



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public
Promotion 2002 - 2003**

**LA FUSION D'UN CENTRE HOSPITALIER
ET D'UN HÔPITAL LOCAL**

**DE LA CRÉATION DE L'ENTITÉ A L'HARMONISATION
DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

DENIEL Nelly

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur GAUTHIER, Directeur adjoint de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île et maître de stage pour m'avoir donné l'opportunité d'effectuer ce stage au sein de la structure, pour son accompagnement, sa disponibilité et son sens de l'humanité,

Je tiens également à remercier Monsieur DUMORTIER, Directeur de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île pour l'étroite collaboration qui nous a liées, la confiance qu'il m'a accordée, son expérience de terrain qu'il m'a fait partager, son écoute, ses précieux conseils et son soutien indéfectible,

Je remercie Monsieur GARIN, Directeur adjoint de Saint-Nazaire chargé de la fusion, pour son écoute et la confiance qu'il m'a accordées,

Je remercie Monsieur BECHARC, Tuteur de mémoire pour le temps qu'il m'a consacré et les conseils qu'il m'a donné pour l'élaboration de ce mémoire,

Aussi, je remercie Madame BAHOLET, Cadre supérieur de santé et tous les cadres de santé et responsables de services qui m'ont accordé leur attention et leur soutien dans les moments forts,

Enfin, j'adresse un grand merci à tous les agents du Bureau des Ressources Humaines pour leur important travail durant ce stage, leur expérience, leur compétences et les échanges que nous avons vécus m'ont conforté dans mon choix professionnel de devenir directrice d'établissement sanitaire et social,

Je remercie également les représentants des organisations syndicales pour la confiance qu'ils m'ont témoignée et tous les échanges que nous avons partagés durant ce stage,

Enfin, dans l'impossibilité de citer nominativement tous les agents qui m'ont accompagné dans l'élaboration de ce mémoire, je leur adresse un grand merci,

Que ce travail, fruit d'une collaboration enrichissante soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

« On n'enjambe pas une montagne en un seul pas »
Proverbe

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 D'UN PROCESSUS DE FUSION DE DEUX ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE A LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE ENTITE JURIDIQUE....	3
1.1 La fusion de deux établissements publics de santé : un constat d'une complexité avérée	3
1.1.1 Une complexité liée à la spécificité de chaque situation de fusion	3
A) L'existence de dispositions législatives et réglementaires.....	3
B) Mais un vide juridique domine quant à la procédure à suivre	4
1.1.2 Une complexité liée à un constat de culture différente ou ne pas réactiver le complexe du loup et de l'agneau	7
1.2 Cas de la fusion d'un Hôpital Local et d'un Centre Hospitalier.....	10
1.2.1 Présentation des deux entités juridiques	11
1.2.2 Une spécificité liée au fonctionnement des deux entités juridiques	12
A) L'organisation et les missions d'un l'hôpital local et d'un centre hospitalier	12
B) Deux modes de gestion des ressources humaines	17
1.2.3 Un climat social difficile	20
1.3 La mise en place de la nouvelle entité juridique : l'Hôpital Local Intercommunal.....	22
1.3.1 Par la mise en place des nouvelles instances	22
A) Le Conseil d'Administration.....	22
B) La Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E).....	23
C) Le Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.)	24
D) Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	25
E) La Commission du Service de Soins Infirmiers (C.S.S.I.)	26
F) Les autres instances.....	27
1.3.2 Par la création de l'organigramme de la direction	27
1.3.3 Par la création du nom et du logo de cette structure.....	28

2 VERS UNE DEMARCHE D'HARMONISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE CADRE DU PROJET MEDICAL ET DE LA REFLEXION DU PROJET SOCIAL.....32

2.1 Une harmonisation nécessaire de l'organisation et des moyens médicaux dans le cadre du projet médical.....	32
2.1.1 L'élaboration du projet médical, socle de réflexion du projet d'établissement.....	32
A) Le contexte du projet médical	33
B) Les orientations définies par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.....	34
2.1.2 Les principes directeurs et les objectifs du projet médical.....	35
2.1.3 Les axes prioritaires du projet médical.....	36
A) Mettre en place des structures médicales communes	37
B) Organiser et conforter l'activité de médecine en fonction des missions et moyens du nouvel établissement.....	38
C) Organiser et adapter l'activité de soins de suite et réadaptation	40
D) Organiser et compléter la filière gériatrique.....	41
E) Organiser les activités transversales	42
F) Contractualiser les relations avec le CH de Saint-Nazaire notamment en dépassant l'obligation réglementaire pour définir des relations contractuelles	44
2.2 Le projet social : un outil dynamisant les orientations stratégiques du projet médical.....	46
2.2.1 Les principes directeurs et les objectifs du projet social.....	46
A) Le cadre réglementaire du projet social	46
B) Les objectifs poursuivis du projet social.....	47
2.2.2 L'harmonisation de l'organisation des moyens humains et techniques de la Direction des Ressources Humaines	49
A) La création de l'organigramme de la Direction des Ressources Humaines.....	49
B) La création des fiches de poste par chaque agent	50
C) Rôle et mission de l'antenne BRH sur le site du Croisic.....	52
D) La création du système d'information et de gestion	53
2.2.3 Les prémices d'une harmonisation des procédures et pratiques sociales	54
A) L'harmonisation statutaire des personnels non médicaux	54
B) La démarche d'harmonisation des pratiques sociales	54
C) La détermination des thèmes prioritaires	56
D) Une politique de communication permanente	63

3 DE LA FORMALISATION DU PROJET SOCIAL A LA FINALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 65

3.1 Le rôle du Directeur des Ressources Humaines dans la formalisation et le suivi du projet social.....65

3.1.1 Accompagner la dynamique du changement de la culture d'établissement.....65

A) Par le biais d'une mobilité inter sites des personnels65

B) Par la mise en place des conseils de service.....67

C) Par une politique de la formation continue.....68

3.1.2 Anticiper et répondre aux besoins de l'entité nouvellement fusionnée.....70

A) Grâce à la mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (G.P.E.C.)70

B) Grâce à la mise en place d'une politique d'amélioration des conditions de travail.74

3.2 La finalisation du projet d'établissement vers une démarche qualité.....75

3.2.1 De la finalisation du projet d'établissement76

A) Le cadre législatif du projet d'établissement76

B) A sa finalisation au sein de l'hôpital Local Intercommunal76

3.2.2 A l'engagement d'une démarche d'amélioration de la qualité.....78

A) Dans le cadre de l'accréditation pour la partie sanitaire de l'Hôpital Local Intercommunal78

B) Dans le cadre du conventionnement pour la partie médico-social de l'établissement .80

CONCLUSION 82

Bibliographie 85

Liste des annexes I



Liste des sigles utilisés

A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation

B.R.H. : Bureau des Ressources Humaines

C.A. : Conseil d'Administration

C.M.E. : Commission Médicale d'Etablissement

C.H.S.C.T. : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

C.T.E. : Comité Technique Paritaire

C.S.S.I. : Commission du Service de Soins Infirmiers

G.R.H. : Gestion des Ressources Humaines

H.L.I. : Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île

P.H. : Praticien Hospitalier

S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

INTRODUCTION

Le Petit Robert définit ainsi la fusion : « Union intime de la combinaison ou de l'interpénétration d'êtres ou de choses » et pour illustrer cette définition, il fournit, à propos des fusions de sociétés ou entreprises, les synonymes suivants : absorption, entente, intégration, union.

Dans sa partie législative, le code de la santé publique évoque la fusion à l'article L 712-20, issu de la réforme hospitalière du 24 avril 1996 : « En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver la qualité des soins dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation peut demander à deux ou trois établissements public de santé de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés (alinéa 3) »

En mettant les restructurations d'établissements au cœur de la gestion hospitalière, la loi du 31 juillet 1991 en modifie les enjeux ; les fusions d'établissements deviennent avec leurs procédures spécifiques et leurs contraintes fortes, l'incontournable solution à l'optimisation des ressources sanitaires et sociales.

Les premières discussions et rencontres entre les deux directeurs des établissements concernés remontent à mai 1997, où l'idée d'un partenariat conventionnel était annoncée dans un cadre intercommunal. Cependant, si une convention reste le plus souple des cadres et le plus rapide à mettre en place et le moins traumatisant pour tous les acteurs de santé, elle ne revêt pas la force juridique d'une fusion et reste trop soumise à la bonne volonté des parties. Ainsi, l'idée d'une fusion est-elle née. Le 1^{er} Janvier 2003, le Centre Hospitalier de Guérande et l'Hôpital Local du Croisic fusionnaient, donnant naissance à l'Hôpital Local Intercommunal, aboutissement d'un travail de longue haleine commencé en 2001.

Afin d'introduire le sujet, il me semble opportun de préciser que le directeur du Centre Hospitalier de Guérande a quitté l'établissement en mai 2002, le directeur de l'Hôpital Local du Croisic a donc effectué l'intérim des deux structures jusqu'en décembre 2002. Afin d'aider ces derniers dans la mise en place de la fusion, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a missionné un des directeurs adjoints du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire dans le cadre de la réalisation de la fusion, en mars 2002

Au 1^{er} janvier 2003, le directeur de la nouvelle structure devait prendre ses fonctions. Cependant pour des raisons strictement politiques, il n'arrivera que le 10 mars 2003, prise de fonctions imposée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et contre l'avis du Président du Conseil d'administration. Pour couvrir la période de Janvier 2003 au 10 mars 2003, le chargé de fusion effectuera l'intérim de cette nouvelle structure. Cette nomination tardive n'est pas sans incidence dans le traitement de l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Ce mémoire relatif à la fusion d'un Centre Hospitalier et d'un Hôpital Local est essentiellement axé sur une vision Gestion des Ressources Humaines, domaine où j'ai consacré principalement mon stage professionnel de directeur d'établissement sanitaire et social.

Si un « un tel niveau d'engagement ne doit jamais reposer sur un seul homme mais être le fruit d'une communion de toutes les volontés de chaque entité »¹, la fusion demeure une opération complexe où la volonté des acteurs est mise à rudes épreuves.

Mais, comment créer une nouvelle entité juridique quand la complexité n'est en rien propice ? Comment donner une nouvelle identité à cette entité juridique naissante ? Quelle démarche devra t-elle entreprendre pour se donner une légitimité ?

Cette démarche d'étude repose sur la formalisation de trois hypothèses correspondant aux trois parties de ce mémoire :

- ✚ La fusion est un acte fort qui doit tenir compte de la complexité du terrain, des différences et des similitudes des deux entités juridiques
- ✚ La mise en œuvre de la fusion n'a d'assise que dans la construction d'un projet social, déclinaison du projet médical dans un souci d'harmonisation des moyens, et des pratiques sociales
- ✚ La projection stratégique de l'établissement s'inscrira dans la formalisation du projet social et l'écriture du projet d'établissement pour s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

¹ ADDA G., BENAÏM E., LE TEURNIER C. et al. Fusion et démocratie sanitaire, *Directeur d'Hôpital*, Novembre – Décembre 2002, n°86, pp 16

1 D'UN PROCESSUS DE FUSION DE DEUX ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE A LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE ENTITE JURIDIQUE

Après avoir pris connaissance de la complexité tenant au processus fusion de deux établissements publics de santé, tant dans la méthode de mise en place que dans les cultures (1.1), et notamment au sein du Centre Hospitalier de Guérande et de l'Hôpital Local du Croisic (1.2), la mise en place de la nouvelle entité : l'Hôpital Local Intercommunal nécessite que des instances nouvelles soient créées, qu'une organisation administrative soit fixée et culturellement, qu'un nom lui soit donné.(1.3).

1.1 La fusion de deux établissements publics de santé : un constat d'une complexité avérée

Le projet de fusion doit prendre en compte les dysfonctionnements apparents comme sous jacents. Quel que soit le modèle juridique de fusion, ce système d'alliance entre établissements impose un état des lieux détaillé avec analyse d'une part, des intérêts et des objectifs des établissements concernés, d'autre part, du champ d'application de ces objectifs. Aussi, la restructuration est un moyen et non une fin.

Les restructurations doivent être motivées par la volonté d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et résidents.

1.1.1 Une complexité liée à la spécificité de chaque situation de fusion

A) L'existence de dispositions législatives et réglementaires

Depuis plusieurs années, les services ministériels souhaitent modifier les dispositions législatives en vigueur pour faciliter et clarifier les processus de fusion, largement encouragés depuis la mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Mais, le calendrier législatif surchargé n'a pas permis à ce jour de faire voter un projet de loi, préalable indispensable à la parution d'un guide ministériel sur les fusions.

Dans sa partie législative, le Code de la Santé Publique évoque la fusion à l'article L 712-20 issu de la réforme hospitalière du 24 Avril 1996 : « En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver la qualité des soins dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement des services, d'activités ou d'équipements hospitaliers, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation peut demander à deux ou trois établissements publics de santé : - de prendre une délibération tendant à la création d'un seul établissement public de santé par fusion des établissements concernés (alinéa 3) ».

Dans la pratique, cette disposition législative est rarement appliquée. Une fusion ne peut en effet réussir que si elle repose sur l'accord de deux volontés, même si celles-ci sont fortement influencées par la pression extérieure de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La complexité des fusions tient au fait que d'une part, la fusion constitue le stade le plus abouti des diverses formes d'associations existantes en donnant naissance à une entité juridique unique dans sa gestion et sa stratégie de développement, d'autre part, le chantier à entreprendre ne laisse que très peu d'espaces clairs. Il est difficile de se rendre compte et d'appréhender de telles situations de par l'ampleur des questionnements et de la complexité du terrain.

Chaque établissement a un passé, une histoire qu'il a forgé dans sa manière de fonctionner, de s'organiser, de se remettre en question et de s'adapter aux évolutions des besoins en santé. Sa force à réagir, les difficultés rencontrées au cours de son existence lui ont permis d'appréhender le changement. C'est aussi cela qui fait que chaque établissement est différent, et en conséquence, chaque situation de fusion est un cas particulier. « La fusion doit être distinguée des autres mouvements de restructuration, car chaque fusion reste un cas d'espèce soumis aux conditions de terrain »²

B) Mais un vide juridique domine quant à la procédure à suivre

Bien que de plus en plus concernés par les fusions, les établissements publics de santé doivent faire faces souvent seuls à la mise en place de ce processus.

² AUSSERRE F. Les fusions, mode d'emploi - *Décisions Santé*, 15 octobre 99, n°149, pp 24

En 1998, un rapport récent du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétariat d'Etat à la santé chiffrait à 332 le nombre des restructurations hospitalières réalisées ou en cours, avec un nombre croissant concernant les fusions hospitalières.³

Si la fusion est prévue à l'article L712-20 du Code de la santé publique, la procédure de fusion, quant à elle, n'est pas décrite dans la partie réglementaire (article R 714-1-2) où si la fusion est évoquée, rien encore des actions à mener, du processus, de la méthodologie n'est avancée.

Malgré ce manque de guide méthodologique relatif à la mise en œuvre d'une fusion, les conditions de préparation sont capitales car, même dans le meilleur des cas, la fusion génère un traumatisme profond en impliquant une remise en question générale des institutions concernées.⁴

La fusion est un processus dont la préparation ne peut donc pas être négligée. Les acteurs concernés doivent se sentir investis dans cette opération. Il est cependant nécessaire de donner du temps à cette construction, car les fusions hospitalières soulèvent des problèmes nombreux et complexes, parfois politiques, toujours juridiques, souvent administratifs, mais aussi comptables, budgétaires, économiques, médicaux, techniques, sociaux, sociologiques, culturels...

Le traitement de l'ensemble de ces questions nécessite toujours de « laisser du temps au temps ». Et quand bien même les acteurs sont volontaires, il n'est pas rare de constater que toutes les difficultés n'ont pas été appréhendées et que l'avancée de la préparation est brouillée par des événements dont l'existence, voire la portée n'avaient été mesurées.

La complexité d'une fusion tient également au fait que chaque étape entreprise n'est peu ou pas mesurable dans l'instant, il est parfois difficile d'anticiper les difficultés par manque de recul et de clairvoyance.

³ FORCIOLI P. Fusion hospitalière, mode d'emploi. *Revue Hospitalière de France*, Novembre-décembre 1999, pp 22

⁴ SALOU M., FRUIT J.L. La fusion d'établissements, quels enjeux pour la GRH ? , *Gestions Hospitalières*, Mai 1995, pp 371

« La fusion doit être un acte volontaire mais qui reste lent à se réaliser. Les effets de la fusion ne seront mesurables, quantifiables, que plusieurs années après sa mise en œuvre. Ce n'est vraiment qu'à moyen terme qu'on pourra être en mesure d'apprécier les effets d'une fusion. Quant à l'évaluation globale de la nouvelle entité, elle ne sera possible que sur le long terme qui seul permettra de conclure à la réussite de l'entreprise »⁵

La fusion demande un calendrier d'actions à mettre en place qui doit être guidée par les priorités institutionnelles de fonctionnement. Si ce calendrier existe bien effectivement, le directeur se trouve souvent confronté à de nombreuses problématiques auxquelles il ne s'était préparé. « Certes, chaque fusion a son histoire propre et il est peu aisé d'ériger des modèles. Pourtant, des lignes directives se détachent de chaque cas. Et, souvent le manque de hauteur de vue et de recul, combiné aux obstacles financiers, administratifs et comptables viennent s'ajouter aux problèmes culturels »⁶

Les fusions, aussi complexes soient elles doivent aboutir à créer une nouvelle entité et à donner à cette dernière une nouvelle identité culturelle. Malgré le chemin long et douloureux de ce processus, il est clairement envisageable que dans les faits, cette fusion doit être une réussite tant pour les acteurs que les objectifs engendrés, à savoir une prise en charge de qualité des résidents et patients.

Si les fusions n'apparaissent que rarement naturelles, une fois décidées, elles se doivent d'aboutir sauf à supporter de lourds dommages en cas d'échec : pertes financières, rupture de la dynamique, remise en cause des projets médicaux, dégradation de l'image de marque, destruction de la culture d'entreprise.⁷

Fusionner plusieurs établissements, c'est créer en fait comme en droit un nouvel établissement. La réussite d'une fusion passera par la réussite à faire émerger le plus vite possible une nouvelle culture d'établissement. Nous ne passons pas facilement d'une culture à une autre.

⁵ RAIKOVIC M. Les fusions d'établissements, *Décision Santé*, 15 octobre 2000, n°165, pp13

⁶ BARATTA N. La fusion entre établissements : un événement culturel, *Décision santé*, avril 1996, n°95, pp 21

⁷ ADDA G., BENAÏM E., LE TEURNIER C. et al. Fusion et démocratie sanitaire, *Directeur d'Hôpital*, Novembre – Décembre 2002, n°86, pp 16

L'adaptation des hommes, des structures et des pratiques ne peut être que progressive. Amorcer l'émergence d'une culture commune est donc l'un des rouages complexes de ce processus.

1.1.2 Une complexité liée à un constat de culture différente ou ne pas réactiver le complexe du loup et de l'agneau

La fusion de deux établissements a pour corollaire la rencontre de deux cultures professionnelles différentes. Celles-ci sont constituées de pratiques, de valeurs, de règles d'histoires et même de rites. Tout groupe social se développe à partir d'une culture, définie comme un ensemble de valeurs, de normes intériorisées, partagées par ses différents membres, appréhendées et transmises au travers de l'histoire.

En effet, qu'est-ce qui différencie, à capacité égale, deux structures de soins apparemment similaires dans le domaine de l'offre de soins, des équipements et des ressources financières ? Il existe, chacun le sait, des éléments de différenciation souvent cultivés par souci de particularisme mais, en règle générale, omniprésents. Ces éléments de différenciation immatériels concernent tant l'histoire que la culture, les mythes et les rites. Les identifier ne consiste pas à les valoriser mais à les appréhender.⁸

La culture aide à comprendre l'entité. Elle considère que tout établissement se crée un patrimoine de références qui sont à la fois le résultat de son expérience et la référence pour traiter de futures situations. Mettre en évidence la culture, c'est clarifier les logiques sous-jacentes au fonctionnement d'un groupe humain.

Fusionner deux structures passe par le fait d'avoir conscience de l'existence de deux cultures d'établissement aussi différentes soient elles. Négliger ce concept n'apporterait que difficulté à tendre vers une nouvelle culture d'établissement.

« Tout établissement possède une antériorité institutionnelle, élaborée au fil du temps et des événements par les acteurs internes, traduite dans des valeurs, marques intangibles

⁸ RAISIN-DADRE L., REVERCHON L. Identité sociale à l'hôpital, *Gestions Hospitalières*, Novembre 1996, pp 676

de croyances, de convictions et de rites de communication, qui ensemble, forment la culture et s'inscrivent tant dans l'histoire que dans la vie sociale.

Les institutions résistent aux turbulences internes et/ou externes par la capacité qu'elles ont de produire une identité et une culture forgées grâce aux personnes, parfois à leur insu ». De plus, « l'histoire s'est tissée bien souvent sur des mythes fondateurs qui donnent sens et orientent les conduites dans l'institution. Elle est parfois facilement repérable, il arrive aussi qu'elle soit enfouie dans le passé et difficile à identifier ».⁹

Les obstacles culturels sont de deux ordres : d'une part, d'un point de vue « endogènes », la nécessaire rencontre de cultures médicales divergentes et l'indispensable recombinaison d'une nouvelle constellation administrative peuvent bloquer le mouvement espéré vers une efficacité accrue de la structure ; d'autre part, d'un point de vue « exogène », la fusion devra, pour aboutir au résultat escompté, impliquer une remise en cause radicale des structures.

Depuis quelques années, la plupart des fonctions expriment de diverses manières le souci de prendre en compte la culture pour mieux atteindre les objectifs. Toutefois, c'est en gestion des personnels que les liaisons ont été les plus approfondies. En effet, à la base des liens entre fonction « personnel » et culture se trouvent la conception de la personne qui apparaît comme une catégorie récurrente de traits de culture dans les études. Cette conception correspond à la façon de voir les droits et devoirs de la personne envers l'entité et les droits et devoirs de l'entité envers la personne, et ce, à travers les systèmes de gestion, codes de relations et modes d'interactions entre les personnes.¹⁰

La fusion remet en cause donc des acquis culturels que chaque individu pensait posséder et maîtriser depuis longtemps. Il y a donc parfois perte de repères construits pour l'ensemble des agents que la fusion vient remettre soudainement en cause sans qu'il y ait eu parfois préparation.

