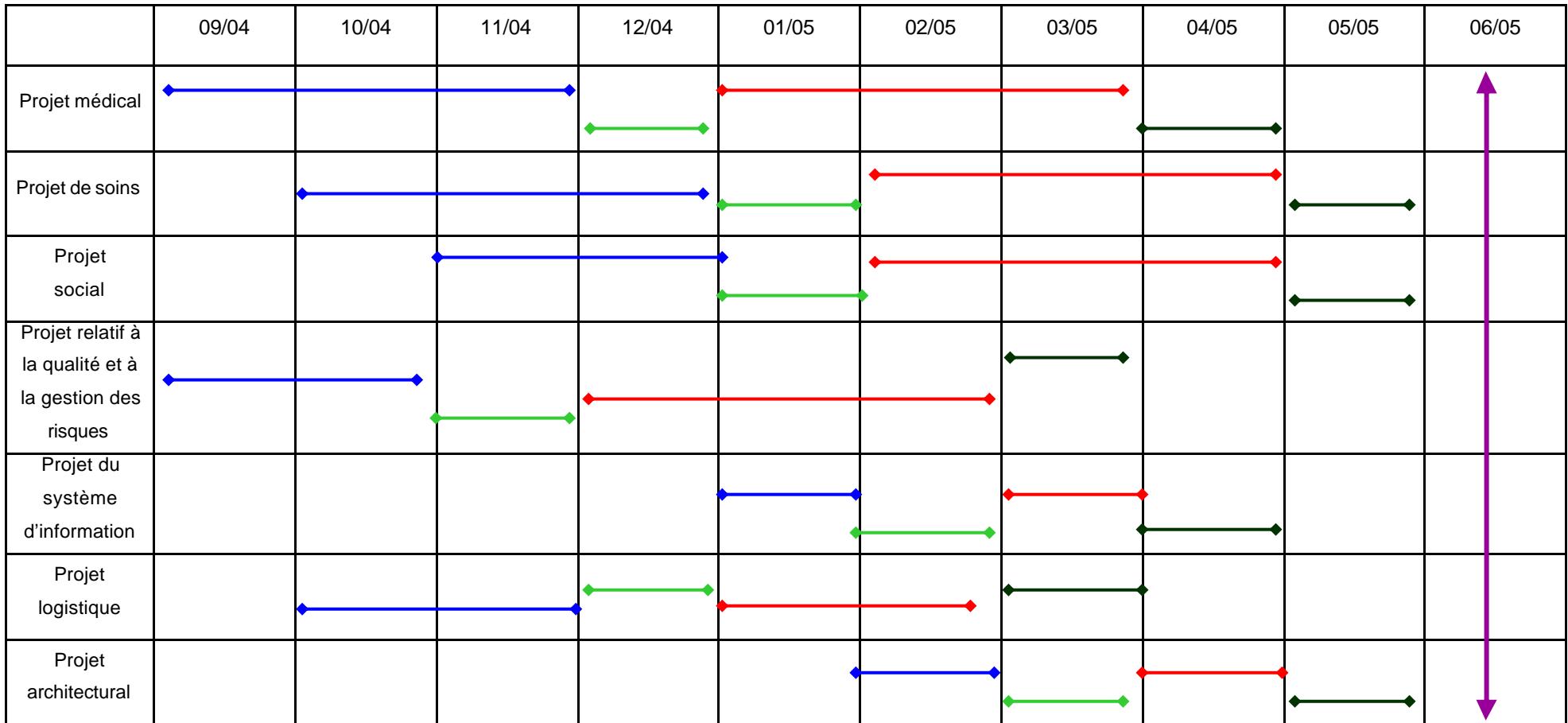
Les instances ont-elles été consultées au bon moment ?

Les validations ont-elles été effectuées ?

Le comité stratégique a-t-il mis en place des systèmes de veille permettant de corriger les orientations du projet si des modifications importantes venaient à intervenir pendant l'élaboration (nouvelle orientation des politiques de la santé, changement réglementaire, nouveaux financements, etc.) ?

B) La visualisation des phases du projet

Afin mieux apprécier le déroulement de l'élaboration du projet, le diagramme de GANTT apparaît comme un outil efficace. Il pose clairement les phases du projet et leur étalement dans le temps. J'ai donc adapté ce diagramme à l'échelle du projet d'établissement du centre hospitalier.



Phase 1 état des lieux et analyse des besoins

Phase 3 mise en place des plans d'action en regard des objectifs

Phase 2 définition des objectifs

Phase 4 validation par les instances

Validation finale du projet d'établissement par le conseil d'Administration et présentation à l'Agence Régionale d'Hospitalisation

3.1.5 Le coût de l'élaboration du projet d'établissement

Très souvent, la notion économique d'un projet se résume aux dépenses potentielles ou engagées lors de la réalisation de ce projet. Or le coût que peut engager la seule élaboration du projet n'est pas négligeable. Il convient donc de faire une estimation du coût de l'élaboration de ce projet d'établissement.

A) Le surcoût engendré par la mise à disposition des agents

La mise à disposition des agents sera organisée avec la direction des ressources humaines de façon à assurer au mieux les besoins des services et les besoins du projet. La participation est l'élément essentiel à ce projet. En effet, plus il y aura de participants plus le projet sera partagé et accepté. L'évaluation des coûts de remplacement pouvant pallier à la mise à disposition des agents sur le projet doit absolument intégrer ce paramètre. Le projet ne doit pas être ressenti comme un poids qui pénalise l'activité des services. En conséquence, je prévois un volume de remplacement important.

Le calcul est le suivant :

Le volume total d'heures consacrées au projet est de 3600 heures.

Je propose de compenser 50% de ce volume d'heures par des remplacements soit 1800 heures.

Pour calculer le surcoût, je pars sur la base d'une rémunération moyenne annuelle d'un agent à temps complet de 30 000 euros pour 1 540 heures.

Les 1800 heures de remplacement représentent donc un surcoût de 35 000 euros.

Ce surcoût reste théorique ; la mise en œuvre du projet sera conditionné par des négociations avec les représentants du personnel et par l'adéquation avec les tableaux de services.

B) L'accompagnement du projet médical par un organisme externe

Cet accompagnement peut engendrer un travail important puisque la mission de cet organisme pourrait être de suivre le projet médical jusqu'à sa rédaction finale.

Le volume peut être évaluer à 20 journées. La base de calcul se réfère aux tarifs moyens pratiqués. Une journée peut être estimée à 1 500 euros.

$$1\ 500 * 20 = 30\ 000 \text{ euros}$$

C) La formation des acteurs

La formation des différents acteurs est établie sous la forme de groupes :

- Deux jours de formations pour le comité stratégique.
- Un jour de formation par groupe-projet soit au total sept jours de formation.

Le total est de neuf jours de formation sur site.

La base de calcul, toujours calquée sur les tarifs moyens est de 1 000 euros par jour.

$1\ 000 * 9 = 9\ 000$ euros.

D) Le récapitulatif de l'estimation des coûts

Coût de remplacement des agents	35000 €
Coût d'accompagnement du projet médical par un organisme extérieur	30 000 €
Coût de formation	9 000 €
TOTAL	74 000 €

3.2 Communiquer sur le projet d'établissement

Le centre hospitalier construit son projet d'établissement et il faut que cela se sache. La communication revêt une importance primordiale dans le projet car elle positionne l'hôpital dans une dynamique partagée. Les acteurs internes et externes porteront un intérêt pour ce projet d'autant qu'ils seront informés de ses fondements et de son évolution.

Sur le plan interne, la simple configuration de l'établissement (quatre sites et de nombreux services) oblige à utiliser des moyens de communication très efficaces, sous peine d'isoler une partie de la structure et d'oublier certains éléments.