La fusion se présente comme la recombinaison d'une culture administrative en un nouveau pôle, sur la base d'une ancienne constellation, laquelle, à travers son histoire, a

⁹ LEFEVRE P. *Guide de la fonction de direction*. Edition DUNOD, pp 126

¹⁰ THEVENET M. *La culture d'entreprise*, Edition que sais-je ?

su s'élever ses « leaders » et se définir des rôles en fonction des compétences présentes dans l'établissement.¹¹

Le sociologue Guy MINGUET¹² s'est penché sur l'articulation entre structure et culture dans le processus de la fusion. Il définit ainsi deux cas de figures :

- la culture préexiste à l'organisation et se traduit par des normes définissant des groupes professionnels (on parle ainsi de « culture de service ») et par des normes inspirées par l'environnement interne et externe de l'établissement que représente l'enchevêtrement du politique, de l'entreprise, des patients ou même de l'importation de modèles organisationnels étrangers
- la culture de l'établissement est conçue comme volontariste

Ainsi, selon ce même auteur, trois stratégies sont alors envisageables pour gérer la transition entre ces deux cultures :

- Le directeur peut envisager sur la voie de la réforme, le changement impliquant par exemple, le développement de techniques nouvelles, l'achat d'un nouveau scanner ou la mise sur pied d'un système d'information des données : ce mode d'action passe donc d'abord par la structure puis influencera obligatoirement par la suite sur l'interaction des acteurs et donc sur la culture.

- Le deuxième scénario consiste au « type de processus expérimental », le directeur doit tabler dans ce cas sur le processus d'adhésion au projet, sur l'interaction entre les acteurs, sur leur capacité à communiquer. Cette voie est plus longue mais reste préférable puisqu'elle donne lieu à une recherche raisonnée de l'équilibre structurel et culturel.

- Enfin, « le processus de type transférentiels » où l'on s'inspire d'un modèle étranger que l'on instille dans les acteurs à coup de séance de formation continue.

Aussi, tenir compte des différences de culturelles dans le cadre d'une fusion paraît indispensable. Mais, encore faut-il ne pas vouloir imposer une culture d'un établissement à l'autre. Il s'agit de créer une nouvelle culture et de ne pas obéir au collage d'une culture d'un établissement sur l'autre. « Il serait vain de vouloir appliquer à la nouvelle structure la culture de l'un ou de l'autre hôpital. Au-delà de la fusion structurelle, l'objectif doit être une

¹¹ BARATTA N. La fusion entre établissements : un événement culturel, *Décision santé*, avril 1996, n°95, pp 22

¹² Ibid

fusion culturelle capable d'inventer une nouvelle manière de réagir aux situations courantes comme aux événements exceptionnels, de donner une véritable personnalité à la même entité.

Même inscrite dans les textes de référence, la fusion culturelle peut prendre jusqu'à une dizaine d'années pour que les agents fassent leur, la nouvelle culture d'entreprise. Car la fusion implique la mise en place d'une nouvelle organisation humaine dont il convient de déterminer préalablement des règles de fonctionnement viables »¹³.

Un rapprochement culturel reste toujours difficile à mener même si les établissements concernés ne sont pas en situation de concurrence. Il est clair qu'une fusion serait facilitée si les établissements avaient une culture et un fonctionnement proches.

Mais, dans les faits, il est certainement rare de trouver deux établissements ayant les mêmes cultures.

Au delà de l'institution elle même, la fusion laisse entrevoir des différences de culture auprès des partenaires extérieurs. «Le théâtre de la fusion demeure une arène où s'affrontent les pouvoirs publics, la tutelle, la CNAM, etc. La fusion est un processus qui implique que soient aplanies les dissensions techniques et culturelles entre ces partenaires ».¹⁴

1.2 Cas de la fusion d'un Hôpital Local et d'un Centre Hospitalier

Après avoir présenté les deux entités juridiques (1.2.1), je m'attarderai à démontrer les spécificités dans leur fonctionnement tant dans la prise en charge médicale que dans leur mode de gestion (1.2.2.) ainsi le climat social difficile dans lequel le projet de fusion a émergé (1.2.3.)

¹³ ADDA G., BENAÏM E., LE TEURNIER C. et al. Fusion et démocratie sanitaire, *Directeur d'Hôpital*, Novembre – Décembre 2002, n°86, pp 16

¹⁴ BARATTA N. La fusion entre établissements : un événement culturel, *Décision santé*, avril 1996, n°95, pp 22

1.2.1 Présentation des deux entités juridiques

Le Centre Hospitalier de Guérande et l'Hôpital Local du Croisic ont fusionné au 1^{er} janvier 2003, donnant naissance à l'Hôpital Local Intercommunal, aboutissement d'un travail de longue haleine commencé en 2001.

Selon le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la région des Pays de la Loire, le Centre Hospitalier de Guérande est caractérisé comme «établissement de proximité immédiate avec une vocation marquée de prise en charge de la population âgée mais également, de coordination entre les services sanitaires et sociaux dont il (peut) constituer un point d'ancrage ». Le centre Hospitalier de Guérande assure une couverture des besoins de santé de proximité de la Presqu'île Guérandaise, en appui du centre Hospitalier de référence du secteur de Saint-Nazaire. A ce titre, il concourt à la prise en charge en court, moyen et long séjour des hospitalisés, ainsi qu'à l'hébergement médicalisé des résidents dépendants.

Son action se place également dans le cadre de la Communauté d'établissement de Santé de l'Estuaire de la Loire et des complémentarités et coopérations avec les établissements publics et privés de son environnement. L'établissement de santé compte 222 lits dont 34 en médecine, 40 lits de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, 63 de soins de longue durée, 50 lits de cure médicale et 35 lits de maison de retraite.

Afin de mieux définir le rôle et la place de l'établissement dans le maillage sanitaire et social du secteur, ce dernier s'inscrit dans un cadre de complémentarité et de nouveaux champs de coopération qui s'animent grâce à la création de structures telles que le GIP Réseau d'Alcoologie de la Presqu'île et de l'Estuaire de la Loire (R.A.P.E.L.) dont l'hôpital de Guérande assure l'administration et accueille l'unité d'hospitalisation et de consultations (Unité d'Alcoologie Hospitalière). Le réseau d'Hygiène Hospitalière (COLINE), structuration du Comité de Lutte contre les infections nosocomiales permet à une infirmière Diplômée d'état hygiéniste (0,40 poste) d'intervenir au sein de l'établissement. Enfin, le Réseau d'Assurance Qualité (RAQUESEL) concerne la qualité des prestations, notamment dans le cadre de cette dynamique des propositions de formations ont eu lieu. Le RESPEL (Réseau Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire) permet à deux agents et une équipe mobile d'intervenir à la demande des équipes, des familles et des hospitalisés.

L'hôpital Local du Croisic est un établissement public de santé comptant 225 lits répartis selon la configuration suivante : 25 lits de médecine dont 10 lits de soins palliatifs, 40 lits de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle, 80 lits de soins de longue durée et 80

lits de maison de retraite. L'établissement gère en outre un foyer logement de 21 lits en partenariat avec une association Loi 1901. De plus, un Réseau de soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire (RESPEL) a été rattaché à l'établissement afin d'aider les soignants à mieux accompagner les malades en fin de vie, à domicile comme en institution dans tout le secteur sanitaire n°2 de la Loire Atlantique.

Ses deux structures s'inscrivent dans le cadre de la Communauté d'Etablissement de Santé de l'Estuaire de la Loire créé en 1998, dont l'objectif est de définir une politique commune de prise en charge, dans le respect de chaque prestataire de soins.

L'Hôpital Local Intercommunal se situe aux confins de la région Pays de la Loire. Cependant, Saint-Nazaire se trouve à 20 kilomètres du site du Croisic et à 12 kilomètres du site de Guérande.¹⁵ En conséquence, nous pouvons supposer qu'une certaine concurrence existe entre ces établissements.

A la différence du monde industriel qui ne considère pas comme essentielle la localisation de l'entreprise, l'implantation géographique de l'hôpital est une donnée primordiale dans un contexte où la notion de bassin de population a servi de fondement à l'élaboration des nouveaux SROS. Ce qui implique pour les établissements ainsi réunis, le maintien d'un équilibre entre les diverses catégories d'acteurs et le passage d'un statut de concurrence à une mise en complémentarité des missions.

1.2.2 Une spécificité liée au fonctionnement des deux entités juridiques

A) L'organisation et les missions d'un l'hôpital local et d'un centre hospitalier

La fusion d'un hôpital local et d'un centre hospitalier apporte sa particularité quant aux missions et à l'organisation de ses deux structures dont la définition reste différente.

a) *Les spécificités de l'hôpital local par rapport au centre hospitalier*

L'hôpital local revêt deux spécificités. La première spécificité est constituée par cette double vocation au niveau de la prise en charge puisque l'hôpital local dispense d'une

¹⁵ Annexe : Situation géographique des deux structures juridiques

part, des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD...); d'autre part, il accueille dans des services adaptés (constituant des lieux de vie) une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité.

La seconde spécificité de l'hôpital local est son fonctionnement médical, qui repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux : l'Hôpital Local Intercommunal constitue un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

L'hôpital local est au carrefour du sanitaire et du social, dans le sens où s'il fonctionne en partie avec des services dits actifs, il offre également une prise en charge aux personnes âgées.

b) Un champ d'activité restreint des soins de courte durée par rapport au centre hospitalier

L'hôpital local, c'est la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui lui donne sa consécration législative avec, dans son article 711-6 la mention suivante : « les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux ».

Cependant, la loi restreint, dans le même article, le domaine d'intervention de l'hôpital local aux soins de courte durée en médecine. Les hôpitaux locaux ne peuvent donc dispenser des soins de courte durée qu'en médecine et sous réserve de s'être liés par convention à un ou plusieurs établissements de santé.

C'est finalement le décret du 13 novembre 1992 qui fixe les modalités particulières du fonctionnement des hôpitaux locaux et qui, en quelque sorte détermine son organisation. L'article R.711-6-4 du décret de novembre 1992 précise ainsi : « l'hôpital local, établissement public de santé, a pour objet de dispenser tout d'abord, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée en médecine ou encore des soins de suite ou de réadaptation tels qu'ils sont définis par la loi hospitalière, c'est-à-dire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion ; mais aussi des soins de longue durée, comportant un hébergement tels qu'ils sont définis par la loi hospitalière, c'est-à-dire des personnes ayant une autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante, des traitements d'entretien ». Par ailleurs, la loi du 18 janvier 1994 autorise les

établissements publics de santé à créer et à gérer des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Les hôpitaux locaux qui, de façon significative, étaient dénommés « hôpitaux ruraux » jusqu'à la loi du 30 décembre 1970, ont pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées, généralement pour des séjours de longue durée.

Une partie de ces établissements est le plus souvent réservée à des lits d'hébergement relevant de la loi du 30 Juin 1975 réformée. Ils constituent un maillon essentiel de la coordination et de l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant d'un plateau technique conséquent.¹⁶

c) *Un champ d'activité reposant sur l'exercice de médecine libérale*

Par ailleurs, par lettre du 16 novembre 1993, le Ministère de la santé précisait que le seul critère déterminant permettant de classer un établissement de santé en hôpital local, est son fonctionnement médical, faisant appel aux médecins généralistes exclusivement pour au moins une des activités dont il a été question (médecine).

Les hôpitaux locaux, pour la plupart de faible capacité et implantés dans des zones rurales, se distinguent des centres hospitaliers par leur faible médicalisation, conséquence du champs d'activité limité que leur a fixé la loi.

En effet, dans son article R 711-6-18, le code de la santé Publique précise que : « ces établissements présentent la particularité de recourir de façon courante aux services de médecins généralistes qui exercent à titre libéral. Cet exercice est toutefois strictement encadré. La coordination au sein des hôpitaux locaux des activités médicales, de l'organisation de la permanence médicale, de jour comme de nuit, et l'évaluation des soins sont confiés à un médecin responsable désigné par le Préfet »

L'une des questions majeures de fonctionnement des hôpitaux locaux se situe dans le difficile équilibre pour les médecins entre un exercice médical libéral, une activité à

¹⁶ DUPONT M., ESPER C., MUZZIN L. et al, Droit public- sciences politiques – droit hospitalier, Edition DALLOZ

l'hôpital local auprès des patients et leur participation au fonctionnement général de l'établissement

d) *Le rôle de l'hôpital local réaffirmé par la circulaire de 2003*

La circulaire du 28 mai 2003¹⁷ relative aux missions de l'hôpital local a pour objet de guider la réflexion sur le rôle et les missions de l'hôpital local, et par conséquent sa place, dans l'organisation des soins à l'occasion de la révision du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire.

Cette circulaire « favorise également l'engagement de l'hôpital local dans une démarche prospective à travers l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement. C'est notamment le cas de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Pays de la Loire qui a lancé dès 2000 un appel à projet auprès des hôpitaux locaux, afin qu'ils mettent en place une permanence d'accès aux soins de santé entre plusieurs hôpitaux locaux, regroupés autour d'un centre hospitalier.

Cette circulaire renforce l'existence de service de médecine au sein des hôpitaux locaux, « la création ou la réintroduction de lits de médecine polyvalente doit être envisagée dans ces établissements, au vu d'une analyse de besoins de la population et d'un diagnostic de l'hôpital et de son environnement.

Est également rappelé dans cette circulaire qu'une convention avec un ou plusieurs établissements doit être passée afin d'introduire des lits en médecine. « Cette obligation doit désormais permettre de développer des échanges de « prestations » et d'expertises entre l'établissement de santé pivot et l'hôpital local.

Concernant les soins de suite ou de réadaptation, la circulaire appuie sur le fait que ce service ne doit pas se faire au détriment des lits de médecine, et que ces services doivent

¹⁷ Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

être pourvus de compétences en médecine physique notamment en masseurs kinésithérapeutes, et de temps partagés de psychomotriciens et d'ergothérapeutes.

De plus, cette circulaire rappelle que les hôpitaux locaux ne disposant plus actuellement de lits de médecine ne doivent pas pour autant se transformer en établissement médico-social, leur statut d'établissement de santé devant être préservé.

Est prôné dans cette circulaire le développement des alternatives à l'hospitalisation, notamment le développement de structures à temps partiel de jour et de semaine, mais aussi des structures d'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ceci dans un souci de continuité de prise en charge du patient et de leur retour à domicile.

L'hôpital local doit également s'inscrire, voire être le support de réseaux spécifiques (alcoologie, diabète, soins palliatifs, toxicomanie...).

L'existence des médecins libéraux dans l'hôpital local et des praticiens hospitaliers dans les centres hospitaliers nous amène à réfléchir sur le devenir des praticiens hospitaliers dans l'ex centre hospitalier au niveau des services de médecine.

Concernant l'organisation médicale, c'est principalement dans ce domaine que le passage du statut juridique de Centre Hospitalier à celui de l'Hôpital Local entraîne des conséquences pour Guérande (ce n'est pas le cas en revanche pour le Croisic qui est déjà Hôpital Local). Concernant l'activité de médecine (court séjour) qui ne peut en principe être confiée à des praticiens sous statut hospitalier (PH), un moyen reste de rattacher les Praticiens Hospitaliers à un Centre Hospitalier voisin avec mise à disposition du temps équivalent à l'Hôpital Local pour contourner cette règle.

Se pose alors le problème de l'autorité hiérarchique, du recrutement, de la participation à la Commission Médicale d'établissement ainsi que celui du positionnement des praticiens concernés, ceci pour trois praticiens hospitaliers.

La question ne se pose pas a priori pour la réadaptation et le long séjour, disciplines pour lesquelles un hôpital local peut disposer de praticiens hospitaliers.

De plus, la disparition des chefferies de service est problématique puisqu'un Hôpital Local ne comporte pas de chefferie.

Enfin, le conventionnement obligatoire avec un Centre Hospitalier suppose au préalable la définition des besoins, de l'organisation des relations entre établissements, comme des moyens ultérieurs d'évaluation.

B) Deux modes de gestion des ressources humaines

Afin de présenter les différents modes de gestion, la distinction de quatre versants de la gestion des ressources Humaines retenue par Yves LAMY me semble l'illustration adaptée.

a) *La gestion statutaire des personnels*

« Gérer les ressources humaines, c'est avant tout administrer, c'est à dire appliquer correctement l'ensemble des textes régissant la vie des hommes et des femmes dans l'organisation. Ces textes sont soit des statuts au sens donné à ce terme dans la fonction publique, soit le code du travail. Ces textes comme ceux-ci règlent l'essentiel des conditions d'embauche, de déroulement de carrière, de rémunération, d'horaires, de conditions de travail dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité, de cessation d'exercice professionnel. Les mots clés de la fonction publique sont ceux de grades, de catégories, de positions, de droits, de devoirs, d'ancienneté, de notation, etc.

Sous estimer cette première facette de la GRH serait une erreur. En effet, tous les salariés, quel que soit leur rang dans la hiérarchie, sont attachés à une saine et bonne gestion de leur dossier. C'est une exigence individuelle et collective en même temps qu'une condition préalable au développement de toute autre approche des ressources humaines. Rien ne sera obtenu, aucune mobilisation ne sera possible, si ce socle n'est pas stabilisé. »¹⁸

¹⁸ LAMY Y. La Gestion des Ressources Humaines : contenu, valeur, organisation, *Gestions hospitalières*, Mai 1995, pp 362

En établissant un diagnostic sur la gestion des ressources humaines des deux entités juridiques, le constat sur la gestion dite «de base» des ressources humaines était différente. En effet, le suivi de certains dossiers tels que les tableaux des effectifs démontre que certaines notions de gestion n'étaient pas maîtrisées (exemple de poste à 0.25% occupé par un agent contractuel).

De plus, l'interprétation des textes était également différente et donc les pratiques de gestion des ressources humaines. Si la mise en place de concours sur titres ou sur épreuves était effectivement respectée sur un site, aucune organisation notamment pour les concours sur titres n'était faite sur l'autre.

La gestion du temps de travail est calculée différemment sur chaque site, un système de badgeage étant mis en place sur un des établissements.

Quant à la mobilité, sur un des établissements, une rotation annuelle avait été mise en place afin de permettre aux agents travaillant auprès des personnes âgées de ne pas s'essouffler et de garder techniquement des connaissances en allant travailler dans le service médecine ou soins de suite. Sur l'autre entité, la mobilité existait mais restait limitée à six mois, ce n'était pas une affectation définitive mais plus perçue comme une transition de courte durée.

b) La maîtrise financière

« Gérer les ressources humaines, c'est aussi aujourd'hui de façon très prégnante en maîtriser la dimension financière. Les frais de personnel constituent la principale dépense de fonctionnement ou d'exploitation à l'hôpital (environ 70% du budget global)¹⁹. La dégradation de la situation budgétaire d'un établissement démontre que compte tenu du manque de moyens budgétaires, l'hôpital local était souvent le parent pauvre des établissements publics de santé, la dimension financière n'était pas forcément mal maîtrisée, mais aucune marge de manœuvre ne semblait exister.

c) L'amélioration des conditions de travail

« Gérer les ressources humaines, c'est aussi agir sur les conditions de travail pour, autant que faire se peut, faciliter la vie des personnels sans rien concéder, au contraire, à la

¹⁹ Ibid

qualité de la prise en charge des patients ». ²⁰ Les programmes d'amélioration mis en place depuis 1995 dans un des établissements montrent que l'amélioration des conditions de travail était au cœur des préoccupations et partie intégrante du projet social. L'existence dans un long séjour de seize horaires différentes suite à la mise en place des 35 heures révèle le manque de prise en considération des conditions de travail des agents sur un des sites.

d) *La gestion des compétences*

« Gérer les ressources humaines, c'est enfin agir sur ce qui en réalité constitue le cœur même de la ressource considérée, à savoir la compétence. La compétence est le capital individuel de l'agent hospitalier et le patrimoine collectif de l'établissement dans son ensemble. Une compétence est une richesse qui doit être entretenue, développée, optimisée, utilisée et mise en valeur. La fonction GRH doit avant tout savoir détecter, gérer, accroître le potentiel des compétences ». ²¹

La fonction GRH se doit également de reconnaître les compétences de chacun. Le manque de reconnaissance peut avoir des incidences lourdes de conséquences (arrêts de travail, manque de dynamisme à améliorer la prise en charge...). Ce manque de reconnaissance, notamment pour des agents travaillant auprès des personnes âgées sur un des établissements est flagrant, la politique de l'établissement étant plus axée sur la reconnaissance des compétences d'agents travaillant au sein du service médecine. Les agents finissent par ne plus donner de sens à leur travail et oublier les valeurs pour lesquelles ils exercent ce métier.

Les logiciels de paie étant différents, l'un provenant de la création d'un professionnel indépendant et dont les modalités de gestion étaient inadaptées aux règles de gestion de la fonction publique hospitalière, l'autre peut être plus adapté mais limité dans ses liaisons interservices (le bureau des ressources humaines n'a pas accès aux plannings des divers services de l'hôpital notamment).

²⁰ LAMY Y. La Gestion des Ressources Humaines : contenu, valeur, organisation, *Gestions hospitalières*, Mai 1995, pp 363

²¹ Ibid

1.2.3 Un climat social difficile

Le paysage syndical des deux structures est le suivant : sur le site de Guérande, deux syndicats sont représentés, à savoir Force Ouvrière (F.O.) et la Confédération Française Démocratique du Travail (C.F.D.T). Sur le site du Croisic, deux syndicats y sont également représentés, à savoir Force Ouvrière et la Confédération Générale du Travail (C.G.T.). Les syndicats se sont divisés sur la question même de la fusion. En effet, un des syndicats était pour que cette dernière se réalise, un autre affichait son opposition quant à sa réalisation.

Quant au troisième syndicat, qui était dans un premier temps contre, notamment en étant le seul syndicat à ne pas participer au travail de groupes enclenché dès 2001 dans le cadre de l'harmonisation, celui-ci s'est à nouveau ouvert aux discussions et a pris part aux groupes de travail recréés en mai 2002. En effet, à la demande du Conseil d'Administration de l'hôpital local du Croisic, les groupes de travail ont été suspendus, et ce jusqu'en mai 2002.

Un important travail a dû être mené afin que les syndicats prennent conscience de l'importance de la réussite de la fusion et adhèrent finalement aux discussions. La neutralité dans les discussions et le non jugement ont permis à ces représentations syndicales de prendre confiance dans les acteurs du moment.

Il existe souvent au début une crainte permanente de « cannibalisme ». Ainsi, dans toutes les décisions à prendre, il faut veiller à éviter de donner à penser qu'il y aurait absorption d'un établissement par l'autre ou transfert de moyens d'un établissement vers l'autre.²²

La dégradation du climat social s'est également traduite dans les faits par l'absence même de directeur nommé à la date de la fusion, à savoir le 1^{er} janvier 2003. Le positionnement d'un directeur faisant l'intérim ne pouvant avoir le même poids dans une institution en pleine mouvance. Il aurait été souhaitable que le problème de la chefferie d'établissement soit traité en amont de la fusion par la Direction des Hôpitaux avec les Présidents des Conseils d'Administration et autant que possible en accord avec les intéressés. Si le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation avait clairement affirmé qu'aucun des directeurs des entités juridiques ne pouvait prétendre à la chefferie

²² CALMES G., CRETTE G. Fusion de deux cultures, *D.H.*, Avril 1996, n°42, pp 18

de cette nouvelle entité, le problème n'a pas pour autant été réglé en amont, ce qui aurait facilité la situation, que ce soit pour l'institution comme pour l'intéressé lui-même.

Le climat social s'est également dégradé au vue de la connaissance par les personnels de la situation budgétaire alarmante.

De plus, le reste de l'équipe de direction doit également de préférence adhérer à la décision de fusion. En effet, les membres des équipes de direction des établissements fusionnant seront appelés à travailler ensemble au sein de la même équipe et il est important qu'ils y soient aussi préparés et volontaires. Ceci reste d'autant plus marqué que le reste des équipes subissent alors la situation de la fusion au lieu d'en être acteur.

Fusionner remet en cause des pouvoirs détenus et affirmés au fil du temps. C'est notamment le cas pour un syndicat majoritaire sur un des sites, qui possédait une importante influence auprès des agents et qui a du en faire le deuil dans le cadre de cette fusion. Cette situation de deuil ne peut se passer sans blessures.

La fusion réveille parfois des malentendus ou crée souvent des conflits de sources nombreuses et diverses, qui ont généralement des incidences importantes sur le fonctionnement de l'entité.

En effet, « les principales causes d'échec d'une fusion sont liées à des conflits avec le corps médical, des désistements caractériels individualistes ou à la répartition des moyens budgétaires. Aux conflits d'intérêts verticaux traditionnels viennent s'ajouter les oppositions horizontales entre les services identiques de chacune des deux structures dont les capacités sont en concurrence directe ».²³

La fusion est un acte fort dans le sens où elle crée véritablement une nouvelle entité tant dans les faits que dans le droit. La fusion demeure le degré le plus élevé de la coopération entre deux établissements. Mais, comment se réalise cette création ?

²³ ADDA G., BENAÏM E., LE TEURNIER C. et al. Fusion et démocratie sanitaire, *DH*, Novembre – Décembre 2002, n°86, pp 16

1.3 La mise en place de la nouvelle entité juridique : l'Hôpital Local Intercommunal

La fusion crée une nouvelle entité juridique qui doit disposer pour son fonctionnement de ses instances propres. Aussi, la nouvelle structure doit mettre en place ces dernières (1.3.1). La fusion est source de réorganisation administrative où l'organigramme de direction prendra toute son ampleur (1.3.2.). Enfin, l'affirmation et la reconnaissance d'une culture nouvelle trouvent leur finalité dans l'attribution d'un nom et d'un logo (1.3.3.).

1.3.1 Par la mise en place des nouvelles instances

Le décret n°2002-1122 du 2 septembre 2002 complète la loi sociale de modernisation du 17 Janvier 2002 et apporte plusieurs améliorations notamment celle de préciser les modalités de constitution des instances en cas de création ou de transformation d'établissement (article 2-II du décret) permettant que soient constitués, avant la date prévue pour la création du nouvel établissement la Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Technique d'Etablissement et la Commission du Service de Soins Infirmiers et précise les modalités d'élection dans ce cas. Cette disposition permet de gagner du temps en particulier dans le cadre d'une fusion.

Cependant, si les anciennes instances ne sont plus compétentes à la date de la fusion elles le restent, pour ce qui les concerne, jusqu'à celle-ci (exemple : détermination du résultat 2002 pour chaque entité juridique avec leur propre conseil d'administration et comité technique d'établissement).

A) Le Conseil d'Administration

Une des premières questions à traiter est celle des présidents de Conseil d'Administration. La fusion suppose de passer de deux présidents à un seul. Il faut donc établir la règle qui permettra à ces responsables de travailler ensemble sans rivalité et en synergie.

Afin de préserver un équilibre aussi bien culturel que politique, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a préconisé que si le siège social de l'Hôpital Local Intercommunal était le site de Guérande, la présidence du Conseil d'Administration serait accordée au Député – Maire de l'autre commune, à savoir, le Croisic.

En tenant compte des modifications relatives à la composition du Conseil d'Administration des établissements publics de santé apportées par l'ordonnance du 24 avril 1996, et du

Décret du 30 octobre 1996 précisant la nouvelle composition du CA ainsi que son fonctionnement, les membres sont désignés.

La liste de ces membres est arrêtée par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

B) La Commission Médicale d'Établissement (C.M.E)

La composition de la CME d'un hôpital local est différente de celle d'un Centre Hospitalier. Elle ne laisse qu'une place très réduite au praticien hospitalier de réadaptation et de long séjour puisque leur représentation en termes quantitatif est moindre par rapport à l'ensemble des médecins généralistes intervenants dans la structure. Les praticiens de médecine relèvent de la CME de l'établissement centre Hospitalier de rattachement.

Cependant, à titre dérogatoire et sur décision du Conseil d'Administration du futur Hôpital à la majorité absolue de ses membres, la CME peut-être composée de l'ensemble des personnels médicaux et pharmaciens exerçant dans l'établissement. Cette disposition viendrait accroître la représentation des généralistes (13 exercent au Croisic) et le déséquilibre entre généralistes et praticiens hospitaliers (5 à Guérande dont 2 en médecine qui devraient être rattachés au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire).

Se pose également la question de la Présidence de la future CME, à la fois :

- au niveau de l'équilibre entre les deux sites et les rôles des acteurs (Présidence, siège, direction...)
- au sein du corps médical. Si tous les praticiens hospitaliers Guérandais sont rattachés au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire le déséquilibre entre les deux corps médicaux serait flagrant.

Les élections des membres de la commission médicale d'établissement se sont déroulées en octobre 2002 en vertu de l'article premier de l'arrêté du 24 octobre 1994 fixant la procédure des élections aux commissions médicales d'établissement.

En application de l'article R 714-16-11 du code de la santé publique, la C.M.E. de l'Hôpital Local Intercommunal est composé de cinq généralistes élus par et parmi les médecins autorisés à exercer, de trois praticiens hospitaliers au plus, si l'application de l'article R 711-6-15 est effective, élus par et parmi les praticiens de soins de suite et soins de longue durée, d'un attaché élu par et parmi les praticiens exerçant en soins de suite et soins de longue durée et enfin, d'un pharmacien qui est désigné.

Dans un souci d'assurer la parité de représentation entre Guérande et le Croisic pour favoriser la fusion des deux établissements et harmoniser les équipes médicales, d'assurer la représentation du service médecine de Guérande et de ses praticiens et enfin

de permettre la mise en œuvre du projet médical dans le domaine de la médecine, le Conseil d'Administration peut décider, à titre dérogatoire que la CME peut comporter l'ensemble des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant dans l'établissement.

Le Conseil d'Administration a donc délibéré dans ce sens, afin d'ajouter dans la composition de la commission médicale d'établissement de l'hôpital local intercommunal un praticien hospitalier et un assistant qui seront élus par et parmi les personnels médicaux relevant de ces statuts.

A ce titre, de prochaines élections sont prévues en septembre 2003.

C) Le Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.)

Le Comité Technique d'Etablissement a pris la suite du comité technique paritaire depuis la loi du 31 juillet 1991. Il est entièrement composé de représentants des personnels que ces derniers élisent tous les trois ans au scrutin universel de liste. Il existe trois collèges (Collège « A » représentatif des cadres de direction ou ayant une fonction de direction dans un domaine particulier, « B » pour les personnels d'encadrement et celui des catégories « C » représentatif des personnels ayant un emploi d'exécution.

En fonction du nombre d'agents au sein de l'établissement, un nombre de membres titulaires et suppléants est attribué en fonction des résultats des élections.

Chargée de l'organisation des élections, la préparation des élections s'est faite en concertation avec les organisations syndicales représentatives des différents établissements de santé constituant l'hôpital fusionné.

Les élections pour la constitution du CTE sont venues accentuer le climat social fort déjà dégradé. En effet, les syndicats étaient dans un premier temps hostiles à l'organisation de ces dernières, compte tenu que les élections sur le plan national étaient programmées fin de l'année 2003. Ces derniers étaient donc plus partisans à un remaniement de la constitution de cette instance via les membres représentatifs de ce comité dans chacune des entités juridiques avant la fusion. Le Ministère a refusé cette hypothèse et a confirmé qu'aucune continuité entre les anciennes structures et le nouvel hôpital intercommunal n'était possible.

Lors du premier tour, aucune liste de candidature n'a été déposée par les organisations syndicales, les trois représentations syndicales s'étant accordées pour ne pas les mettre en œuvre. Après maintes discussions, un deuxième scrutin aura finalement lieu en

décembre 2002, sous l'effet d'un accord passé entre une représentation syndicale et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dans le cadre d'obtention de moyens en vue de la résorption de l'emploi précaire. Seul un syndicat déposera une liste (collège B, C) à ce scrutin.

Cette période a donc renforcé deux représentations syndicales qui restant fidèles à leur démarche se retrouvent ainsi mises à l'écart dans toutes les instances. Il est clair qu'une représentation de plusieurs organisations syndicales au sein du Comité Technique d'Etablissement aurait enrichi les discussions, en favorisant la remontée des attentes des personnels de manière plus élargie.

Le directeur se doit alors, afin de ne pas accentuer cet évincement institutionnel, de communiquer de l'avancée du traitement des dossiers, notamment quand ces derniers sont présentés en instance. Les organisations syndicales reçoivent les dossiers présentés à titre informatif.

D) Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

La loi n°1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail fait du comité d'hygiène l'instance privilégiée où doivent se débattre les questions liées à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail des salariés.

Le comité d'hygiène comprend des représentants du personnel désignés par les organisations syndicales et des membres à titre consultatif. Présidé par le chef d'établissement, il est composé :

- des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes, en fonction du nombre d'agents dans l'établissement.

L'hôpital local intercommunal comprenant 407 agents, quatre représentants seront donc désignés.

- des représentants des personnels, médecins, pharmaciens et odontologistes. Le nombre d'agents étant insuffisant pour remplir cette condition de représentation.

Les représentants du personnel non médical sont désignés parmi le personnel par les organisations syndicales de l'établissement, les sièges étant attribués proportionnellement au nombre moyen de voix recueillies à l'occasion du renouvellement des commissions administratives paritaires départementales, avec répartition à la plus forte moyenne.

Une réunion s'est déroulée après avoir effectué le calcul des sièges attribués à chaque organisation syndicale, afin que ces dernières désignent en leur sein le nom des agents qu'elles souhaitent désigner comme membre à cette instance.

E) La Commission du Service de Soins Infirmiers (C.S.S.I.)

Selon les dispositions de l'article R 714-26-1 du décret du 26 mars 1992 : « dans chaque établissement public de santé, le service de soins infirmiers regroupe l'ensemble des personnels qui participent à la mise en oeuvre des soins infirmiers »

Afin de constituer la Commission du Service des Soins Infirmiers, des élections ont été organisées le 14 mai 2003, notamment dans le cadre d'un tirage au sort comme le prévoit l'article R 714-26-4 du code de la santé publique, lorsque les candidatures par grades ne sont pas suffisantes.

Après la détermination du nombre des membres par l'autorité investie du pouvoir de nomination (qui ne peut être supérieur à 32) selon les propositions de trois huitièmes pour les cadres de santé, quatre huitièmes pour les infirmiers et huit huitièmes pour les aide soignants selon les dispositions de l'article R 714-26-3.

Un appel à candidatures a donc été lancé, un mois avant, informant les agents de la date des élections, du rôle dont était chargé cette commission, de la composition et du nombre de représentants à la commission de chacun de des trois collèges, enfin, de la date limite pour se porter candidat.

Après avoir étudié l'ensemble des candidatures, le manque de candidats volontaires en qualité d'infirmier et d'aide soignant a abouti à un tirage au sort des membres sur l'ensemble des agents relevant de chacune des catégories selon les dispositions de l'article R 714-26-4 qui prévoit que « lorsque le nombre de volontaires est égal ou inférieur à celui des représentants à désigner, ceux-ci sont tirés au sort parmi l'ensemble des personnels appartenant au collège concerné ».

Cette procédure appelle quelques remarques qui, au niveau du fonctionnement de cette instance, a des incidences. Les agents ainsi tirés au sort ne sont donc pas forcément volontaires puisque non inscrits lors de l'appel à candidature. Cela pourrait entraîner un manque d'intérêt à participer de la part de ces agents ; les personnes volontaires qui s'étaient portés candidats ne se retrouvent pas forcément tirés au sort (les possibilités sont minimales) et donc être déçus de ne pas avoir été retenus pour participer à cette commission.

La réglementation en vigueur n'est pas assez souple, elle devrait permettre que les agents volontaires soient retenus en priorité dans la composition de la commission et que la différence par rapport au nombre d'agents devant y siéger soient comblés par le tirage au sort.

Un courrier individuel tant aux agents tirés au sort mais non volontaires et aux agents volontaires mais non retenus de par le tirage au sort a été fait afin que chaque agent comprenne les causes de leur participation ou non à cette commission et qu'ils ne développent pas le sentiment d'être exclu de cette nouvelle entité.

F) Les autres instances

D'autres instances telles le conseil de vie social, le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, la commission de conciliation restent à mettre en place dans la nouvelle structure, ou en cours d'installation. Ces travaux seront mis en œuvre au cours du second semestre 2003.

1.3.2 Par la création de l'organigramme de la direction

La fusion est l'occasion d'une réorganisation générale et progressive de l'établissement : réorganisation administrative, logistique, médico - technique et clinique.

La réunion des équipes de direction permet de refondre l'organigramme de direction²⁴. Il faut en profiter pour créer de nouveaux secteurs d'activité pour les fonctions qui sont mal couvertes ou qui nécessitent d'être réparties compte tenu des charges résultant de la fusion.

La réorganisation administrative dépend directement de l'organigramme de direction. Elle relève donc de la compétence du directeur.

La création de deux directions fonctionnelles affectées pour l'une aux affaires économiques, finance et clientèle et pour l'autre aux Ressources Humaines permet de couvrir une demande des besoins aujourd'hui non satisfaite. Il paraissait opportun étant

²⁴ Annexe : Organigramme de la Direction de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presq'île

donné la taille actuelle de la nouvelle entité de créer une direction spécialement attachée à la gestion des ressources humaines, l'autre direction existante déjà sur l'un des sites.

Afin de ne pas développer un sentiment « d'abandon » sur un des sites, il a été décidé d'une répartition géographique des directions fonctionnelles, à savoir la direction chargée des affaires économiques, finance et clientèle est installée sur le site du Croisic avec une répartition d'agents sur chacun des deux sites, la direction des ressources humaines étant basée sur le site de Guérande.

Cette répartition a été présentée dans un contexte, rappelons-le, socialement difficile. Cependant, dans les faits, cette dernière pose des problèmes quant à la circulation d'information, des difficultés techniques (la paie étant réalisée sur le site de Guérande, mais mandatée sur le site du Croisic).

Il apparaît souhaitable dans un moyen terme que le regroupement de toute l'administration se fasse sur un seul des sites, dans un cadre d'une amélioration du circuit d'information mais également dans un souci d'homogénéiser les pratiques professionnelles. Une présence effective sur le site du Croisic dans le domaine des affaires économiques, finance et clientèle sera à préserver, sous une forme d'antenne, comme cela a pu être mis en place au niveau de la gestion des ressources humaines.

La présentation de cet organigramme de direction a pour effet de légitimer des fonctions « unique » sur l'ensemble de la structure telle la fonction de cadre supérieur de santé, notamment en permettant à cet agent de se présenter à l'ensemble des services concernés et de ne pas être perçue comme « une intruse », cet agent étant déjà en fonction sur le site de Guérande.

Cet organigramme permet à chaque agent de se positionner dans une nouvelle institution tant d'un point de vue hiérarchique que fonctionnel.

Enfin, la présentation de cet organigramme en réunion de direction et sa diffusion à l'ensemble des services des deux sites permettent de renforcer l'effort que la direction entreprend afin que chaque agent s'identifie et ait le sentiment d'appartenir à une nouvelle entité juridique.

1.3.3 Par la création du nom et du logo de cette structure

La création juridique d'une nouvelle entité conduit à se positionner en fait à travers une nouvelle identité, qui passe naturellement par le don d'un nom et d'un logo. Cette identité est forte de représentation tant au niveau interne qu'au niveau externe de la structure. C'est un usage de se faire connaître et reconnaître par son nom ou son logo. « Dans le

processus de fusion, interdisons-nous de négliger la conception du logo de la nouvelle structure : tous les établissements concernés doivent impérativement se retrouver dans l'emblème²⁵»

Afin de conduire une réflexion sur le nom et le logo de la nouvelle entité juridique, un groupe de travail a été constitué avec comme principe dans sa composition une parité des agents sur des deux sites.

La participation d'un représentant des familles à ce groupe a été également sollicitée par le biais du conseil d'établissement mis en place uniquement sur le site de Guérande. Etaient donc membres de ce groupe l'art thérapeute, un cadre de santé et un médecin pour le site du Croisic ; la qualicienne, un représentant des familles et un cadre de santé pour le site de Guérande. Mon intervention consistait à l'animation de ce groupe.

La première réunion tenue courant novembre 2002 avait pour but de déterminer ensemble les éléments de réflexion relatifs au futur nom, à la procédure et aux modalités de participation à mettre en place. A l'unanimité, ces propositions de nom devaient être le reflet d'une nouvelle communauté, amener à travailler ensemble. La méthode participative retenue permettait à l'ensemble des agents des deux sites de s'exprimer sur ce nouveau nom, ceci dans un souci d'appropriation de cette nouvelle structure.

A l'issue d'une seconde réunion, trois propositions retenues de noms par le groupe de travail ont fait l'objet d'une diffusion générale à l'ensemble des personnels sous forme de note adressée individuellement par le biais du bulletin de salaire du mois de novembre et demandant à chacun de donner son avis sur ces dernières. Un bilan relatif au taux de retour était à l'ordre du jour de la réunion de début janvier 2003.

203 réponses ont été valablement recensées, soit un taux de participation de près de 45%. Ce taux montre l'importance que revêt cette nouvelle identité pour les personnels en attente de repères institutionnels.

Concernant la création du logo de l'Hôpital Local Intercommunal, le groupe tenait à respecter les modalités participatives utilisées pour la détermination du nom. Une note de service a donc été diffusée fin janvier 2003 à l'ensemble des services des deux sites, sous la forme « récréative », proposant à chaque agent de faire une ou plusieurs

²⁵ AUSSERRE F. Les fusions, mode d'emploi - *Décisions Santé*, 15 octobre 99, n°149, pp 24

propositions de logo. A la mi avril 2003, le groupe s'est réuni à nouveau afin d'étudier les propositions de logo et d'en retenir une ou plusieurs.

Tâche difficile mais forte enrichissante, chaque membre du groupe a pu s'exprimer sur ce que leur faisait ressentir chaque proposition de logo en sachant que le logo se devait d'identifier l'établissement et donné un sens aux valeurs retenues par le groupe, le droit à l'accueil, l'ouverture vers l'extérieur, un lieu de vie rassurant, des soins de qualité, le lien entre les deux entités fusionnées, des équipes dynamiques, la stratégie, l'humanité, la vie, la communication. Chaque valeur a été ensuite déclinée en objet, couleur, forme afin d'étudier le logo qui se rapprochait le plus de ces dernières. L'aboutissement du débat a conduit le groupe à retenir deux logos qui ont du être retravaillés par les intéressés pour n'en former plus qu'un.

Ces deux logos provenant d'agents exerçant sur chacun des sites (alors que l'anonymat des auteurs des logos avait été respecté) marque l'aboutissement d'un travail d'équipe interdisciplinaire et inter site.

Lors du Conseil d'Administration en juin, ont été proposés le nom et le logo²⁶ de la nouvelle entité. Une note informant l'ensemble des agents de la nouvelle identité de la structure a été diffusée. Enfin, tous les documents relatifs à la nouvelle entité font donc honneur à ces nouveaux logo et nom remplaçant ainsi les deux anciens logos qui avaient été placés sur tous les courriers de la nouvelle entité en attendant ces déterminations.

Ainsi, la création de ces nouveaux nom et logo marque la naissance d'une nouvelle entité. Cette nouvelle identité amènera chacun à s'approprier cette structure. Ne commence t-on pas à donner un prénom à l'enfant qui naît ?

Du processus de la fusion à la mise en place de la nouvelle entité juridique, diverses étapes sont identifiables. Juridiquement, la fusion paraît plus aisée que l'harmonisation des cultures et des modes de gestion et de fonctionnement.

Si la création d'une nouvelle structure revêt indéniablement un caractère administratif - choix d'un nouveau statut juridique, regroupement budgétaire du financement - elle serait

²⁶ Annexe : Le logo et le nom de la nouvelle entité

aberrante dans un nouveau projet médical, sans impliquer les «hommes » de terrain, sans les rassurer en les faisant participer à l'écriture de leur avenir.

2 VERS UNE DEMARCHE D'HARMONISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE CADRE DU PROJET MEDICAL ET DE LA REFLEXION DU PROJET SOCIAL

Avant même d'exposer la démarche d'harmonisation entreprise au sein de l'hôpital local intercommunal, il me semble pertinent d'énoncer la réflexion qui a conduit à bâtir le projet médical, socle de toute analyse (2.1). Il est clair que de ne pas se poser la question de quel type de prise en charge l'établissement assurera demain avec quels moyens humains, remettrait en cause l'efficacité du projet social qui reste basé sur ces données (2.2).