Sur le plan externe, la communication positionne l'établissement au sein de son environnement et mobilise tous les acteurs autour du projet.

3.2.1 La communication interne

Au niveau de l'hôpital, les cibles de la communication sont les agents, les usagers et, pour certaines parties de l'activité, les familles.

Les usagers sont, bien sûr, libres de choisir le lieu où ils souhaitent être pris en charge, ce qui entraîne forcément une incidence concurrentielle. Le projet d'établissement est l'occasion de valoriser les prestations présentes et les prestations que l'hôpital souhaite mettre en place dans un souci permanent de qualité du service rendu.

Pour les agents, l'enjeu de la communication est essentiel. Il permet d'impliquer le personnel dans les choix qui vont être effectués au sein du projet et donc de favoriser le sentiment d'appartenance à l'établissement. Cela passe toutefois par un travail sur la circulation de l'information.

En conséquence je propose les éléments suivants sur la communication interne du projet.

A) Au niveau des usagers

Cette communication touche les usagers se situant dans l'accueil permanent, c'est-à-dire les personnes résidant au sein des EHPAD. Pour cela il est nécessaire de faire parvenir, avant le lancement, un courrier de la direction précisant les valeurs portées par le projet, ainsi que le calendrier de déroulement.

Par la suite, cette communication peut être poursuivie par un affichage, dans les lieux réservés à cet effet, de l'ensemble des comptes-rendus des différents travaux menés au

sein des groupes projets et du comité stratégique. Ces comptes-rendus doivent être, tous les trimestres, relayés par un courrier de la direction, courrier présentant, de manière synthétique et claire, l'ensemble des travaux menés durant le trimestre écoulé. Enfin, une information sur le projet doit être effectuée à chaque conseil de la vie sociale, conseil où usagers et familles d'usagers sont représentés.

Les autres usagers sont des cibles plus difficiles à atteindre puisque ce sont des usagers des secteurs du court-séjour et de l'accueil temporaire, donc passagers. Leur sensibilisation sur le projet reste donc plus délicate mais essentielle.

L'information devra donc être directe et rapide. Une information directe sera effectuée à l'entrée du patient en ajoutant un feuillet au livret d'accueil, feuillet qui précise là aussi toutes les données et progressions du projet d'établissement dans ses grandes lignes. Le message doit être concis et peu technique afin de toucher un public large.

B) Au niveau du personnel

Les agents seront les acteurs principaux de la mise en œuvre du projet. Il est donc important que la communication les touche au plus près. Quand je parle du personnel, j'inclus l'ensemble des agents, c'est-à-dire non seulement ceux qui ne participeront pas directement à l'élaboration du projet mais aussi ceux qui seront intégrés dans les groupes projets, puisque ceux-ci ne travailleront que sectoriellement et n'auront donc pas, au sein de leur groupe, une vision globale du projet.

Les agents doivent avoir connaissance de toutes les informations concernant le projet qui doit être élaboré en toute transparence.

Le premier vecteur de la communication est le réseau intranet⁵⁹. Tous les sites du centre hospitalier sont aujourd'hui reliés à ce réseau, même si les postes informatiques ne sont pas encore répartis dans tous les services. Il faut donc afficher sur intranet l'avancement et les décisions prises au sein du projet, manœuvre gage de rapidité et d'efficacité puisque l'ensemble des informations peuvent circuler vite et toucher un large public.

Le deuxième vecteur complémentaire au réseau intranet est l'affichage. Tous les éléments du projet doivent faire l'objet d'un affichage dans tous les services et sur tous les panneaux.

⁵⁹ Petit Larousse : *intranet* : réseau informatique interne à une entreprise, qui s'appuie sur les technologies d'internet pour faciliter la communication et le partage du travail entre les collaborateurs.

Le troisième vecteur est la réunion. Je préconise de faire une première réunion de lancement du projet. Cette réunion sera ouverte à l'ensemble du personnel. L'objet sera d'informer les agents sur la situation de l'établissement et de mettre en avant la nécessité de construire la nouvelle identité de l'hôpital afin de le positionner de manière forte dans le paysage sanitaire et social.