2.1 Une harmonisation nécessaire de l'organisation et des moyens médicaux dans le cadre du projet médical

L'enjeu véritable de cette fusion repose sur la convergence et l'intégration des différences culturelles au travers l'élaboration d'un projet médical fédératif et stratégique, établi en commun et en concertation avec toutes les parties prenantes et garant d'une réelle synergie entre les deux établissements. Si l'élaboration du projet médical reste prédominante dans la réflexion du projet d'établissement (2.1.1), ce dernier revêt des principes directeurs et des objectifs clés (2.1.2) que les axes prioritaires du projet viendront confirmés (2.1.3).

2.1.1 L'élaboration du projet médical, socle de réflexion du projet d'établissement

L'établissement doit, muni du diagnostic, élaborer le socle de base de son projet d'établissement : le projet médical. Ce dernier, pierre angulaire du projet d'établissement fournit un cadre idéal à une réflexion élargie qui positionnera l'établissement sur une échelle réglementaire fixée à 5 ans.

Ce délai est suffisamment long et impliquant pour l'établissement pour nécessiter que ce dernier garde en mémoire « l'obligation » qui lui est faite de dépasser et d'améliorer son organisation actuelle et de modifier celle-ci en fonction des orientations médicales souhaitables. « L'élaboration du projet médical est un acte management fort et un acte politique important qui concrétise la fusion »²⁷

« L'adhésion du corps médical au projet est nécessaire. Faire admettre cette restructuration nécessitait d'amener les praticiens de chacun des deux établissements à se considérer comme les membres d'une même communauté médicale relevant d'une même structure hospitalière. Il faut que chacun comprenne qu'il va perdre des prérogatives, mais en contrepartie redécouvrir la plaine du soin et de l'échange avec l'ensemble de la collectivité soignante »²⁸.

A) Le contexte du projet médical

Le projet médical s'inscrit dans un double contexte :

- d'une part, un cadre légal et réglementaire issu de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui prévoit notamment l'élaboration, pour chaque établissement de santé, d'un projet d'établissement devant définir les orientations stratégiques médicales et les objectifs généraux des soins paramédicaux de la politique sociale, de la gestion et du système d'information et les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et de la circulaire du 18 juillet 1996 relative à la mise en œuvre.

- d'autre part, un contexte spécifique, issu de la situation locale avec : l'histoire de chaque établissement et leur organisation médicale respective, hôpital local pour l'un, centre hospitalier pour l'autre et la transformation en hôpital local intercommunal avec l'intervention des médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, les caractéristiques démographiques et géographiques de la Presqu'île (éloignement, population vieillissante, afflux touristiques...), enfin, la proximité d'un centre hospitalier de référence, le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire.

²⁷ FORCIOLI P. Fusion Hospitalière, mode d'emploi, *Revue Hospitalière de France*, Novembre – Décembre 1999, n°6, pp 30

²⁸ RAIKOVIC M. Fusion d'hôpitaux publics : l'expérience des Hôpitaux du Léman, *Décisions Santé*, 15 octobre 2000, n°165, pp 19

B) Les orientations définies par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Parmi les quatre objectifs sur lesquels repose le SROS 1999-2004 de la région Pays de la Loire, la complémentarité, voire le regroupement d'établissements est le fondement essentiel de la recomposition de l'offre hospitalière. Il est indiqué dans le SROS que « outre une organisation médicale, les regroupements permettent une pertinence accrue et une rentabilité des investissements, notamment en équipements lourds et logistiques. Ils contribuent à améliorer la gestion médicale, économique et sociale des établissements »²⁹

Dans ce cadre, le SROS prévoit pour le secteur sanitaire de Saint-Nazaire de développer les liens entre les établissements de la Presqu'île Guérandaise, développement concrétisé par la fusion de l'Hôpital Local du Croisic et du Centre Hospitalier de Guérande. Le projet médical doit être le fondement de l'Hôpital Local Intercommunal.

La démarche qui a abouti à ce projet médical s'est donc attachée à déterminer les activités à mettre en place à partir des besoins constatés de la population et ce, dans une logique prospective, à inscrire le projet médical en synergie avec le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS), et à assurer la coordination et la cohérence des réflexions menées sur les différents thèmes. Cette démarche a également privilégié le caractère opérationnel du projet (définition et priorisation des plans d'actions) et la réflexion sur les enjeux essentiels notamment, les besoins en lits et places, le niveau de médicalisation des lits pour personnes âgées, la répartition des activités entre les deux sites (médecine, alcoologie, soins palliatifs, soins de suite et de réadaptation, prise en charge des personnes âgées...), la définition du plateau technique nécessaire, les missions du futur établissement et les limites de prise en charge, enfin, les articulations avec l'environnement (autres établissements, médecine de ville, SSIAD, CLIC...)

Le projet médical donnera à l'établissement son fondement institutionnel. « Entamer une démarche de projet médical, c'est établir un cadrage des activités du futur établissement ».³⁰

²⁹ Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire, pp 14

³⁰ CALMES G., CRETTE G. Fusion de deux cultures, *Directeur d'Hôpital*, Avril 1996, n°42, pp 18

2.1.2 Les principes directeurs et les objectifs du projet médical

Pour donner sens à la fusion du Centre Hospitalier de Guérande et de l'Hôpital Local du Croisic, il est apparu indispensable de fonder le projet médical du futur ensemble sur des principes partagés, des objectifs clairs et des pratiques harmonisées.

Parmi les objectifs de la fusion, il peut être avancé :

- une approche territoriale avec un seul établissement dans la Presqu'île pour assurer une prise en charge plus cohérente de la population
- une approche organisationnelle reposant sur la volonté de préserver les acquis et les atouts des modes de fonctionnement médical existants (intervention de médecins libéraux au Croisic, praticiens hospitaliers à Guérande), tout en tentant d'atténuer les inconvénients et en faisant converger les organisations sur les deux sites. Il s'agit donc d'associer les PH et les médecins généralistes à travers le statut d'hôpital local intercommunal,
- une approche sanitaire : selon le principe de subsidiarité, l'Hôpital Local Intercommunal a vocation à assurer une prise en charge de proximité, correspondant à ses moyens techniques et humains et peut ainsi permettre de desserrer la pression, qui pèse sur le CH de Saint-Nazaire autorisant ce dernier à se consacrer pleinement à ses missions.
- Une approche économique enfin avec la volonté de dispenser de meilleures prestations au meilleur coût par la mutualisation des moyens et des compétences.

Pour atteindre ces objectifs et animer la réflexion sur le projet médical, il est donc apparu nécessaire de répondre à quelques questions et de définir quelques principes structurants :

- d'abord, définir le rôle et les missions d'un Hôpital Local Intercommunal : par définition et compte tenu de son histoire, ce n'est ni un hôpital local, ni un centre hospitalier : s'il se rattache juridiquement à la catégorie des hôpitaux locaux, il doit être mixte du point de vue fonctionnel et il est nécessaire d'innover en matière organisationnelle.
- Préciser et homogénéiser l'organisation et le fonctionnement médical de l'hôpital local intercommunal : cela passe par une réflexion sur les modes d'intervention des médecins généralistes, le rôle des praticiens hospitaliers et leurs relations ;
- Donner un sens médical à la fusion administrative : un projet médical avec développement des activités transversales, des moyens mutualisés...

- S'inscrire dans le projet médical de la Communauté et reconsidérer les relations inter établissements, en particulier avec le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire,
- Placer l'hôpital local intercommunal au cœur de la ville, conformément à ses missions et aux orientations du SROS : notamment les activités doivent être mieux connues de la population et des médecins généralistes, un effort particulier étant à entreprendre à l'occasion de la fusion et de la redéfinition des activités ; l'Hôpital Local Intercommunal doit prendre toute sa place dans l'animation des réseaux gérontologiques et doit se positionner sur l'éventuelle demande de création de places de SSIAD, HAD...

2.1.3 Les axes prioritaires du projet médical

Le projet médical de l'Hôpital Local intercommunal s'inscrit dans le cadre des dispositions de la loi hospitalière de juillet 1991.

Au-delà de cet aspect légal, il constitue la base d'un programme stratégique de mise en œuvre de la fusion, de collaboration avec les établissements de l'environnement (en particulier le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire) et le cadre de référence pour l'élaboration d'un futur contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation selon les dispositions des ordonnances du 24 avril 1996.

Le projet médical définit donc les orientations médicales de l'Hôpital Local Intercommunal pour la période 2003-2007 et constitue les fondements du projet d'établissement.

Ce projet est le fruit d'une démarche ayant impliqué l'ensemble de la communauté hospitalière. Dominique HERAULT, président de l'Association des généralistes des hôpitaux locaux, lors des XI^{èmes} assises des hôpitaux locaux organisées au Croisic, affirme « que les projets médicaux sont en effet dépendants de la dynamique de la communauté médicale en place dans l'hôpital local ». ³¹

De plus, l'intérêt du projet médical n'est pas de concilier les intérêts divergents. Il est de proposer une organisation médicale du nouvel établissement dans lequel chacun pourra se situer, s'affirmer dans une dynamique commune. « Il ne peut y avoir de fusion sans projet médical commun. Les fusions sont pour cette dernière un moyen de pallier aux attentes non satisfaites des populations en matière de soins. Mais, pour réaliser une

³¹ DUHAMEL C. Il faut accentuer l'ouverture des hôpitaux locaux, *Horizon*, Juillet et Août 2003, n°146, pp19

fusion, il faut que celle-ci soit l'expression des volontés communes des collectivités médicales transcrites dans un projet médical commun.

C'est un point incontournable. En l'absence de cette donnée, mieux vaut jeter le gant, car la fusion n'est plus qu'alors qu'un collage voué à l'échec »³².

La réflexion du corps médical menée dans une perspective institutionnelle, a conduit à fonder le projet sur divers axes.

A) Mettre en place des structures médicales communes

Le code de la santé publique prévoit la possibilité pour les établissements publics de santé d'adopter deux types d'organisation médicale : soit le découpage de l'hôpital en unités fonctionnelles, puis l'organisation en services ou départements et éventuellement en fédérations, soit l'organisation en structures dites libres.

Mais, l'article 6146-1 du code de la santé publique précise que « seuls les EPS autres que les hôpitaux locaux sont organisés en services ou départements créés par le Conseil d'Administration sur la base du projet d'établissement » excluant ainsi les hôpitaux locaux du champ du paragraphe précédent sur l'organisation médicale.

Il ressort que l'organisation médico-administrative des hôpitaux locaux est libre.

Le choix a été fait à l'Hôpital Local Intercommunal de mettre en place des structures communes inter sites associées à une déconcentration de certaines responsabilités au niveau d'unités dotées de personnel propre, de temps de cadre de santé et d'un médecin responsable. De telles structures médicales présentent de multiples avantages dont ceux de décloisonner les activités, d'harmoniser les pratiques, de responsabiliser davantage de praticiens et de mutualiser les moyens.

Ainsi, compte tenu du principe de convergence des modes de fonctionnement et d'organisation des deux sites, afin de tirer toutes les conséquences et toutes les potentialités de la fusion, il a été décidé d'organiser l'activité médicale en trois pôles inter sites :

- ✓ **Pôle « Médecine »**, comprenant deux unités : une unité de Guérande, une unité du Croisic

³² RAIKOVIC M. Les fusions d'établissements, *Décisions Santé*, 15 octobre 2000, n°165, pp 14

- ✓ **Pôle « Soins de Suite et Réadaptation »**, comprenant trois unités : une unité de soins de suite polyvalents à orientation gériatrique à Guérande et au Croisic, et une unité de soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques lourdement dépendants (Guérande)
- ✓ **Pôle « Hébergement –Dépendance »**, comprenant deux unités, une à Guérande, l'autre au Croisic

Cette organisation offre l'avantage à la fois de donner une cohérence stratégique et médicale pour chaque activité, quel que soit le site, mais en même temps de ne pas nier la réalité et l'histoire de chaque site en permettant une gestion des moyens, en particulier humains, de proximité.

B) Organiser et conforter l'activité de médecine en fonction des missions et moyens du nouvel établissement.

Le SROS de la région Pays de la Loire indique quelques recommandations pour la médecine. Ainsi, il y est indiqué que la médecine interne se définit comme une approche globale de l'individu et s'adresse à des patients ayant une pathologie complexe ou une maladie systémique.

En son sein, la médecine polyvalente se caractérise par :

- la mise en commun de plusieurs spécialités complémentaires,
- un plateau technique simple,
- la réponse aux besoins de proximité,
- un travail en complémentarité avec les services spécialisés.

Allant dans le même sens et s'inscrivant dans ces recommandations, le projet médical de la Communauté d'Établissements de l'Estuaire de la Loire prévoit le « maintien sur le site de Guérande d'une activité de médecine de type de celle assurée par le centre hospitalier », et l'extension du service de médecine gériatrique aiguë du CH de Saint-Nazaire par la création d'une unité de médecine aiguë polyvalente et gériatrique, cette création se faisant sur le site de Guérande.

Le Centre Hospitalier de Guérande et l'Hôpital Local du Croisic assurent actuellement une médecine polyvalente de proximité qui ne nécessite pas un recours immédiat à un plateau technique lourd et ce, en réponse à des besoins de proximité (alcoologie, psychiatrie

légère, patients polypathologiques...). La prise en charge de ces patients bénéficie du concours de médecins spécialisés.

Compte tenu de tous ces éléments, le choix est fait de positionner le pôle de médecine de l'Hôpital Local Intercommunal sur une activité de médecine gériatrique et la prise en charge de certains patients de moins de 75 ans ne nécessitant pas un recours immédiat au plateau technique et pour lesquels l'HLI dispose des compétences et des moyens d'assurer une prise en charge de qualité.

S'inscrivant dans les principes généraux de ce projet médical, le pôle médecine a choisi d'élaborer son projet et de s'organiser selon les principes suivants :

- Homogénéiser l'organisation et le fonctionnement médical de l'HLI sur ces deux sites (organisation médicale commune, orientation des patients protocolisée et régulation centralisée)
- Assurer une coordination entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers
- Distinguer la responsabilité médicale de la gestion des moyens (personnels, lits)
- Garantir la souplesse de fonctionnement (répartition des lits)
- Formaliser les relations avec le CH de Saint-Nazaire dans une convention cadre.

La responsabilité organisationnelle du pôle de médecine de l'HLI pourra être exercée, soit par un PH responsable, soit par le médecin coordonnateur. Le PH responsable et le médecin libéral coordonnateur sont co-responsables de l'activité médicale. Ils sont chargés ensemble de régler les éventuels problèmes en terme d'orientation des malades.

Un praticien hospitalier est responsable de l'activité réalisée dans les lits « PH », qu'ils soient sur le site de Guérande ou du Croisic, et des autres praticiens hospitaliers de médecine. Le médecin libéral coordonnateur assure la coordination des médecins libéraux intervenants.

Quant à la responsabilité médicale et gestion des lits, deux principes ont orienté la réflexion :

- principe de séparation de la responsabilité médicale des malades et la responsabilité de la gestion des lits et des moyens, cette dernière étant confiée aux praticiens hospitaliers.
- Principe de souplesse : le nombre de lits dévolus à chaque type d'activités, PH ou médecins libéraux, doit être apprécié en moyenne annuelle. La règle est celle de la souplesse en fonction des demandes ponctuelles.

L'application du principe de séparation de la responsabilité médicale des malades et de la gestion des moyens conduit à ce que les praticiens hospitaliers aient une double responsabilité médicale et de gestion des moyens pour les « lits PH ».

En revanche, la responsabilité sera conjointe avec le médecin coordinateur sur les moyens et la gestion des lits dans les unités dévolues aux médecins libéraux, ces derniers conservant la responsabilité médicale de leurs malades. Cette co-responsabilité s'exprime par exemple dans les matières et les circonstances suivantes : le PH et le médecin libéral coordinateur décident par exemple des priorités d'entrées de nouveaux malades (en cas d'occupation élevée des lits), proposent aux médecins libéraux la sortie de certains de leurs malades...

S'il était nécessaire d'indiquer le nombre de lits dévolus aux praticiens hospitaliers et ceux permettant aux médecins généralistes d'hospitaliser leurs malades, le principe de souplesse est rappelé en force. De plus, il faudra assurer une certaine disponibilité des lits « médecins généralistes » si l'on veut donner l'habitude aux médecins généralistes de Guérande et des cantons environnants d'y suivre leurs patients.

C) Organiser et adapter l'activité de soins de suite et réadaptation

Aujourd'hui, les deux sites fonctionnent et sont organisés de manière différente tant sur les priorités d'admission, sur les limites, les modalités de prise en charge (temps de kiné...) et les retours en médecine, sur les malades pris en charge que sur l'inscription dans la filière de prise en charge.

En conséquence, il est nécessaire de fluidifier la filière, d'harmoniser le niveau de prise en charge, de faire converger les modes de fonctionnement (prévoir des réunions de synthèse au Croisic, élaboration et mise en œuvre des projets de soins...).

L'objectif principal à développer est une prise en charge rapide et adaptée pour les patients venant des unités de médecine de l'HLI, et secondairement des patients adressés, domiciliés dans la Presqu'île.

Conformément aux objectifs généraux et à ceux déjà présentés pour la médecine, les autres objectifs en soins de suite sont :

- l'harmonisation des modes de fonctionnement avec une ouverture de l'activité aux médecins de ville sur le site de Guérande et la possibilité au PH de suivre ses malades en SSR au Croisic
- l'harmonisation du niveau et des limites de prises en charge, amélioration de la fluidité de la filière...
- Le maintien d'une activité polyvalente de proximité sur les deux sites,
- L'orientation d'une unité de soins de suite pour les personnes âgées polypathologiques lourdement dépendantes avec inscription prioritaire dans la filière gériatrique et priorité pour les services de médecine de l'HLL ;

Compte tenu de l'analyse de l'activité et des difficultés rencontrées avec certains malades lourds, le projet est de structurer le pôle SSR en trois unités : soit, pour le site de Guérande, une unité de SSR polyvalente à orientation gériatrique, et une pour personnes âgées polypathologiques lourdement dépendantes, pour le site du Croisic, une unité SSR polyvalents à orientation gériatrique.

Quant à l'organisation et la responsabilité médicale, cette dernière sera assurée sur le pôle SSR par un coordinateur, conformément au modèle proposé en médecine.

D) Organiser et compléter la filière gériatrique

Dans la ligne droite de la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques, l'Hôpital Local Intercommunal a l'ambition de développer et de diversifier les prestations et les prises en charge offertes aux personnes âgées.

Il s'agit : - d'une part de renforcer l'accès à des soins de proximité : en respectant le rôle essentiel du médecin généraliste qui est le premier interlocuteur du patient et joue donc un rôle essentiel. Il est aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique, réalisée par une consultation ou un pôle spécialisé qui s'appuie sur la structure de proximité dont il peut être partie prenante, et sur un réseau de soins, en assurant des consultations d'évaluation gériatrique

- d'autre part, favoriser le travail en réseau : par le partenariat et la complémentarité des intervenants en ville comme à l'hôpital, et par la cohérence des actions assurées par la rédaction de documents de suivi et la diffusion des informations concernant l'intervention des professionnels, la formation professionnelle, des référentiels et protocoles communs, les actions de prévention et de dépistage...

- enfin, de favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique : en développant des unités de court séjour gériatrique, en privilégiant des prises en charge rapides et des circuits courts, c'est-à-dire favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique et améliorer la prise en charge des personnes âgées aux urgences quand ce passage ne peut être évité, en veillant à prendre en compte la dimension psychiatrique

L'hôpital local constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques et intervient : en amont, par les consultations avancées et/ou des actions de prévention, en aval, en prenant en charge au plus près de son domicile un patient gériatrique transféré, limitant d'inutiles ruptures avec son environnement.

Les autres éléments de la filière gériatrique de l'HLI comprennent :

- **les alternatives à l'hospitalisation** complète avec d'une part, des consultations d'évaluation et l'organisation d'un hôpital de jour gériatrique, d'autre part, la création d'une activité d'hospitalisations à domicile dans le cadre de la Communauté des Etablissements de l'Estuaire de la Loire,
- **le secteur ambulatoire** avec l'augmentation du nombre de place du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui a intégré l'hôpital local intercommunal le 1^{er} juin de cette année, et la participation au réseau gériatrique de Saint-Nazaire,
- **la filière « Alzheimer » et affectations apparentées,**
- **le secteur médico-social** : Dans le droit fil des organisations mises en place pour les autres disciplines et afin de disposer d'un seul coordonnateur pour tout hébergement, il est proposé de constituer un seul EPHAD regroupant les hébergements des sites de Guérande et du Croisic. Un accroissement du nombre de lits de soins de longue durée et le développement des alternatives tels que l'accueil de jour et l'hébergement temporaire permettent d'optimiser la diversité des prises en charges.

E) Organiser les activités transversales

Concernant les soins palliatifs : rappelons qu'un Réseau de Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire (RESPEL) a été créé en janvier 2000. Il est rattaché à l'Hôpital Local du Croisic, pôle ressource du secteur sanitaire. Il couvre le secteur sanitaire n°2 de la Loire Atlantique. La philosophie du réseau est de s'adresser uniquement aux soignants, tant en

ville qu'en institution. Il a pour mission de les soutenir et de les aider dans l'accompagnement des malades en fin de vie.

Quant au Centre Hospitalier de Guérande, il ne dispose pas de structure individualisée de soins palliatifs, à l'instar de l'Hôpital Local du Croisic qui dispose de 10 lits dédiés, mais une équipe mobile intervient dans tous les services.

Les enjeux de l'activité des soins palliatifs à l'hôpital local intercommunal peuvent être rangés en deux catégories : d'une part, continuer à s'inscrire dans une problématique de réseau, d'autre part, assurer une prise en charge harmonieuse des soins palliatifs dans tous les services de l'hôpital.

Concernant l'alcoologie : L'hôpital de Guérande a commencé à développer l'alcoologie il y a plus de 10 ans. Une Unité d'Hospitalisation en Alcoologie (UHA) a été créée en 1998. Actuellement, il existe donc une unité à Guérande dépendante du réseau RAPPEL (Réseau d'Alcoologie de la Presqu'île et de l'Estuaire de la Loire), réseau composé de quatre structures.

- ✓ L'approche alcoologique spécifique n'a pas été développée au Croisic jusqu'en 2000. Depuis, des formations ont eu lieu en 2001, auprès du personnel soignant, assurées par le Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme, une seconde session a eu lieu en 2002.

Dans la perspective d'harmoniser les prises en charge et de faire bénéficier aux soignants et aux patients du Croisic de ce qui existe à Guérande, les projets sur le site du Croisic sont dans un premier temps de présenter ce qui se fait déjà en alcoologie et ce qu'il est possible de faire par l'organisation d'une réunion, en incitant les personnels à s'inscrire à la formation d'alcoologie qui devra être plus fréquente. Dans un second temps, l'organisation de réunions autour de cas cliniques en alcoologie auprès des médecins de la Presqu'île, animés par les intervenants du RAPPEL est prévue.

Enfin, assurer d'emblée des consultations de liaison en alcoologie auprès de patients dépendants hospitalisés au Croisic est souhaitable. Cependant, il n'est ni envisageable, ni souhaitable d'assurer des consultations externes au Croisic afin de ne pas disperser le personnel, ainsi, les médecins continueront d'adresser au centre de cures Ambulatoires en Alcoologie ou à Guérande.

F) Contractualiser les relations avec le CH de Saint-Nazaire notamment en dépassant l'obligation réglementaire pour définir des relations contractuelles

Le code de la Santé publique stipule dans son article R 711-6-5 que les hôpitaux locaux ont « l'obligation de passer convention pour dispenser des soins en médecine ». La convention permettant de dispenser ces soins « est passée avec un ou plusieurs centres hospitaliers ou établissements de santé privés dont l'un au moins dispense des soins en médecine et chirurgie et dispose d'un service ou d'une unité de réanimation, soit de soins intensifs ».

Le contenu de cette convention qui est précisée dans l'article R 711-6-6 prévoit notamment les conditions dans lesquelles les praticiens hospitaliers ou les médecins spécialistes du ou des établissements de santé ayant passé convention peuvent dispenser des soins spécialisés aux malades de l'hôpital local, mais également les conditions d'accès des malades de l'hôpital local au plateau technique de ces établissements, enfin l'harmonisation de la gestion des dossiers des malades...

En matière de gestion des personnels médicaux, une possibilité envisageable à terme est le rattachement des praticiens hospitaliers des services cliniques au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire.

Après signature d'une convention cadre définissant la place de l'HLI dans l'offre de soins et l'autonomie de l'établissement, il conviendrait d'entrer en discussion et négociation avec le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire sur les garanties à apporter notamment en matière d'avis des instances de l'HLI sur les recrutements et le renouvellement des PH, en matière de pérennité et de stabilité des postes et des praticiens sur l'HLI.

La conformité aux recommandations du SROS et la volonté de faire converger les pratiques et les modes de fonctionnement des deux sites ont été les principes de la démarche entreprise. En outre, elle est le fruit d'un travail issu d'une réflexion collective des acteurs des deux sites de l'Hôpital Local Intercommunal, condition indispensable pour donner force et sens à ce projet.

Ce projet médical ne se mettra pas en pratique dès demain, il faudra du temps pour que chacun s'en imprègne et que l'harmonisation des pratiques médicales, mais également

l'organisation se mettent en place. Un calendrier des actions à mener est prévu, étalant tous ces objectifs jusqu'en 2007 pour certains.

Aussi, Le projet médical a fait l'objet d'une présentation en cours d'élaboration à l'ensemble des personnels des deux sites sous la forme d'une plaquette avec une présentation de l'état d'avancement du projet médical : les principes, les missions et objectifs du projet médical de l'Hôpital Local Intercommunal et les relations avec le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire. Un calendrier au début d'année 2003 a également été présenté appuyant sur les phases importantes tel le vote de ce projet.

Le projet médical de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île a fait l'objet d'une présentation aux instances suivantes qui ont été invitées à délibérer ou donner leur avis : en février 2003, le Comité Technique d'Etablissement a émis un avis favorable à l'unanimité, la Commission Médicale d'Etablissement a émis un avis favorable à l'unanimité moins une voix, enfin, le conseil d'administration a émis un vote favorable à l'unanimité.

La création du projet médical marque une avancée quant à la réalisation de la fusion. « Néanmoins, globalement, c'est le projet médical commun aux deux établissements qui a permis la réussite de l'entreprise. C'est en lui que s'est véritablement incarné le changement »³³. Aussi, à ce jour, le projet médical est transmis pour approbation à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire.

Dans tous les discours sur le projet d'établissement, il est couramment admis que le projet médical en est le socle, la base. Bien évidemment il est nécessaire de déterminer les activités médicales au regard des besoins de la population dans le cadre du SROSS. Mais quelle serait l'utilité d'un tel projet médical s'il ne s'accompagnait pas d'une réflexion sur la composante principale de l'hôpital nécessaire à la réalisation de ces activités, c'est-à-dire les hommes ?

³³ RAIKOVIC M. Les fusions d'établissements : l'expérience des Hôpitaux du Léman, *Décision Santé*, 15 octobre 2000, n°165, pp 20

2.2 Le projet social : un outil dynamisant les orientations stratégiques du projet médical

La mise en place de la nouvelle entité suppose que les moyens humains soient notamment rassemblés afin de les optimiser. Après avoir mener une réflexion dans les orientations que veut entreprendre l'Hôpital Local Intercommunal dans le cadre de son projet social (2.2.1), une harmonisation des moyens humains et techniques semble privilégiée (2.2.2) avant même d'initier une démarche dans l'harmonisation des procédures et pratiques sociales (2.2.3).

2.2.1 Les principes directeurs et les objectifs du projet social

Après l'élaboration de son projet médical et la mise en place de la fusion au 1^{er} janvier 2003, l'acte fort en matière de gestion des ressources humaines est la réalisation du projet social.

A) Le cadre réglementaire du projet social

Si le projet social est nettement prévu dans le cadre de la loi hospitalière de 1991 en son article L714-10, bien plus qu'une obligation légale, l'élaboration du projet social est une opportunité que les établissements doivent saisir pour s'engager dans la mise en place d'une politique de qualité dans la gestion des ressources humaines.

Le protocole d'accord dit «protocole Aubry » du 14 mars 2000 a renforcé la place du projet social à deux niveaux, d'une part, dans ses objectifs, avec des thèmes imposés comme la modernisation des relations sociales, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences et la validation des acquis professionnels, l'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines, la qualité et l'amélioration des conditions de travail, enfin, la formation initiale et continue ; d'autre part, dans son poids, notamment en faisant figurer au sein du contrat d'objectifs et de moyens, un volet social, dont l'avis du CTE est requis.

Le projet social, dans le cadre plus général du projet d'établissement, est un acte de direction qui traduit les aspirations des personnels hospitaliers dans le but d'améliorer la

qualité de la vie au travail. C'est aussi un acte qui pose les règles du dialogue social avec les partenaires sociaux.

Le projet social est une démarche dynamique de management des ressources humaines, qui doit fédérer et permettre de motiver les personnels et leurs représentants sur les thèmes de la gestion sociale, et d'assurer dans la durée l'appropriation du projet et sa mise en œuvre.

B) Les objectifs poursuivis du projet social

Le projet d'établissement est, sur son volet ressources humaines, le moment idéal pour formaliser ce qui se fait de manière plus ou moins implicite dans l'établissement au fil des années et de tenter d'innover sur certains champs des ressources humaines.

Le projet social peut s'appuyer sur différentes thématiques notamment :

- une réflexion et mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences adaptées aux orientations du projet d'établissement (notamment aux choix médicaux)
- une réflexion sur l'analyse des charges de travail et localisation des marges de manœuvre existantes
- la mise en place d'une gestion du temps
- l'organisation du plan de formation pour l'ensemble des catégories de personnels, y compris le corps médical dans le but de développer des compétences et prendre en compte les promotions promotionnelles, de développer des formations actions en lien avec les projets de service et projet d'établissement
- l'amélioration des conditions de travail en poursuivant les réflexions engagées avec les contrats d'amélioration des conditions de travail (équipement adapté, formation aux postures...)

« Il faut être en mesure de présenter au personnel concerné par des transformations de structure une vision claire et positive de l'organisation vers laquelle on tend, lui permettre d'entrevoir clairement les améliorations attendues. On ne peut convaincre si on n'est pas

soi-même convaincu du sens et de l'utilité de l'action engagée, si l'on n'a pas la certitude d'œuvrer pour l'intérêt général ». ³⁴

Outre la définition d'objectifs d'amélioration et de plans d'actions, cette fusion donne à ce projet social quelques particularités qu'il est nécessaire de prendre en compte dans la méthodologie. En effet, les deux établissements avaient des pratiques sociales différentes concernant le déroulement de carrières des agents, l'évaluation et la notation, les règles de répartition de la prime de service. Il s'agira donc d'harmoniser ces pratiques en ayant soin de rappeler la réglementation en vigueur.

« Les fusions entre établissements publics posent la difficulté d'harmoniser les pratiques qui sont en réalité des applications différentes du même droit entre les structures.

Dans la plupart des cas, ces difficultés peuvent être tranchées au plan juridique par le choix d'une interprétation univoque du droit, même si cela va rarement sans difficulté au plan social (problème posé par les « avantages acquis » résultant d'interprétations plus favorables du droit) ». ³⁵

Les objectifs que l'hôpital local intercommunal se fixe dans le cadre de son projet social sont au nombre de trois, à savoir, l'élaboration et formalisation du projet social prenant en compte les contraintes et priorités actuelles ainsi que les ambitions du projet médical, des propositions de plans d'actions à engager à court terme et de façon prioritaire et enfin, l'élaboration du plan de communication sur le projet social définitif.

En définitive, le projet social doit poursuivre un quadruple objectif :

- l'harmonisation des règles de gestion des personnels
- l'amélioration des conditions de vie au travail
- l'amélioration du dialogue social avec les organisations syndicales
- l'élaboration d'un projet de management et d'une politique de l'emploi

³⁴ Groupe LAENNEC. Accompagner les restructurations, Carnet de route..., *Gestion Hospitalière*, Avril 1999, pp 262

³⁵ QUILLET E. La gestion des ressources humaines dans le cadre des restructurations hospitalières : des évolutions nécessaires, *Cahiers Hospitaliers*, Novembre 2002, n°184, pp 31

Avant de commencer la formalisation du projet social de l'Hôpital Local Intercommunal, la mise en place d'un bureau des ressources humaines unique semble prioritaire. En effet, comment gérer des agents de façon harmonieuse si les moyens pour entreprendre cette gestion ne sont pas mis en place et harmonisés eux-mêmes ?

2.2.2 L'harmonisation de l'organisation des moyens humains et techniques de la Direction des Ressources Humaines

A) La création de l'organigramme de la Direction des Ressources Humaines³⁶

Afin de préparer au mieux la fusion et d'un commun accord entre chaque directeur, quatre groupes de travail avaient été mis en place notamment dans les domaines suivants : Groupe Gestion des ressources humaines, Système d'information, Gestion financière et gestion logistique, ceci dès décembre 2000 (Signalons que la fusion était programmée dans un premier temps pour le 1^{er} janvier 2002).

Concernant le groupe « GRH », il était composé d'agents des deux sites (14 agents au total), et de façon pluridisciplinaire afin que ces derniers se rencontrent. L'animation de ce groupe était assurée par la responsable du Bureau des Ressources Humaines du Centre Hospitalier de Guérande. Une représentation de chaque organisation syndicale participait à ce groupe sauf un syndicat qui avait manifesté son refus.

Ce groupe avait pour mission de se rencontrer périodiquement afin de mener une réflexion sur les thèmes qui devaient faire l'objet d'une harmonisation. Cependant, le fonctionnement de ces groupes (au nombre de quatre) a été suspendu à la demande du Conseil d'Administration de l'Hôpital Local du Croisic en juin 2001, pour des raisons plus axées sur des incompatibilités entre individus que sur le sens même du travail demandé à ces groupes.

Ce groupe a repris son fonctionnement en mai 2002, avec comme animateur, le directeur adjoint du Centre hospitalier de Saint-Nazaire chargé de la fusion, mais à sa demande, sans la participation des organisations syndicales. Après avoir assisté à une réunion en tant qu'observatrice, le directeur chargé de la fusion m'a demandé de prendre le relais en qualité d'animatrice de ce groupe. Ce groupe a dans un premier temps travaillé

³⁶ Annexe : Organigramme du Bureau des Ressources Humaines

essentiellement sur les prémices d'un diagnostic. Il est important de souligner que les ambivalences liées au contexte de la fusion ont du être mise à plat lors de ces réunions, craintes et angoisses se manifestant parfois par de l'agressivité. Il a donc fallu prendre beaucoup de temps pour que les agents prennent confiance et travaillent ensemble sans a priori.

Cependant, ce groupe n'a pas trouvé d'intérêt à se réunir durant cette période, la priorité étant pour chaque agent du bureau des Ressources Humaines de se positionner sur une fonction pour le 1^{er} janvier 2003, date effective de la fusion. Le travail axé sur l'organisation des missions de chaque agent s'est effectué dans le cadre de réunions de service.

Afin de clarifier les missions de chacun, d'optimiser les moyens humains de cette nouvelle entité juridique, un seul bureau des Ressources Humaines a été mis en place. Les agents de l'Hôpital Local du Croisic ont été affectés sur le site de Guérande (cela représente trois agents).

Cette répartition des missions a impliqué de grands changements dans les pratiques professionnelles. Même si les orientations ont été clairement définies, seul le temps apportera la sérénité et assoira ainsi le rôle de chacun.

Aussi, cette nouvelle organisation a engendré une nouvelle répartition des responsabilités, puisque la responsabilité du Bureau des Ressources Humaines sur l'Hôpital Local du Croisic était assurée par un adjoint administratif qui a du s'intégrer dans l'équipe avec des missions nouvelles et donc des responsabilités moindres et des missions transversales.

De plus, le regroupement sur un seul site du Bureau des Ressources Humaines a conduit à la centralisation de diverses tâches, notamment le recrutement des agents. Ceci implique qu'une campagne d'information soit menée afin que ces nouveaux agents intègrent les deux sites de l'entité et soient prêts, si les besoins de service l'exigent, à être affectés sur l'un ou l'autre des sites.

B) La création des fiches de poste par chaque agent

Dans le cadre de la préparation à cette nouvelle équipe de travail qui allait constituer ce bureau des Ressources Humaines, il a fallu poser pour chaque agent les missions qu'il serait amenées à remplir en tenant compte de celles qu'il avait exercées auparavant.

« Dans la réorganisation des services, la dimension sociale et culturelle est capitale dans chaque projet et doit être prise en compte tout au long de la démarche »³⁷

La répartition des tâches s'est donc effectuée dans le cadre de réunion de service, le groupe de travail précité ne me semblait pas approprié pour ces discussions qui devaient laisser place à une libre expression de chaque agent du Bureau des Ressources Humaines. En effet, se remettre professionnellement en question, admettre les difficultés rencontrées lors du traitement de tel ou tel dossier n'est pas chose aisée, elle l'est d'autant moins lorsque le groupe de travail est constitué de professionnels pluridisciplinaires qui ne maîtrisent pas tous les domaines de compétences qu'aborde la gestion des ressources humaines.

Chaque agent a pu s'exprimer sur ses craintes mais également sur ses attentes professionnelles.

Il ne s'agit pas d'ignorer ce qui pu effectuer l'agent durant des années, mais l'accompagner dans le changement d'activité, changement nonobstant limité dans le même domaine d'activité. « L'analyse des positions de chacun est nécessaire pour parvenir à une harmonisation qui ne soit pas un jugement de Salomon, mais une harmonisation consensuelle qui retienne le meilleur de chaque pratique et puisse réaliser un compromis entre passé et futur. Les professionnels ont besoin d'être valorisés et d'être reconnus dans leur histoire : on ne peut pas dire constamment du passé, faisons table rase »³⁸

A la suite de plusieurs réunions de service, chaque tâche a donc été redistribuée à un agent en tenant compte de la spécificité de ces dernières, de ce qu'effectuait l'agent auparavant, de ces capacités professionnelles à remplir ces missions (par exemple, un agent n'a jamais été formé à l'informatique, il a donc fallu prendre en compte ceci dans un contexte immédiat, en sachant qu'une formation aux bases informatiques sera prévue au second semestre 2003). Des formations ont été organisées (fin du second semestre 2002) afin d'aider les agents et les accompagner dans ce changement de poste, tel a été

³⁷ FORCIOLI P. Fusion hospitalière, mode d'emploi, *Revue Hospitalière de France*, Novembre - Décembre 1999, n°6, pp 34

³⁸ Ibid, pp 29

le cas pour les agents affectés à la gestion de la paie, de par le changement de logiciel paie. Il est important d'amener les professionnels à échanger sur leurs pratiques afin de tendre vers une reconnaissance mutuelle des savoirs.

De plus, cette organisation doit tenir compte de la taille actuelle que représente en terme quantitatif d'agent, à savoir, 503 agents dont 317 agents titulaires, afin de répondre aux mieux aux attentes de ces derniers. En effet, même si le traitement des dossiers ne prendra pas le double de temps, leur plus grande importance en terme qualitatif ne doit pas être négligée. La fusion a engendré des missions supplémentaires au niveau du Bureau des Ressources Humaines, qui sont venues se greffer à la gestion quotidienne dans un contexte où chaque agent n'avait pas encore ses missions bien posées.

Le bon fonctionnement du service passe par une transparence et une connaissance des missions de chacun. Ecrire les missions permet de s'approprier et de constituer cette nouvelle équipe en tenant compte des attentes d'évolution de chacun et des perspectives de carrières.

« Il faut qu'il y appropriation de ce mode de réorganisation pour l'ensemble des personnels, la motivation de ces derniers étant indispensable à la réussite de l'entreprise ». ³⁹

C) Rôle et mission de l'antenne BRH sur le site du Croisic

Lors de la mise en place de l'organigramme du Bureau des Ressources Humaines, il a été décidé qu'une quotité de temps de travail serait accordée à l'antenne du site du Croisic dans le souci de ne pas le délaisser alors que l'ensemble des personnels du Bureau des Ressources Humaines était affecté au siège social de l'Hôpital Local Intercommunal, à savoir sur le site de Guérande. Un agent travaille donc à hauteur d'un mi-temps.

Les missions de cet agent sont en premier lieu de répondre aux attentes des personnels que je qualifierai de premier niveau. Au même titre que l'ensemble des agents du Bureau des Ressources Humaines, cet agent fait partie intégrante de l'équipe. A ce titre, il participe à l'ensemble des réunions de service.

³⁹ RAIKOVIC M. Les fusions d'établissements, *Décisions Santé*, 15 octobre 2000, n°165, pp 13

Sa fiche de poste précise que cet agent doit être à l'écoute de l'ensemble des agents du site, en tenant une information claire et pertinente et doit orienter l'agent selon sa demande vers la personne qui est en charge le dossier. Il a une mission de premier tri d'informations, de demandes de renseignements divers.

La liaison permanente entre cette antenne et le bureau central de Guérande est primordiale dans un contexte où les agents sont très demandeurs de leur devenir.

L'antenne se doit être un relais de qualité tant au niveau de l'information à donner que des éléments d'harmonisation à mettre en œuvre.

A la fin de chaque mois, a été mis en place un bilan d'activité de cette antenne à partir d'un tableau de bord, qui permettra si nécessaire, de rectifier la quotité de travail de ce dit agent, mais également d'affiner dans un délai à moyen terme le niveau de ces interventions.

La difficulté rencontrée entre cette antenne et le bureau des Ressources Humaines central de Guérande est le manque actuel d'outil d'information. Même si une « navette » journalière fonctionne, il est néanmoins urgent de mettre en œuvre un logiciel commun relatif à la gestion des plannings.

La mise en place d'un accès au logiciel de paie devra être prévu afin de permettre à cet agent la rectification de données en lien direct (par exemple, les modifications de l'état civil), et désengorgeant ainsi le bureau central.

Enfin, le temps et la mise en place d'outils communs permettront un rééquilibrage des tâches et le renforcement de la légitimité de cette antenne qui me paraît indispensable tant au niveau des esprits que dans le fonctionnement et l'organisation d'un Bureau des Ressources Humaines de qualité.

D) La création du système d'information et de gestion

Quant à l'harmonisation des moyens techniques, le choix d'un logiciel de paie s'est imposé dès le mois de septembre 2002, afin de mettre en place ce dernier le plus rapidement possible et de prévoir du temps de formations pour les agents concernés. En ayant toujours à l'esprit de ne pas déstabiliser les agents d'un site par rapport à l'autre, un choix commun s'est effectué. La cessation d'activité du logiciel de paie du site du Croisic nous a conduit au choix le plus pertinent, à savoir un logiciel où, étant donné le contexte, il fallait avoir des personnes ressources sur l'établissement. Le logiciel choisi a donc été

celui de Guérande puisque un agent avait été initialement formé dès l'achat de celui-ci en 2001

L'harmonisation du logiciel paie a eu pour incidence un travail commun auprès de tous les cadres de santé afin que ces derniers (surtout ceux affectés sur le site du Croisic) s'approprient les documents de relevé des éléments variables de paie, documents à remettre en fin de mois au Bureau des Ressources Humaines pour qu'ils soient enregistrés. Un temps d'explication important a donc été fourni dans le cadre de réunions.

La fusion a également entraîné qu'un logiciel « achats et facturation » soit harmonisé, nécessitant des formations effectuées au cours du second semestre 2002.

2.2.3 Les prémices d'une harmonisation des procédures et pratiques sociales

L'harmonisation des procédures et pratiques sociales représente un important travail, qui aurait du, si la situation l'avait permise, être entrepris fin d'année 2002, de façon à commencer dès la fusion à appliquer des règles de gestion identiques sur l'ensemble des deux sites. Etant donné le contexte, notamment l'arrivée du directeur de la nouvelle structure en mars 2003 et les difficultés rencontrées, l'harmonisation s'est réalisée sur des thèmes jugées prioritaires et conditionnant une gestion équitable entre les personnels.