Une même réunion plénière est à effectuer à mi-chemin dans l'élaboration du projet. A vocation informative, cette réunion se doit de présenter des mesures pratiques, afin de donner une vision palpable des orientations décidées et de concrétiser des données qui jusqu'à ce moment seront certainement plus abstraites.

Enfin je propose une dernière réunion plénière lorsque les orientations définitives auront été arrêtées, c'est-à-dire à l'intersection des phases d'élaboration et de mise en œuvre du projet.

3.2.2 La communication externe

La communication externe est aussi un vecteur important du projet. Même si tous les acteurs externes ont été informés de l'opération de fusion qui a très bien été relayée, ils gardent encore en eux l'image de deux établissements distincts que seule la construction d'un projet unique pourra estomper. La communication va donc permettre de développer la notoriété de la structure, de mobiliser d'éventuelles ressources humaines et financières mais surtout de véhiculer les idées conçues au sein du projet.

L'identification de l'environnement et des acteurs du centre hospitalier est le préalable à cette communication.

En conséquence je propose les éléments suivants sur la communication externe du projet.

A) Au niveau des usagers potentiels

La communication passe essentiellement par des intermédiaires. Je propose alors un affichage, après accord, dans les cabinets médicaux et paramédicaux, des informations sur le projet du centre hospitalier, informations propres à donner des perspectives aux personnes sur l'image et l'offre que l'établissement est en train de construire. Tout comme les usagers en interne, il faut que le message transmis soit clair et précis. Il n'est pas utile d'intégrer des données sur la méthodologie du projet. Les éléments essentiels à diffuser

sont les propositions arrêtées au sein du comité stratégique, le calendrier d'élaboration et surtout celui de mise en œuvre du projet.

Le relais suivant peut être une diffusion d'informations dans la presse locale au moment où les orientations sont arrêtées, c'est-à-dire à la fin de l'élaboration du projet.

B) Au niveau des médecins généralistes

Il peut paraître exagéré d'individualiser les médecins au sein des professions sanitaires et sociales. Pourtant les médecins de ville constituent la principale source d'adressage des usagers de l'hôpital. De plus, certains de ces médecins participeront directement à la construction du projet. Il paraît donc normal de privilégier une information particulière.

Je préconise de faire au préalable une réunion présentant les intentions du centre hospitalier, en favorisant l'implication des médecins dans la participation au projet mais aussi en les associant à la recherche d'une adéquation réciproque entre la ville et l'hôpital. Une réutilisation de ce vecteur peut être effectuée lorsque les positions sur l'activité médicale de l'établissement seront fixées.

C) Au niveau des autres professionnels du secteur sanitaire et social

Les autres professionnels sont des partenaires attentifs aux services que peut proposer un établissement de santé. Ils doivent donc être informés au plus près des projets menés par l'établissement.

Je propose une information par courrier dès le lancement du projet, ainsi qu'au moment de la mise en œuvre, de façon à permettre à tous ces acteurs de connaître l'offre du centre hospitalier et ses évolutions à venir. Tout comme pour les médecins, une rencontre sera à organiser par la suite pour déterminer les différents ponts de liaison qui peuvent exister entre les soins de ville et les soins hospitaliers, afin d'assurer une continuité et une globalité des prises en charge, gages d'un service rendu de qualité.

D) Au niveau des autorités de contrôle et de tarification

L'autorité qui officie dans ce rôle est l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Midi-Pyrénées. Le directeur de l'ARH a participé activement à l'opération de fusion mettant à la disposition de l'établissement des ressources qui ont facilité sa mise en œuvre.

Le rôle décisionnel de l'ARH dans la structuration de l'organisation sanitaire montre l'importance de la communication auprès de l'agence.