A) L'harmonisation statutaire des personnels non médicaux

Tous les personnels en fonction à la date de la création de l'Hôpital Local Intercommunal, ont fait l'objet d'une mutation vers la nouvelle entité juridique. Une décision administrative pour chaque agent est prise par le directeur de l'Hôpital Local Intercommunal.

Le statut du personnel prévoit qu'un agent titulaire présente sa démission en vue d'une nomination dans un autre établissement. Aucune disposition n'envisage le cas des fusions d'établissements : un accord doit-il être demandé à l'agent ?

Concernant les agents contractuels de l'institution, tous les contrats à durée indéterminée ont été refaits de par la création de cette nouvelle entité. L'échéance des contrats à durée déterminée avait été harmonisée au 31 décembre 2002.

B) La démarche d'harmonisation des pratiques sociales

Afin de réfléchir sur l'harmonisation des pratiques sociales, un groupe organisation du travail a été mis en place tenant compte du paritarisme d'agents sur les deux sites. Ce groupe fonctionnait auparavant sur le site de Guérande mais avait comme finalité

première de réfléchir sur des programme d'amélioration des conditions de travail (PACT) et notamment sur la mise en place des 35 heures. Ayant bien fonctionné, sa légitimité n'était pas remise en cause.

Cependant, avec la fusion, au 1^{er} janvier 2003, ce groupe de travail a été recomposé d'une part en incluant des agents du site du Croisic, d'autre part en laissant l'opportunité aux agents du site de Guérande qui avaient toujours été volontaires de continuer dans la démarche,.

La composition du nouveau groupe a été effectuée lors de la dernière réunion du groupe « guérandais » en novembre 2002. Chaque agent a pu exprimer sa volonté de poursuivre les travaux dans ce groupe, une représentation de tous les services par pôle déterminé dans le projet médical a été respectée, préservant ainsi un équilibre entre les deux sites.

Après appel à candidature dans le cadre d'une note de service, et une information lors de réunions de service auxquelles j'ai participées, sur le rôle de ce groupe, le dit groupe a pris son envol en mai 2003.

Ce groupe de travail reste un lieu d'échanges et de débats riches sans enjeu institutionnel, qui permet à la direction, comme aux syndicats, de tester et d'affiner leurs propositions. Aussi, ce groupe ne se substitue pas au rôle normal des instances, chaque thème abordé faisant l'objet d'un avis devant les instances concernées (CHSCT, CTE).

De plus, l'avancée qui peut être constatée se situe dans la participation active de tous les syndicats au sein de ce groupe alors que précédemment, le groupe de travail mis en place dans un premier temps, un syndicat avait refusé d'y assister. Etant donné le contexte via les élections au CTE, la représentation syndicale dans ce groupe est une richesse tant au niveau des échanges, qu'au niveau de l'information transmise et remontée dans les service de l'hôpital. La démarche participative est donc bien réelle.

Aussi, l'importance dans l'animation de ce groupe est de garder une position neutre et d'exposer sans jugement l'existant de chacun des sites dans chaque thème de gestion des ressources humaines abordé. Il semble primordial de ne pas développer le sentiment qu'une structure faisait mieux qu'une autre, mais d'exposer de façon transparente les pratiques sociales. Il ne s'agit pas de réactiver le complexe du loup et de l'agneau.

Ma position d'élève DESS dans l'animation de ce groupe a, de par non appartenance à aucune des anciennes institutions, facilité ce travail de transparence.

La richesse de ce groupe est également perçue par le fait qu'il permet aux agents de discuter de chaque pratique, d'apprendre à connaître les agents de l'autre site, mais parfois même le fonctionnement qui était appliqué sur leur établissement. Il est également important de signifier que ce groupe n'a pas vocation à régler des cas individuels de carrières ou des demandes individuelles (formations...).

C) La détermination des thèmes prioritaires

Si la détermination des thèmes prioritaires s'est faite en accord avec les organisations syndicales au travers du groupe de travail, les conflits sociaux ne pourront pas être nécessairement toujours évités, surtout s'agissant de la remise en cause éventuelle de droits acquis dans le cadre du travail sur l'harmonisation sociale, harmonisation qui doit être réalisée tant entre les particularités des deux anciens établissements, que par rapport aux règles statutairement applicables.

Cette détermination s'est notamment faite en fonction des priorités institutionnelles lors de la première réunion en mai 2003, l'arrivée des agents contractuels pour la période saisonnière, mais également le statu quo dans certaines situations telles la gestion des temps partiels ont eu des incidences dans la détermination des thèmes prioritaires à aborder lors de ces réunions.

a) *Une procédure d'évaluation et de notation commune*

Instituée par la loi du 9 janvier 1986 et l'arrêté du 6 mai 1959 modifié, la notation constitue le socle fondateur de la gestion des carrières et l'obligation réglementaire de référence. Cependant, la notation administrative stricto sensu reste un système quelque peu dépassé et qui mériterait réforme. «Système peu motivant et figé, sans dynamique aucune, la notation stricto sensu ne correspond plus, sous sa forme administrative, aux besoins des acteurs hospitaliers et aux exigences du management moderne »⁴⁰

A la notation dite de base, le Directeur des Ressources Humaines se doit d'accorder de l'importance à l'évaluation qui reste l'outil le plus adapté à la dimension managériale des

⁴⁰ Ibid

établissements. « L'évaluation des personnels consiste à mettre en perspective la responsabilité de l'employeur et des agents et d'articuler l'individuel et le collectif dans l'animation d'une institution. Parler d'entretien d'appréciation est plus conforme à une philosophie concertée et négociée. Il s'agit d'inscrire dans une perspective de management participatif où le salarié est mobilisé comme acteur professionnel. L'appréciation n'est pas une démarche de « contrôle interne » ou de sanction imposée à l'autre. L'entretien relève d'une démarche dynamique qui associe le salarié et sollicite sa contribution. L'évaluation relève d'une pédagogie qui suppose une explication, elle s'inscrit dans le cadre d'une politique du personnel qu'il convient d'affirmer au sein d'un établissement. »⁴¹

Evaluer, c'est fixer un ou plusieurs objectifs, mesurer l'écart entre l'objectif fixé et le résultat atteint au regard d'indicateurs préalablement déterminés et travailler à la réduction de l'écart entre l'objectif fixé et le résultat atteint. En d'autres termes, il ne s'agit pas de l'évaluation de la personne, d'un affrontement entre l'appréciateur et l'apprécié, d'un exposé de l'appréciateur à destination de l'apprécié, ni un temps de doléance pour l'apprécié.⁴²

L'harmonisation des procédures d'évaluation et de notation suppose au préalable d'avoir réalisé un constat de l'existant sur chacun des sites. Cela sous entend que les critères soient différents. Les principes de notation dans la fonction publique sont tels que la normalité vaut que tout agent public obtienne une augmentation d'un quart de point chaque année lorsque ce dernier a exercé ses missions. « Les inconvénients d'une notation qui n'a pas pour référence un processus d'évaluation de l'activité sont nombreux et divers, tels que la déresponsabilisation de l'ensemble des acteurs : notateur et noté, mais également le sentiment de subjectivité prévaut chez l'agent noté ».⁴³

A l'hôpital du Croisic, l'augmentation d'un quart de point s'effectuait tous les deux ans. Par ailleurs, sur le site de Guérande, cette même augmentation avait lieu tous les ans. Ces deux systèmes de notation ont une incidence directe : à même déroulement de carrière et

⁴¹ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur*, Edition DUNOD, pp 253

⁴² LIMOGES P. De la notation à l'évaluation, document de cours, ENSP, pp 18 - 20

⁴³ BARTHES R., BOUTLY-SALOU M., COUNY S. et al. *Le développement des ressources humaines*, Tome 2, Editions ENSP, pp 184

à compétences égales, la constatation d'écart de trois, voire quatre points peut être relevée.

La culture hospitalière est fortement marquée par ce système de notation, qui a mon sens devrait réglementairement être revue (en effet, certains agents ont une note de 24.50 sur 25 alors que leur carrière laisse percevoir encore quelques années de travail). « Bâtie sur un modèle bureaucratique largement obsolète aujourd'hui, la notation stricto sensu détermine un certain type de management fondé pour l'essentiel sur une gestion de type administratif et fortement hiérarchique ». ⁴⁴

L'importance liée à cette notation relève principalement des incidences financières que celle-ci engendre par le biais de la prime de service, mais également dans le cadre des avancements d'échelon (notamment pour l'obtention d'un avancement à la durée minimum, l'agent doit avoir une note supérieure à la moyenne du grade).

Harmoniser ce système mérite réflexion si l'on ne veut pas que cette harmonisation se transforme en conflit social. Les critères pouvant aider la direction dans cette harmonisation sont ceux utilisés dans le cadre des commissions administratives départementales. Cependant, la limite à l'utilisation d'un tel outil reste qu'une simple adéquation de la notation peut avoir comme incidence d'enrayer les compétences (savoir, savoir être et savoirs faire) des agents et donc de les démotiver par une non reconnaissance de leur implication au travail. Un travail d'adéquation par site puis globalement sera à envisager pour le second semestre 2003, la période de notation commençant dès le mois de septembre.

Dans le cadre d'une GRH, l'évaluation constitue un puissant levier de changement et s'inscrit comme un outil de management très performant. A ce titre, un support d'évaluation pour que l'échange soit productif et qu'une confrontation des visions de l'évaluateur et de l'évalué ait lieu, a été élaboré au sein du groupe de travail et validé par l'ensemble des partenaires sociaux. Cette fiche de préparation à l'entretien annuel

⁴⁴ Ibid

permettra à l'agent, s'il le souhaite de mieux appréhender l'entretien et de l'aider dans sa réflexion de projection.⁴⁵

L'évaluation annuelle des agents est un moment souvent attendu par l'agent comme moment privilégié, partagé avec son cadre où les échanges sont riches et constructifs. Le cadre doit en effet, être à l'écoute de chaque agent et lui permettre de s'exprimer sur ces attentes professionnelles, que ce soit en terme de formation continue ou de changement de service par exemple. Cette évaluation doit être programmée et permettre ainsi à l'agent de le préparer.

La mise en place d'une procédure d'évaluation pour l'ensemble des cadres et responsables de services à l'Hôpital Local Intercommunal a permis d'asseoir diverses pratiques professionnelles existantes.

En rédigeant pour chaque grade (Cadre de santé, infirmier, aide soignant, etc.) un guide de lecture de la fiche de notation primaire, le groupe de travail permet par des critères identifiés (tels que les connaissances professionnelles, le sens de l'autorité, l'esprit d'initiative et méthode dans le travail, etc.) d'objectiver la procédure en utilisant notamment un langage commun.⁴⁶

L'appréciateur dispose d'une fiche de notation primaire, sur laquelle en fonction du guide précédemment cité, exposera une synthèse argumentée de l'évaluation.⁴⁷

En effet, lors de rencontres d'agents travaillant la nuit, j'ai pu constater qu'aucun entretien d'évaluation n'était réalisé pour les aide soignants de ce service et que ces derniers étaient réellement en manque d'écoute et de reconnaissance professionnelle. Il me paraît indispensable qu'une fois dans l'année, les cadres et responsables de services reçoivent individuellement chaque agent de leur service.

Aussi, afin d'harmoniser la procédure d'évaluation, une formation à l'évaluation des personnels pour les cadres est prévue courant le second semestre 2003 à l'Hôpital Local Intercommunal. L'évaluation des personnels correspond à un élément de mobilisation de l'ensemble des ressources. Les cadres sont les acteurs directs de la transformation des rapports hiérarchiques et fonctionnels. Les actions formatives doivent leur permettre

⁴⁵ Annexe : Préparation à l'entretien annuel d'évaluation

⁴⁶ Annexe : Guide de lecture de la fiche de notation primaire

⁴⁷ Annexe : Fiche de notation primaire, accompagnée de sous critères par éléments d'appréciation

d'être sensibilisés aux méthodologies d'évaluation et de mieux cerner le processus d'accompagnement des personnels dans les services.

Enfin, la mise en place d'une fiche d'évaluation pour les agents contractuels relevant du Décret du 6 Février 1991, est le second volet de cette politique. Seuls, réglementairement sont notés les agents titulaires et stagiaires exerçant effectivement leurs fonctions (en ayant accompli un service d'au moins 6 mois dans l'année) Aucune réglementation ne prévoit d'évaluation pour les agents contractuels. Il me semble que ces derniers intégrés dans les équipes à part entière, surtout lorsqu'ils occupent des emplois sur postes permanents doivent en faire l'objet.

Les pratiques divergeaient sur les deux établissements. Si l'un pratiquait de manière régulière l'évaluation des agents contractuels, l'autre ne le faisait que partiellement. Afin de reconnaître leurs compétences et de les inscrire dans la même dynamique instituée pour les agents titulaires, il semble important que ces derniers puissent également avoir l'opportunité d'exprimer leur besoin et attentes en matière de formation professionnelle ou de turn-over.

« Par ailleurs, un processus d'évaluation partagée, aux finalités clairement exprimées, aux règles du jeu précisées, va contribuer, avec d'autres pratiques de GRH, à renforcer les sentiments d'appartenance et, par là même, la culture d'entreprise. »⁴⁸

Le système d'évaluation permet d'améliorer les relations au sein de l'équipe, de renforcer les contributions individuelles et collectives, enfin d'éclairer les choix des décideurs.

b) Une harmonisation de la gestion des temps partiels

Le droit au travail à temps partiel se définit comme étant le droit d'aménager son temps de travail sans que celui-ci puisse être inférieur au mi-temps. Le travail à temps partiel n'est pas une position statutaire, il n'est qu'une forme d'exercice du travail pour un agent en position d'activité ou en service détaché.

Est donc considéré comme service à temps partiel, tout service dont la durée hebdomadaire ou mensuelle est égale à 50, 60, 70, 75, 80 et 90% de la durée du service réglementaire requise des agents du même grade exerçant à temps plein les mêmes

⁴⁸ BARTHES R., BOUTLY-SALOU M., COUNY S. et al. Le développement des ressources humaines, Tome 2, Editions ENSP, pp 184

fonctions. L'autorisation de travailler à temps partiel est accordée pour des périodes comprises entre six mois et un an.

Les quotités de temps de travail accordées sont différentes entre les deux anciens établissements. En effet, sur un établissement, seuls des quotités de travail à hauteur de 50 et 75% étaient accordées, en sachant que les mi-temps le sont de plein droit et ne peuvent donc être refusés. Sur l'autre établissement, toutes les quotités de travail (80 et 90% notamment) étaient accordées.

Concernant la gestion des temps partiels (les nouvelles demandes et les renouvellements), celle-ci s'effectuait mensuellement et par écrit, ceci sur les deux sites.

Afin d'avoir un certain recul notamment au niveau des nouvelles demandes de travail à temps partiel (qui étaient souvent refusées), et d'harmoniser la forme des pratiques, une procédure a donc été mise en place. Cette dernière consiste à adopter des décisions administratives jusqu'au 31 décembre de l'année 2003, quelque soit la date du renouvellement. Ainsi, un renouvellement dont l'échéance arrive au 1^{er} septembre 2003, la décision administrative est faite pour une durée de quatre mois. Il est clair que cette situation administrative est illégale, en effet, une décision administrative accordant un temps partiel ne peut être inférieure à une durée de six mois.

L'harmonisation de la forme de la gestion des temps partiels ne peut s'effectuer autrement que de bloquer à un moment de l'année, en octobre pour l'Hôpital Local Intercommunal, tous les renouvellements et l'étude des nouvelles demandes de travail à temps partiels. Cette démarche a du être commencée dès le 1^{er} janvier de cette année, période pendant laquelle le groupe de travail n'était pas encore constitué.

La détermination d'une politique de gestion commune annuelle « bloquée » et gérée dans le cadre d'une négociation avec chaque responsable de service sera à mettre en place avec une détermination des critères d'acceptation ou de refus du temps partiel. Cette politique demande une vision budgétaire puisque les temps partiels accordés devront être compensés. De plus, il s'agira également de déterminer si l'hôpital local intercommunal a les moyens budgétaires - dans le cadre de son harmonisation - d'octroyer toutes les quotités de travail (notamment les 80 et 90% qui sont rémunérés à hauteur de 85,7 et 91,44 %).

Cette étude sur le fond de cette gestion devra s'effectuer en septembre 2003.

c) *Une procédure d'accueil des nouveaux agents*

Si nous considérons l'accueil comme un enjeu essentiel en terme de bien-être personnel, professionnel, de motivation et d'implication, celui-ci ne doit pas être laissé au hasard. L'accueil est un gage de cohésion sociale, dans le sens où il constitue une première étape essentielle. Aussi, il en va de la contribution des responsables de ressources humaines pour réussir et faciliter l'opération d'intégration d'agents dans un autre lieu d'exercice professionnel.

La mise en place d'une procédure d'accueil, sur chaque site, des nouveaux agents a permis aux agents responsables des ateliers créés d'échanger sur leurs pratiques professionnelles. Ainsi, le groupe de travail a réfléchi d'une part sur la mise en place d'ateliers animés par les professionnels, d'autre part, sur la mise en place d'un livret relatif à cet accueil en y intégrant une lettre de bienvenue de la direction, des recommandations générales de bonne conduite, des indications sur la tenue professionnelle.⁴⁹

L'objectif de cette procédure est d'intégrer les nouveaux agents recrutés, en leur faisant connaître l'établissement dans lequel ils exercent dorénavant, en les présentant aux responsables des différents services Cet échange permet à chacun de se positionner dans la structure, les uns en se situant (géographiquement et physiquement), les autres en se positionnant (hiérarchiquement ou fonctionnellement).

Cette procédure a été mise en place à l'heure des recrutements d'agents pour la période saisonnière. Elle a permis de responsabiliser les agents référents dans chaque service et de valoriser leur travail quotidien. En effet, les fiches mises en place ont été faite par les membres du groupe de travail et validées par la responsable de la qualité.

Les agents ainsi accueillis ont une vision générale de l'établissement. Nous pouvons nous apercevoir que cette vision globale du fonctionnement de l'hôpital n'est pas acquise par l'ensemble des personnels, le cloisonnement des services favorisant cela.

Cette procédure sera à généraliser dans l'avenir, avec une présentation générale des deux sites et du fonctionnement d'un hôpital, notamment pour les agents recrutés par voie de mutation ou autres, mais également peut-être dans le cadre de stages ou de

⁴⁹ Annexe : Guide relatif aux journées d'information des agents contractuels saisonniers

rencontres intergénérationnelles comme cela est le cas avec le forum des métiers mis en place au Centre Hospitalier de Guérande. L'idée d'un partenariat avec les écoles du Croisic reste à prévoir.

Le peu de recul de cette procédure d'accueil pour les agents saisonniers m'a permis de confirmer la nécessité de cette dernière grâce, notamment au questionnaire d'évaluation remis lors des journées d'informations. En effet, le bilan de ces journées reste très positif, à l'unanimité, les agents ont demandé à ce que la procédure perdure, les informations données étant jugées comme nécessaires et pertinentes à l'exercice futur de leur activité.

D) Une politique de communication permanente

Afin d'instaurer un climat social sain et constructif, une politique de communication est instaurée entre tous les acteurs internes (agents, partenaires sociaux...) et externes (président et vice-président du conseil d'administration, tutelles...). Aussi, il faut veiller à maintenir des liens très forts entre les membres de la communauté hospitalière.

Les changements entraînés par la fusion, notamment dans l'organisation administrative, demande une communication accrue, accentuée par les craintes développées par la fusion. « La réussite d'une fusion implique l'information constante des intéressés auxquels il faut tenir un discours cohérent, en phase avec les orientations prises. Car une fusion demande un difficile travail individuel et collectif d'assimilation ».⁵⁰

Il semble aussi nécessaire, au-delà du dialogue institutionnalisé, d'amplifier les interactions entre les directions et les représentants du personnel, afin que chaque organisation, même si ces dernières ne sont pas membres des instances, comme c'est le cas à l'Hôpital Local Intercommunal, soit destinataire d'informations précises.

De plus, « c'est le choc entre le rationnel et l'émotionnel. Notre rationalité ne suffit pas à convaincre, l'émotionnel a aussi besoin d'être entendu et rassuré. Contrairement à ce que l'on croit souvent, le partage du sens se fait d'abord sur un partage émotionnel, sur ce

⁵⁰ RAIKOVIC M. Les fusions d'établissements : l'expérience des Hôpitaux du Léman, *Décision Santé*, 15 octobre 2000, n°165, pp 20

que l'on vit ensemble. L'action de communication est nécessaire, sans relâche et demande beaucoup de temps. Les personnels ont besoin de présence humaine, d'incarnation, d'avoir des points de repère sur un petit nombre de personnes, reconnues, identifiées et respectées».⁵¹

La crédibilité ne vient pas de ce que l'on dit, mais de ce que l'on fait, du climat de confiance, de sécurité personnelle et professionnelle que l'on parvient à instaurer. Mais, pour être rassurant, il faut soi-même être rassuré. Aussi, il est indispensable de mettre en place un dispositif d'accompagnement social et des modalités d'écoute des salariés qui se sentent menacés, garantissant le respect des personnes et la confidentialité de l'échange. «Inductrice de mobilité géographique et parfois, professionnelle, la fusion d'établissements exige une communication permanente assurant la plus grande transparence des objectifs et un accompagnement social considérable qui garantisse à chacun la protection qu'il est en droit d'attendre.»⁵²

Je pense qu'il est important de ne pas sous estimer les réticences des personnels aux changements et l'inquiétude que suscite une fusion : inquiétude pour l'emploi, peur de perdre des avantages acquis, inquiétude pour le service, inquiétude individuelle des personnels et des cadres. Il est donc important de consacrer du temps à répondre à toutes les questions que chacun se pose et de pouvoir indiquer le plus rapidement possible les conséquences individuelles et collectives de la fusion.

⁵¹ Groupe LAENNEC. Accompagner les restructurations, Carnet de route..., *Gestion Hospitalière*, Avril 1999, pp 262

⁵² SALOU M., FRUIT J.L. La fusion d'établissements, quels enjeux pour la GRH ? *Gestions Hospitalières*, Mai 1995, pp 370

3 DE LA FORMALISATION DU PROJET SOCIAL A LA FINALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Elément constitutif du projet d'établissement, le projet social peut être le fil conducteur d'une réflexion et d'une expression collectives. Il permet d'associer à la définition de valeurs et de règles du jeu partagées, dans un cadre contractuel défini en commun, tous les acteurs hospitaliers. Aussi, le Directeur de l'établissement et par délégation le Directeur des Ressources Humaines, doit formaliser le projet social et en assurer son suivi (3.1). Afin de répondre aux obligations réglementaires, la nouvelle structure s'inscrit dans une démarche d'amélioration de sa qualité (3.2).