Ainsi je propose une rencontre de démarrage où l'établissement présentera un bilan d'étape de la fusion avec les réalisations déjà effectuées, et les modalités d'élaboration du projet d'établissement, surtout au niveau du découpage temporel, pour que le projet soit en adéquation avec les différents moments d'orientations régionales (ceci est d'autant plus important que la période de la fusion correspond à la transition entre le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de deuxième génération et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération).

Cette étape peut être suivie d'informations par courrier, courrier qui devra être envoyé dès qu'une décision est prise quant à la configuration de l'activité médicale dégagée après les travaux des groupes. Cette information est capitale pour obtenir une validation progressive des orientations prises et éviter ainsi de se retrouver avec un projet qui au bout du compte ne sera pas retenu.

E) Au niveau des autres établissements et services sanitaires et sociaux

La communication auprès des autres établissements et services sanitaires et sociaux est délicate. En effet, si pour la plupart de ces acteurs la relation passe par un partenariat, la situation de certains établissements, notamment sanitaires, peut amener à une position concurrentielle qui trouble quelque peu les échanges.

Cependant, les politiques publiques appelant de plus en plus à la coopération entre les structures et le contexte de baisse de la démographie médicale, notamment sur certaines spécialités, vont amener le projet à se positionner sur le créneau du partenariat et de la coopération.

Il faut donc considérer la communication comme un élément de facilitation des échanges.

Pour les structures en position de partenariat, je propose une information par courrier dès que l'offre de soins se dessinera, et dès que les différents modes de prise en charge seront clairs. La suite de la communication peut s'organiser autour d'une rencontre pour que chaque établissement puisse donner ses attentes et que puissent être dégagées toutes les pistes de partenariat

Pour les établissements en position de concurrence, je propose une réunion d'échanges sur les avancées du projet dès que la phase d'analyse interne et externe sera effectuée et que les premières pistes, quant aux activités médicales, seront définies.

Par la suite, le mode de communication dépendra surtout de la réponse apportée par ces établissements au projet que présentera le centre hospitalier ; mais les rencontres restent la meilleure manière permettant l'expression des positions de chaque structure.

F) Au niveau des institutions politiques

Les partenaires politiques sont très attentifs au devenir des institutions sanitaires car elles concourent à apporter un service important au niveau de la population. Le projet d'établissement doit être connu de ces institutions qui peuvent, d'une part, relayer les informations, et d'autre part, contribuer au développement des établissements.

La communication peut être, avant le lancement, une rencontre avec le maire et le président du conseil général pour poser les intentions de projet portées par le centre hospitalier.

Ce même moyen de communication est à activer lors de la fin de la phase d'élaboration car les différentes orientations pourront amener les institutions politiques à s'engager dans l'appui du projet.

CONCLUSION

La fusion du centre hospitalier de LAVELANET et de la clinique s'est effectuée dans un contexte contraint où il n'a pas été possible, dans un premier temps, d'entamer un travail de fond sur la recherche identitaire de la nouvelle structure.

En revanche, l'analyse de la fusion dans ses apports et ses limites a montré que le centre hospitalier bénéficiait, dans sa nouvelle configuration, de ressources importantes à exploiter.

Ce gisement « dormant » nécessite toutefois la recherche d'outils permettant de le faire jaillir ; la recherche aussi d'un catalyseur capable de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de cette quête identitaire.

Le projet réunit toutes ces qualités et devient donc le levier idéal même s'il traîne dans son ombre l'idée de changement et son cortège d'inquiétudes et de remises en cause.

Le centre hospitalier du Pays d'Olmes est à l'aube de son histoire. Il reste encore de nombreuses étapes parsemées d'aléas et de difficultés. Le courage, la ténacité, la volonté seront indispensables dans les temps à venir pour faire vivre et bonifier cette fusion.

La fusion de deux établissements demande du temps. D'ailleurs « *un délai de trois à cinq ans pour concrétiser une fusion n'est pas déraisonnable*⁶⁰ ».