3.1 Le rôle du Directeur des Ressources Humaines dans la formalisation et le suivi du projet social

La création d'une Direction des Ressources Humaines à l'Hôpital Local Intercommunal montre l'importance donnée à cette dernière dans le développement d'une politique d'harmonisation des pratiques sociales, mais également dans la dynamique que veut entreprendre la nouvelle direction au niveau des personnels.

3.1.1 Accompagner la dynamique du changement de la culture d'établissement

Associer la culture au management, c'est admettre que la structure constitue une société humaine à part entière, non exclusive des autres, pas supérieure mais réelle. Mieux se connaître permet de se reconnaître professionnellement, et d'échanger sur les pratiques professionnelles.

A) Par le biais d'une mobilité inter sites des personnels

Restructurer a pour but de transformer, d'élever, d'accroître la qualification des hommes et valoriser les agents dans (et par) leur contexte de travail, pour optimiser leurs compétences. Il s'agit là d'une opportunité de montrer que l'établissement possède des capacités d'adaptation, de mobilisation, de dynamisme, de décloisonnement réelles.

La mobilité est avant tout un état d'esprit et une volonté de changement, elle fait appel à une capacité d'imagination et au dynamisme de l'individu, de l'établissement et des organisations professionnelles.

Afin de développer une culture commune, le Directeur des Ressources Humaines de l'Hôpital Local Intercommunal se devra notamment d'encourager les échanges inter sites à l'occasion notamment des vacances de postes. Aussi, le principe du volontariat devra rester le maître mot pour conditionner la réussite de ces échanges des savoirs professionnels.

De plus, cette politique de mobilité pourrait également être envisagée par la mise en place de stages interservices afin de mobiliser les agents en leur faisant rencontrer leurs collègues des services voisins qu'ils ne connaissant pas (ou peu) par le biais de stages dits de découverte (un à deux jours) ou par des stages dits d'observation (plus longs et jusqu'à cinq jours).

Des stages inter établissements pourraient être proposés dans un but de « faire sortir » les agents de leur microcosme hospitalier, notamment dans le cadre de la fusion, cela représente l'opportunité de savoir et connaître ce qui est fait sur chacun des sites, partager ses savoirs, c'est diminuer les craintes subjectives que chaque agent avait avant la fusion et possède encore.

Ces stages peuvent revêtir deux formes : des stages d'initiation pour connaître une technique non pratiquée sur un site (tels dans les services spécifiques comme l'unité hospitalière d'alcoologie existant sur le site de Guérande, ou l'unité de soins palliatifs pour le site du Croisic), ou des stages dits de perfectionnement, pour approfondir un domaine précis dans un secteur réputé performant.

D'ailleurs, à titre expérimental et sur la base d'une démarche purement individuelle, des demandes de stages de découvertes -(axés essentiellement à l'unité d'alcoologie Hospitalière, spécificité de service sur le site de Guérande)- ont pu être honorées, deux agents affectés sur le site du Croisic ont effectué un stage de cinq jours dans ce service. Cette démarche devra faire l'objet d'une généralisation et être organisée de façon à offrir de plus larges possibilités d'échanges entre professionnels dans un cadre précis.

Ces échanges professionnels auront certainement à moyen et long terme une incidence sur le développement d'une culture commune et l'harmonisation des pratiques professionnelles. Le volontariat est important car la remise en cause de certaines pratiques peut avoir de graves conséquences humaines.

Il est donc préférable que l'agent soit prêt à assumer cette remise en cause. « La gestion des ressources humaines est donc bien celle des hommes tenus pour être acteurs à part entière dans toutes les évolutions, tant il est vrai que les changements ne prennent réellement corps qu'à travers les hommes, leur mentalité et leur culture pour ensuite se traduire dans les structures et non l'inverse ». ⁵³

B) Par la mise en place des conseils de service

Accompagner le changement de culture de l'établissement nous permet également de nous interroger sur les modalités de participation interne à l'établissement, sur une politique de communication.

En effet, comment ignorer les cloisonnements entre services, les oppositions entre administration et services de soins, les rivalités de pouvoir, entre pouvoir médical, pouvoir infirmier, pouvoir administratif que connaissent beaucoup d'établissements, et qui sont d'autant plus renforcés dans un contexte de fusion ? Participation, communication sont les mots clefs pour les leviers du changement d'une organisation aussi complexe que l'hôpital.

Si tout au long de l'élaboration du projet d'établissement, les diverses structures de travail mises en place doivent favoriser la communication inter professionnelle, cette participation ne doit pas s'arrêter une fois le projet élaboré. Au contraire, la réflexion dans le cadre du projet social doit déterminer les modalités de communication des uns avec les autres, doit inciter à la mise en place de conseils de service, lieu d'expression privilégié du personnel.

Le cloisonnement souvent très pesant dans les institutions empêche la connaissance du travail de l'autre. Concevant la gestion des Ressources humaines partagée, les conseils de service, nés de la loi de 1991, seront organisés par le Directeur des Ressources Humaines, accompagné du cadre supérieur de santé (pour les services de soins par exemple). Ils permettront dans un premier temps de légitimer des fonctions nouvelles

⁵³ LAMY Y. La Gestion des Ressources Humaines : contenu, valeur, organisation, *Gestions hospitalières*, Mai 1995, pp 365

dans cette entité fusionnée, dans un second temps, d'entendre et écouter les craintes collectives des personnels de chaque site.

Le DRH doit rencontrer les acteurs sur le terrain, ces réunions ne servant pas à apporter des solutions à chaque question mais à permettre de prendre conscience des attentes des personnels dans leur globalité. Néanmoins, il ne s'agit pas de discréditer les cadres, responsables de services, mais de faire en sorte que ces conseils de service soient perçus comme un moment de partage d'informations. Ces conseils de service pourraient être au nombre de deux par an au sein de l'institution, la taille de l'hôpital local intercommunal et le nombre de service le permette. De nombreux sujets devront être gérés au plus près du terrain, dans un cadre d'ensemble assurant l'équilibre ; c'est ainsi que se nourrira le dialogue social au sein des conseils de service »⁵⁴

Enfin, la communication ne relève pas de la simple responsabilité de la direction. Tous les cadres, quel que soient leur appartenance socioprofessionnelle, sont concernés dans une démarche devenue essentielle dans le management de l'hôpital.

C) Par une politique de la formation continue

En définissant les activités médicales à cinq ans, les technologies nécessaires pour soutenir ces activités, le projet médical doit servir de guide pour l'élaboration des axes prioritaires de formation à moyen terme. Dans le cadre du projet social, les besoins de formation doivent être envisagés au regard des projets médicaux de chaque service. De même, une réflexion doit être conduite sur les formations liées aux éventuels redéploiements.

Une politique de formation bien adaptée aux besoins, établie de façon concertée avec les différents partenaires est une des clés de réussite du projet d'établissement. La formation est un investissement, et non plus une obligation ou une récompense comme cela a été le cas dans le passé. Les résultats visés sont clairement identifiés en termes d'efficacité collective, d'adaptation aux évolutions, d'accompagnement du changement, voire d'anticipations à l'égard des mutations.⁵⁵

⁵⁴ Ibid

⁵⁵ Ibid

Le décret du 5 avril 1990 s'applique aux agents titulaires et non titulaires et concerne toutes les formations continues. La formation relève de politiques et de dispositifs réglementaires. Elle est un acte promotionnel de l'organisation et des ressources humaines.

Elle permet de créer le lien entre les besoins de l'établissement et les besoins des personnes. C'est dans cette articulation individuel/collectif que peuvent être envisagées une politique et une dynamique de formation, qui viennent servir et accompagner des évolutions et des transformations dans un triple mouvement de développement de la technicité, de la socialisation et du changement culturel. Les finalités de la formation professionnelle continue sont d'assurer l'adaptation aux évolutions des techniques et des conditions de travail, et de favoriser la promotion sociale et la contribution aux évolutions culturelle, économique et sociale.

De nombreuses formations sont prévues dans le cadre de l'accompagnement au changement en tenant compte des attentes des personnels et de l'institution. Celles-ci concernent notamment « la communication, transmission de l'information », être fonctionnaire à l'hôpital aujourd'hui », « l'optimisation de la communication au sein des services de soins » et enfin, « la formation des commissions de formation ».

Ces formations auront aussi pour but la rencontre et les échanges entre professionnels des différents sites, permettant de dédramatiser le réel changement culturel que représente la fusion.

D'autres formations communes, dans le cadre de l'harmonisation des pratiques professionnelles seront également à mettre en place. Ces formations concernent plus particulièrement la douleur en gériatrie, les transmissions ciblées, l'animation auprès de la personne âgée, et la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles démentiels.

L'établissement mettra en place un plan de formation continue dans une perspective d'adaptation, de dynamisation et de développement des compétences individuelles et collectives. Tous les moyens permettant l'évolution des agents sont recherchés dans le cadre du management institutionnel et des ressources humaines. L'approche du futur plan de formation de l'institution tient compte du nouveau budget attribué. De plus, il faudra prendre en compte l'existant, notamment certaines actions de formations sont prévues sur trois années (exemple : formation au métier d'infirmière).

Une réflexion relative à la politique de formation continue a conduit à poser les possibilités d'investissement que l'établissement tiendrait à respecter notamment dans le cadre de la promotion professionnelle, où les règles d'indemnisation étaient différentes sur les deux sites.

En effet, l'investissement accordé aux promotions professionnelles ne doit pas absorber tout le budget de la formation continue. La détermination des actions sera faite en lien avec les objectifs fixés dans un futur projet d'établissement et avec la circulaire du 28 mai 2003 relative aux orientations et axes de formations prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière.

L'organisation de rencontres avec l'agent chargé de la formation continue sur chaque site est prévue, permettant d'informer les équipes sur les actions de formations, le besoin de formation ayant été défini en aval.

Il serait souhaitable que la formation continue pour les personnels médicaux soit ouverte aux médecins généralistes qui interviennent au sein de la structure. A ce titre, l'ARH est en mesure d'apporter un soutien significatif à la formation médicale continue en gériatrie, soins palliatifs et lutte contre la douleur pour des médecins généralistes autorisés, sur la base de crédits supplémentaires.

3.1.2 Anticiper et répondre aux besoins de l'entité nouvellement fusionnée

A) Grâce à la mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (G.P.E.C.)

Diverses définitions ont pu être données de la G.P.E.C, le sigle lui-même n'ayant pas toujours fait l'unanimité. La définition la plus communément retenue est la suivante : « La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents : visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences, en fonction de son plan

stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen termes bien identifiés, et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle ». ⁵⁶

La question des emplois et des compétences est devenue un axe majeur d'évolution de la qualité des établissements. Cette démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une action d'anticipation pour une gestion à moyen terme, pour la prise en compte des incertitudes et des contraintes engendrées par l'environnement et par la volonté de meilleures réponses aux besoins.

Il s'agit donc pour un établissement de mobiliser un capital de compétences et d'expertise et de les mettre en corrélation avec les évolutions prévisibles de l'emploi, pour envisager des adaptations collectives catégorielles et individuelles. Cela aura des conséquences sur le métier, les emplois, les compétences, l'organisation du travail, la formation.

La GPEC lie la gestion collective et la gestion individualisée. Elle débouche sur des stratégies globales et des accompagnements spécifiques de formation ou d'adaptation.

Enfin, la GPEC répond ainsi à la conception, à la mise en oeuvre et au suivi des politiques et plans d'action cohérents, visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les réponses dans un établissement : en termes d'effectifs, de compétences actuelles ou latentes, et en terme de prévision, comme nous le montre le schéma suivant ⁵⁷:

⁵⁶ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, Mai 1998, pp 12

⁵⁷ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, Mai 1998, pp 25

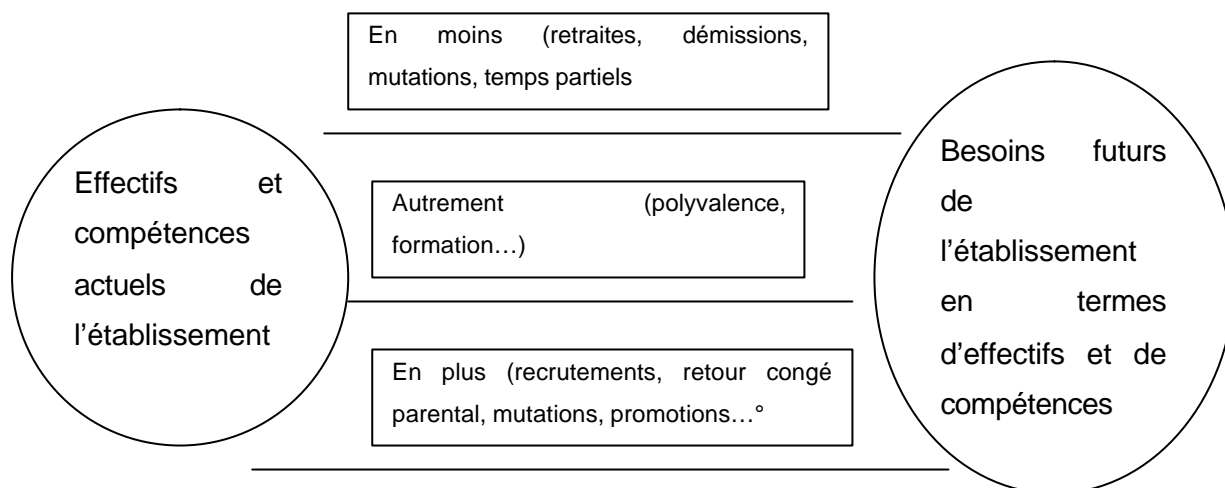


Figure 1 : Déterminer les mouvements d'effectifs et de compétences à organiser

Dès lors, dans un mouvement ou une dynamique de projet, les diverses politiques de GRH doivent être fondées sur un socle constitué d'une vision anticipatrice et de valeurs affirmées. La vision anticipatrice corollaire au projet d'établissement dont elle constitue le volet social est destinée à répondre aux questions de savoir : de quels métiers, donc de quelles compétences, de quelles qualités et de quelles quantités de personnes aurons-nous besoin demain ? C'est à dire dans cinq ans.

Cette gestion prévisionnelle des emplois et compétences, corollaire d'un projet d'établissement mobilisateur est nécessairement fondatrice des politiques de gestion.⁵⁸

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est constituée de différentes composantes qui vont de la gestion quantitative à la gestion qualitative et de la gestion collective à la gestion individualisée.

La gestion prévisionnelle quantitative ou gestion prévisionnelle des effectifs consiste à développer une approche démographique et quantitative des ressources humaines dont l'objectif sera d'éclairer les décisions en matière de recrutement dans chaque corps, en prenant en compte les flux de promotion et de sortie et l'évaluation des besoins compte tenu des compétences nécessaires découlant d'une approche qualitative de la gestion

⁵⁸⁵⁸ LAMY Y. La Gestion des Ressources Humaines : contenu, valeur, organisation, *Gestions hospitalières*, Mai 1995, pp 365

prévisionnelle. Le Directeur des Ressources Humaines devra mettre à plat dans un premier temps les tableaux des effectifs de l'entité avant même de projeter les évolutions en terme quantitatif qui seront à mettre en œuvre. La mise en place de cette composante devra permettre d'harmoniser les effectifs entre les deux sites.

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences ou gestion prévisionnelle qualitative permettra de réagir sur le contenu des emplois, notamment dans le cadre de la mise en place de nouvelles pratiques professionnelles.

C'est la nécessité d'anticiper sur les compétences à réunir sur les métiers de demain qui justifie que l'hôpital local intercommunal dépasse la seule dimension quantitative de la GPEC et intègre cette seconde dimension, plus complexe à concevoir et à mettre en œuvre.

Cette gestion prévisionnelle qualitative va donc consister à évaluer les qualifications existantes et à conduire des analyses sur l'évolution des emplois à prévoir dans le cadre du projet médical, du projet du service des soins infirmiers (quand ce dernier sera élaboré).

Elle vise ainsi une double anticipation : quelles compétences sont nécessaires compte tenu des évolutions prévisibles et avec quels profils et avec quels corps allons-nous répondre à ces besoins ? Par exemple, l'augmentation du nombre d'aide médico psychologique au sein de l'Hôpital Local Intercommunal sera peut-être à prévoir. L'acquisition de ces nouvelles compétences devra faire l'objet d'une gestion prévisionnelle qualitative mais également quantitative (quelle transformation de grade effectuée pour obtenir des postes d'AMP en sachant qu'au niveau de la création de poste, l'hôpital ne peut pas attendre grand-chose).

La GPEC se décline également d'un niveau collectif et personnalisée. La gestion collective recouvre, outre la gestion budgétaire par corps, la gestion prospective des carrières en permettant pour chaque corps une approche prévisionnelle des recrutements, des rythmes d'avancements, des politiques de formation tant initiales que continues à mettre en place, des mobilités fonctionnelles à assurer, liées à la gestion des carrières.

La gestion prévisionnelle personnalisée va, elle, reposer sur une approche nominative fondée sur une parfaite connaissance des personnes sur le plan professionnel, sur une évaluation de leurs résultats et de leur potentiel ; elle exige la prise en considération des aspirations des agents. Elle débouche sur la gestion individualisée des carrières impliquant l'agent dans le cadre de projet individuel d'évolution professionnelle.

Aussi, la mise en œuvre de cette gestion suppose que le Directeur des Ressources Humaines connaisse professionnellement les agents, ce qui demande un certain laps de temps. Cependant, il sera aidé dans la démarche par les cadres, et responsables de services, avec l'aide de la fiche d'évaluation annuelle mise en place et devront faire une première analyse des attentes individuelles d'évolution de carrières, de formation continue, de souhait de mutation interne.

La mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences suppose pour aboutir à des résultats tangibles, une volonté politique forte par une impulsion institutionnelle. L'inscrire comme axe prioritaire dans le projet social confirme cette volonté.

De plus, la mise en place d'une telle gestion suppose également que celle-ci soit inscrite dans la durée. Au-delà de l'énergie à mobiliser pour la mise en œuvre d'une telle approche, la conduite d'une démarche de GPEC et la traduction opérationnelle des orientations préconisées nécessitent du temps.

Cependant, la GPEC n'est pas une fin en soi. Elle est à la fois une combinaison d'outils et un état d'esprit visant la plus juste adéquation possible entre les besoins en effectifs et en compétences de l'établissement et les ressources dont il dispose. Cela suppose que une connaissance des orientations stratégiques de l'institution et une capacité à en déduire des besoins en ressources humaines engendrés ou supprimés.

B) Grâce à la mise en place d'une politique d'amélioration des conditions de travail.

Comment ne pas intégrer une réflexion sur l'organisation du travail, sur les conditions de travail dans le cadre du projet social ?

La loi du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail nous y incite fortement. Si les contrats d'amélioration des conditions de travail (PACT) ont permis aux sites concernés de bénéficier de moyens financiers et humains non négligeables, la réflexion doit, à mon sens, être poursuivie dans le cadre du projet social sur l'organisation des activités et la vie au travail.

Il s'agit de trouver la meilleure adéquation entre les besoins individuels de chacun et les besoins de l'Hôpital Local Intercommunal tout en accroissant la qualité des soins dispensés aux malades et résidents.

Cette réflexion sur l'organisation du travail doit se faire dans chaque service, avec tous les acteurs de la vie hospitalière et surtout le corps médical. Mais, il y a un acteur à ne pas oublier, c'est le malade. L'organisation des divers process ne doit pas se faire à son détriment. Elle doit tenir compte de ses besoins propres afin d'augmenter sa satisfaction.

L'aménagement du temps de travail sera à développer afin d'harmoniser les horaires sur l'ensemble des deux sites, en corrélation avec l'organisation des soins et le fonctionnement des services.

Cette dynamique au sein de l'hôpital local intercommunal devra permettre de donner la parole aux agents afin qu'ils s'expriment non seulement sur leurs conditions de travail, mais qu'ils proposent une analyse et des moyens correspondant pour y remédier.

Enfin, l'évaluation des effets du projet social pourra s'établir dans le cadre d'une enquête de satisfaction auprès des personnels, pour savoir si ils ont le sentiment que leurs besoins et attentes sont entendus et comment ils se situent dans cette nouvelle entité.

Le contenu du projet social ne doit pas être un texte de pure forme destiné à répondre aux obligations légales. Il doit définir les actions à mettre en place selon un planning prévisionnel, et envisager les modalités de suivi et d'évaluation. Le projet social est établi en fonction des particularités et des priorités de chacun.

Toutefois, quels que soient les particularismes de chaque hôpital, le projet social doit répondre aux attentes des personnels et de l'institution tout en améliorant la qualité du service rendu aux malades et aux résidents, d'où la nécessaire élaboration d'un projet d'établissement.

3.2 La finalisation du projet d'établissement vers une démarche qualité

Dans le secteur sanitaire, les orientations stratégiques des établissements doivent être inscrites dans un projet d'établissement, qui est une mise en perspective de l'évolution

stratégique souhaitée par l'établissement sur un temps donné. La finalisation du projet d'établissement suppose l'élaboration de divers projets (de services infirmiers, du système informatique, etc) (3.2.1). L'établissement s'inscrit par la suite dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, dans le cadre de l'accréditation et du conventionnement (3.2.2).

3.2.1 De la finalisation du projet d'établissement

A) Le cadre législatif du projet d'établissement

La loi hospitalière du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière dispose dans son article L714.11 : « Le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire (SROS), détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ces objectifs ».

Si la loi pose le principe du projet d'établissement, elle ne définit pas son contenu ni sa méthode d'élaboration. Elle pose pour autant le principe d'implication des acteurs de l'hôpital. Aussi, le projet d'établissement doit initialiser une dynamique interne, un management interactif qui permettent de mobiliser les cadres et l'ensemble des personnels.

B) A sa finalisation au sein de l'hôpital Local Intercommunal

L'élaboration et la validation du projet médical au sein de l'Hôpital Local Intercommunal pose la première pierre à cette construction.