Puisque le centre hospitalier pose actuellement les premières pierres de son édifice, que les protagonistes me permettent de conclure par ce proverbe :

« *Il n'est pas de vent favorable pour celui qui ne sait pas où il va* »

SENEQUE

⁶⁰ Pascal FORCIOLI, « *De la fusion à la réorganisation médicale et à la restructuration architecturale* », *Gestions hospitalières*, n°391, décembre1999, p 739

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi, instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique.

Décret 99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social.

Décret 2004-15 du 07 janvier 2004 portant code des marchés publics.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ordonnance n° 2003-850 du 04 avril 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/24 du 28 mai 2001 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

Circulaire NOR : ECOZ0300024C du 07 janvier 2004 portant manuel d'application du code des marchés publics.

OUVRAGES

CARTON Gérard-Dominique, « *Eloge du changement : leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel* », Paris, Editions Village Mondial, 1999.

DUCALET Philippe et LAFORCADE Michel, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Paris, Editions Seli Arslan, 2003.

DUPUY François, « *L'alchimie du changement : problématique, étapes et mise en œuvre* », Paris, Editions Dunod, 2001.

GAREL Gilles, « *Le management de projet* », Paris, Editions La Découverte, 2003.

LEFEVRE Patrick, « *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales* », Paris, Editions Dunod, 2003.

MIRAMON Jean-Marie, « *Manager le changement dans l'action sociale* », Rennes, Editions ENSP, 1996.

MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis et PATURET Jean-Bernard, « *Le métier de directeur, techniques et fictions* », Rennes, Editions ENSP, 2002.

REVUES

FORCIOLI Pascal, « *De la fusion à la réorganisation médicale et à la restructuration architecturale* », Gestion Hospitalière, décembre 1999, n°391 pp 728-740.

BARRAL Bruno, « *Les difficultés juridiques et pratiques rencontrées lors d'une fusion interhospitalière* », Gestion Hospitalière, octobre 2000, n°399, pp 611-615.

BLOCH Yves, « *Une fusion originale* », Gestion Hospitalière, octobre 2000, n°399, pp 616-623.

CALMES Gilles et LEFRANC Laura, « *Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000* », Gestion Hospitalière, octobre 2000, n°399, pp 584-589.

KITOUS Bernhard, « *Fusions des établissements : solution d'avenir ?* », Gestion Hospitalière, juin-juillet 2002, n°417, pp 423-441.

FORCIOLI Pascal, « *Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux* », Gestion Hospitalière, juin-juillet 2003, n°427, pp 468-472.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 2 : Dispositif permettant aux praticiens libéraux d'exercer sur le centre hospitalier

ANNEXE 1

Liste des personnes rencontrées lors des entretiens

- ❖ M. AIBAR cadre de soins des services de médecine et de soins de suite et de réadaptation du centre hospitalier.
- ❖ Dr AL HOMSI médecin, spécialité cardiologie à LAVELANET.
- ❖ Mme AUBERT-SAVERNE infirmière libérale à LAVELANET.
- ❖ Dr BAYAUX chirurgien, spécialité chirurgie orthopédique et traumatologie.
- ❖ Mme BERNIS responsable du CLIC et du SSIAD du centre hospitalier.
- ❖ M CAUX adjoint au maire de LAVELANET.
- ❖ M CHUST infirmier libéral à LAVELANET.
- ❖ Dr DELHOMME médecin urgentiste du CHIVA, responsable de l'UPATOU du centre hospitalier.
- ❖ Dr FAIZON chirurgien, spécialité chirurgie viscérale à LAVELANET.
- ❖ Dr GIMENO médecin généraliste à LA BASTIDE SUR L'HERS.
- ❖ Mme GIRAUD responsable, services de soins du site SOULANO.
- ❖ Mme LAFFONT secrétaire au centre hospitalier.
- ❖ Dr LAFLUTE médecin, spécialité gériatrie au centre hospitalier.
- ❖ Dr PAUBERT médecin généraliste à LAVELANET.

ANNEXE 2