Finaliser le projet d'établissement, c'est s'entourer des projets de soins infirmiers, d'un projet de vie commun aux deux sites mais également d'un projet architectural (les services de long séjour du site du Croisic n'étant pas adaptés à une prise en charge de qualité des personnes âgées), d'un schéma directeur informatique (les deux sites fonctionnaient avec des logiciels différents, l'investissement dans des logiciels de gestion des plannings, des achats est à prévoir).

L'harmonisation de l'organisation et des pratiques entre les deux sites, notamment par la mise en place de structures médicales communes, suppose la mise en place de projet de

soins et de vie au sein des services. (Exemple : les services animation existant sur chacun des établissements avant la fusion devront travailler ensemble afin de déterminer les actions communes de prises en charge).

Définir son projet d'établissement, c'est pour le directeur donner une identité à l'Hôpital Local Intercommunal puisque le projet d'établissement définit une institution, une image. Il est également symbolique dans le sens où il accorde un sens à la mission et à l'action ; culturel car il entretient ou fait naître (dans notre situation) un sentiment d'appartenance ; essentiel car il est générateur de vie et de dynamisme et enfin, politique, car il est porteur de changement social.⁵⁹

L'optimisation des ressources, par une mise en commun des moyens matériels et humains existants dans un souci d'harmonisation des pratiques de prise en charge et de projet globalisé demeure une priorité.

Le projet d'établissement a une portée managériale réelle. Il authentifie et légitime l'autorité et la compétence d'un établissement, il contribue à affirmer son identité.

Par ailleurs, le projet d'établissement doit être finalisé préalablement à toute signature de contrats d'objectifs et de moyens entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'Hôpital Local Intercommunal.

Si finaliser le projet d'établissement conduira à donner à cette nouvelle entité un avenir confiant et une culture commune par la démarche de conduite de projet dans divers domaines, l'Hôpital Local Intercommunal doit affirmer cette projection en lien étroit avec une démarche d'amélioration continue de la qualité tant au niveau de sa partie sanitaire, en tenant compte des incidences qu'entraîne la fusion dans les services dits actifs, que dans ses activités médico-sociales.

⁵⁹ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur*, Edition DUNOD, pp 151

3.2.2 A l'engagement d'une démarche d'amélioration de la qualité

A) Dans le cadre de l'accréditation pour la partie sanitaire de l'Hôpital Local Intercommunal

Face à cet environnement annonciateur de changement, qu'est la fusion, le management par la qualité répond à de nouveaux enjeux de l'hôpital local intercommunal. Comment optimiser les ressources limitées, définir une nouvelle offre de soins dans un univers concurrentiel, satisfaire les attentes des usagers, entretenir la motivation des personnels ?

La mise en place d'une politique structurée d'évaluation semble nécessaire compte tenu des obligations de la loi du 31 juillet 1991, des ordonnances de 1996, mais également pour répondre d'une part, à une obligation éthique à l'égard des patients pris en charge, d'autre part, aux pressions économiques actuelles.

L'engagement d'une telle démarche était commencé au sein de chaque établissement dès 1995. Au Centre Hospitalier de Guérande, cet engagement a été conforté grâce au recrutement en 2001 d'un emploi-jeune chargé de la formalisation de la démarche qualité, axée sur l'amélioration continue et la préparation de l'établissement au passage de l'accréditation. A l'Hôpital Local du Croisic, un emploi-jeune avait été également recruté chargé des systèmes d'information et de la qualité.

La démarche qualité vise à mieux répondre à l'attente des patients en matière de qualité des soins, à améliorer la qualité du service rendu et s'inscrit dans une meilleure adéquation entre les besoins exprimés par la clientèle, l'offre de soins et la prise en charge globale assurée par cette nouvelle entité. Elle s'appuie sur l'optimisation des moyens, la compétence et la motivation des personnels, le management des équipes, la bonne gestion interne, dans le respect des obligations légales et la déontologie de chaque professionnel.

La logique d'amélioration continue de la qualité doit être comprise et répandue à tous les niveaux dans l'établissement, dans les actions les plus simples comme dans les processus sophistiqués, pour augmenter la performance collective. La qualité doit être un souci permanent au niveau de chacun quel que soit sa place dans l'établissement.

La mise en place de cette politique pourrait s'effectuer dans le cadre de trois principes, notamment, donner une légitimité importante à cette politique d'évaluation et par conséquent, légitimer l'intervention de la responsable qualité du site de Guérande sur l'autre site (l'emploi-jeune de l'Hôpital Local du Croisic étant parti depuis la fusion), réaliser une complémentarité entre l'évaluation de la qualité des soins hospitaliers et les travaux réalisés sur chaque site, enfin, partager l'information avec l'ensemble des acteurs de l'établissement.

A terme, cette politique devra améliorer la cohésion de l'établissement en montrant ces capacités d'adaptation et en renforçant la lisibilité de ces nouvelles activités.

Si l'hôpital n'est pas une entreprise de type classique ayant pour objectif de maximiser son profit financier, il reste une organisation prestataire de services dont l'objet est de maximiser son profit social entendu comme l'amélioration de la santé publique au moindre coût. Aussi, pour maximiser son profit social, l'hôpital local intercommunal s'organisera afin de maîtriser ses coûts de production tout en atteignant les objectifs de son projet d'établissement. A ce niveau interviennent des outils de gestion tels l'audit, l'assurance qualité et l'évaluation hospitalière.

Sur la base des objectifs de la direction de l'hôpital local intercommunal, l'audit permet de s'assurer que l'hôpital dispose d'un système de contrôle interne qui réduit les risques de gestion, ou qui informe rapidement le système de pilotage des écarts entre les résultats et les objectifs. Légitimer l'intervention de la responsable de la cellule qualité passera par cela. Il permet en plus de diagnostiquer les causes de dysfonctionnements observés et s'achève sur des recommandations visant à améliorer l'organisation de l'établissement.

La mise en place d'un groupe de travail « démarche qualité » aidera la responsable dans la réalisation d'un état des lieux des dysfonctionnements auxquels sont confrontés les équipes et de proposer des résolutions en commun. L'appropriation de la démarche sera d'autant plus forte dans ce cadre.

C'est alors que l'assurance qualité, dans ce cadre, prend le relais. Pour chaque processus, ou segment de processus, en situation de dysfonctionnement et donc de non qualité, est défini un programme d'assurance qualité qui formalise une norme interne de fonctionnement qui doit être respectée pour que la qualité soit atteinte. Cette norme permet ensuite de procéder à une évaluation.

L'évaluation permet d'indiquer si les objectifs fixés ont été atteints. Elle permettra de s'assurer notamment non que la procédure formalisée a été suivie mais que les critères de qualité ont bien été respectés. L'audit permettra par un processus circulaire de vérifier que le processus s'est déroulé selon la norme.

La qualité n'est évidemment pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'élément nouveau est la mise en œuvre au sein des établissements de santé de démarches institutionnelles permanentes de progrès centrées sur la satisfaction des exigences de la qualité. Celle-ci sont tournées vers la personne prise en charge et la sûreté de fonctionnement. Ces exigences, qui impliquent le développement d'une culture nouvelle, ont une incidence sur les modalités de management. Si le secteur sanitaire, avec la démarche d'accréditation, connaît une avance relative, le secteur social et médico-social est confronté à la même problématique d'évaluation.

B) Dans le cadre du conventionnement pour la partie médico-social de l'établissement

Le secteur des personnes âgées dans le cadre du conventionnement est engagé dans une démarche qualité contractualisée. La loi du 2 janvier 2002 réformant la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, étend les logiques d'évaluation et de contrat à l'ensemble du champ social et médico-social. En effet, son article 22 oblige les établissements à procéder à une autoévaluation (tous les cinq ans) et à une évaluation externe (tous les sept ans). L'amélioration de la qualité n'est plus facultative ou souhaitable, elle est une obligation posée clairement par le législateur d'autant que dorénavant, elle conditionne l'autorisation de fonctionnement ou son renouvellement.

Concernant les activités médico-sociales, la circulaire de 2003 rappelle également les objectifs visés par la signature d'une convention tripartite, notamment cette dernière reste « la première étape d'un processus d'amélioration de la qualité de vie des résidents, où leurs attentes et satisfactions y sont pris en compte au même titre que la réponse à leurs besoins ».⁶⁰

⁶⁰ Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

La première étape de l'amélioration continue de la qualité est l'autoévaluation, ceci afin de définir des objectifs, la façon dont nous allons les atteindre et l'échéancier. Identifier les problèmes, les dysfonctionnements suppose la réalisation d'un bilan de l'existant avec comme outil un référentiel. Ces outils pourront être élaborés dans le cadre de groupes de professionnels, en fonction d'un certain nombre de recommandations, de normes mais également de la réglementation et des droits et libertés des patients et résidents. Divers référentiels sont à la disposition des établissements sanitaires et sociaux tels le référentiel ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements), etc. Ces référentiels ne sont que des outils qui permettent d'avoir un certain nombre de repères, ils doivent être adaptées à l'environnement, au contexte de la fusion et à l'objectif. L'autoévaluation va donc permettre d'identifier les points forts, en d'autres termes, valoriser l'existant, maintenir la qualité acquise, mais également identifier les points à améliorer en dégagant des actions d'amélioration.

Etant donné le contexte de la fusion (climat social difficile), l'autoévaluation devra être préparée. Source d'inquiétude, tant pour le directeur que pour le personnel, elle devra être expliquée et présentée comme un diagnostic dans un but d'améliorer dans le temps et non un jugement des pratiques actuelles. Aussi, cet état des lieux sera une aide dans la réflexion que devront conduire les équipes dans le cadre de l'harmonisation des pratiques soignantes notamment.

Les résultats de l'autoévaluation seront diffusés à l'ensemble des personnels.

La réforme de la tarification introduite en 1999 fait part de la notion d'autorisation de fonctionnement : les Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes ne pourront plus continuer à les accueillir qu'après autorisation, liée à la signature d'une convention tripartite pluriannuelle. Cette dite convention consiste globalement, pour un établissement donné, à justifier par le biais d'un document contractuel, comment les moyens alloués sont ou seront utilisés en déclinant à partir d'une description de l'existant : les projets d'amélioration envisagés, la quantification des moyens nécessaires à leurs mises en œuvre et les modalités d'évaluation des projets et des actions mises ainsi conduites.

Aussi, l'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, dont la réussite dépend beaucoup de la motivation du directeur et du personnel est devenue une véritable contrainte. Il est donc primordial que les objectifs, les enjeux et l'intérêt d'une telle démarche soient bien expliqués afin que les personnels y adhèrent. Il est également clair que l'amélioration continue de la qualité nécessite un investissement humain tant dans sa mise en place que dans sa pérennisation. C'est pourquoi le rôle du directeur est primordial dans l'appropriation de cette nouvelle culture que dans la démystification de cette démarche, tant auprès des familles, des tutelles que des personnels.

CONCLUSION

« Pour complexe qu'elle soit sur les plans juridique, comptable, budgétaire, organisationnel, la fusion, au travers de ses aspects techniques, est chose simple et aisée, comparée à la fusion des esprits, des volontés, des dynamismes, des logiques médicale et soignante » remarque un témoin direct d'une opération de fusion inter établissement. ⁶¹

⁶¹ BARATTA N. La fusion d'établissements : un événement culturel, *Décision santé*, Avril 1996, n°95, pp 21

Aussi, un tel niveau d'engagement ne doit jamais reposer sur un seul homme mais être le fruit d'une communion de volontés de chaque entité dans un environnement où les complexités sont nombreuses et variées.

Cette fusion n'est pas une fusion collage, elle devrait permettre à l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île de prendre un nouvel élan par la rénovation de l'outil de production considéré dans sa globalité avec une amélioration de sa compétitivité et l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble des professionnels.

La création du projet médical, socle du projet d'établissement est force d'un travail de collaboration étroite entre les médecins généralistes et les praticiens hospitaliers. Il a permis de donner les orientations médicales et organisationnelles de cette nouvelle structure. La mise en place des prémices du projet social dans un premier temps a permis à l'hôpital local intercommunal de faire face à la continuité de la gestion des ressources humaines, gage de fédération à une culture professionnelle commune. Même si le projet social ne se construira pas en un seul jour, des axes essentielles ont du déjà être mis en place de façon à donner une légitimité dans la gestion des ressources humaines, chaque agent quelque soit son lieu d'affectation devant être géré équitablement.

Un travail important reste à mener dans le cadre de la gestion des ressources humaines. Finaliser et donner toute l'ampleur que mérite un projet social s'effectuera par l'arrivée d'un directeur adjoint au sein de l'entité. Le projet social est, par nature éphémère. Le Directeur, à l'écoute permanente des besoins et des conditions de fonctionnement de son établissement veillera avec constance à son évaluation et son évolution en tenant compte de l'environnement.

Finaliser le projet d'établissement marquera une étape importante dans la construction de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île, en donnant comme un chef d'orchestre ordonne, une suite de notes musicales harmonieuse où chaque acteur trouvera sa place et la volonté et le dynamisme nécessaire.

L'amélioration continue de la démarche qualité tant dans une inscription à l'accréditation qu'au conventionnement conduira l'établissement dans un avenir plus serein. L'Hôpital Local Intercommunal ayant toute sa place dans la prise en charge

La mission «Hôpital 2007 » (Rapport Debrosse, Perrin, Vallancien) revoit entièrement l'organisation interne de l'hôpital en renforçant notamment le pilotage de celui-ci grâce à la restauration de l'autorité autour du Conseil d'Administration et d'un Comité stratégique. Elle viendra faciliter la concertation en réduisant le nombre de commissions, renforçant ainsi le rôle de trois instances (la CME, le CTE et le CHSCT réformé en comité de la qualité, de la gestion des risques et des conditions de travail).

Enfin, «l'important est de préparer l'avenir, que l'essentiel n'est qu'à court terme les dividendes soient difficilement discernables, mais qu'à long terme, le résultat soit positif »⁶²

⁶² RAIKOVIC M. Les fusions d'établissements, *Décisions Santé*, 15 Octobre 2000, pp 16

Bibliographie

OUVRAGES :

BARTHES R., BOUTLY – SALOU M., COUNY S. Et al. Le développement des ressources humaines, Tome 2, Editions ENSP, 2002

BONMATI J.M. Les ressources Humaines à l'Hôpital : un patrimoine à valoriser, Edition Berger Levraut, Avril 1998

DEFOUR J.M. Le projet de fusion entre un hôpital local et une maison de retraite : analyse stratégique et enjeux de la démarche de rapprochement entre un hôpital local de grandbrisis et la maison de retraite de Letra, mémoire d'élève DESS, Promotion 1998-1999

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Direction des Hôpitaux, Guide de la Gestion Prévisionnelle des emplois et compétences, Mai 1998, pp 1 à 134

DUPONT M., ESPER C., MUZZIN L et al. Droit public, sciences politiques, Droit Hospitalier, Edition Dalloz

FERRANT J Le projet social, un support pour le développement de la Gestion des Ressources Humaines à l'hôpital local, mémoire d'élève DESS, Promotion 2000-2001

LEFEVRE P. Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social, Edition Dunod, 1999

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Elaboration, négociation et suivi du projet social, *Guide méthodologique*, Document non daté

THEVENET M. La culture d'entreprise, Edition Que sais-je ?

ARTICLES :

ADDA G., BENAÏM E., LE TEURNIER C. et al. Fusion et démocratie sanitaire, *Directeur d'Hôpital*, Novembre – Décembre 2002, n°86, pp 16 à 17

AUSSERRE F. Les fusions, mode d'emploi, *Décisions Santé*, 15 octobre 99, n°149, pp 24 à 25

BARATTA N. La fusion entre établissements : un événement culturel, *Décisions Santé*, Avril 1996, n°95, pp 21 à 24

CALMES G., CRETTE G. Fusion de deux cultures, *Directeur d'Hôpital*, Avril 1996, n°42, pp 18 à 19

DUHAMEL C. Il faut accentuer l'ouverture des hôpitaux locaux, *Horizon*, Juillet et Août 2003, n°146, pp 19

FORCIOLI P. Fusion et mode d'emploi, *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1999, n°6, pp 22 à 35

GROSSIER E. Le dialogue social à l'hôpital, *Gestion Hospitalière*, Mai 1995, pp 366 à 367

GROUPE LAENNEC. Accompagner les restructurations, Carnet de route..., *Gestions Hospitalières*, Avril 1999, pp 262 à 265

LAMY Y. La Gestion des Ressources Humaines : contenu, valeurs, organisation, *Gestions Hospitalières*, Mai 1995, pp 362 à 365

LIMOGES P. De la notation à l'évaluation, *document E.N.S.P.*, pp 1 à 43

QUILLET E. La gestion des ressources humaines dans le cadre des restructurations hospitalières : des évolutions nécessaires, *Cahiers Hospitaliers*, Novembre 2002, n°184, pp 30 à 32

RAIKOVIC M. Fusion d'hôpitaux publics : l'expérience des hôpitaux du Léman, *Décisions Santé*, 15 octobre 2000, n°165, pp18 à 20

RAIKOVIC M. Les fusions d'établissements, *Décisions Santé*, octobre 2000, n°165, pp13 à 18

RAISIN - DADRE L., REVERCHON L. Identité sociale à l'hôpital, *Gestions Hospitalières*, Novembre 1996, pp 676 à 679

SALON S., SAVIGNAC J.C. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 dans la fonction publique, *Actualité Juridique de Droit Administratif*, Mai 2002, pp 439 à 445

SALOU M., FRUIT J.L. La fusion d'établissements, Quels enjeux pour la GRH ?, *Gestions Hospitalières*, Mai 1995, pp 370 à 371

TEXTES REGLEMENTAIRES :

Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Situation géographique des deux structures juridiques

Annexe n°2 : Organigramme de la Direction de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île

Annexe n°3 : Le logo et le nom de la nouvelle entité

Annexe n°4 : Organigramme de la Direction des Ressources Humaines

Annexe n°5 : Fiche de notation primaire, accompagnée de sous critères par éléments d'appréciation : exemple pour le grade d'Infirmier Diplômé d'Etat

Annexe n°6 : Guide de lecture de la notation primaire : exemple pour le grade d'Infirmier Diplômé d'Etat

Annexe n°7 : Préparation à l'entretien annuel d'évaluation

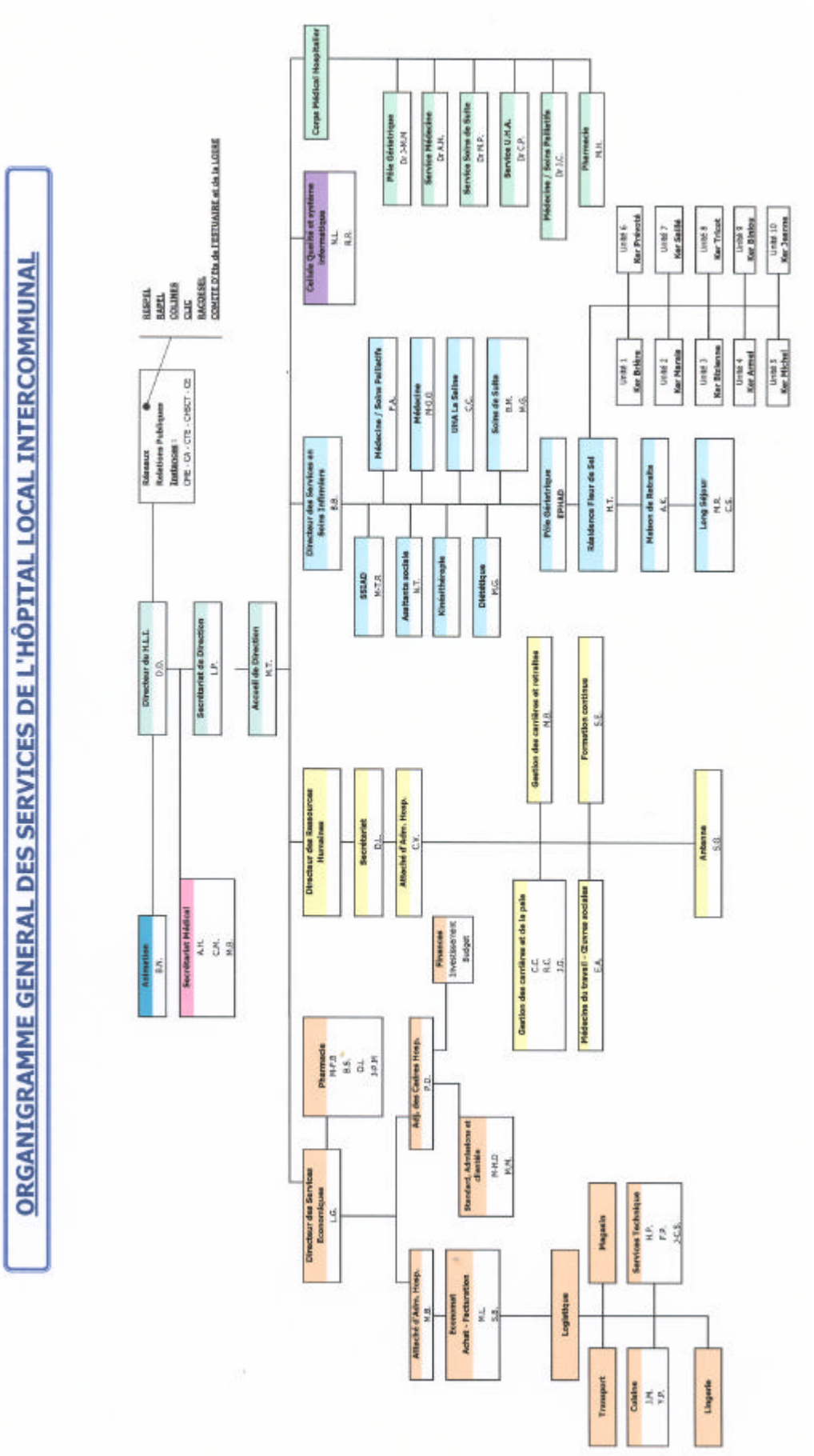
Annexe n°8 : Guide relatif aux journées d'information des agents contractuels saisonniers :

- ✓ Une lettre d'introduction
- ✓ Les ateliers mis en place
- ✓ Les recommandations générales
- ✓ La tenue professionnelle

Annexe n° 1 : Situation géographique des deux structures juridiques



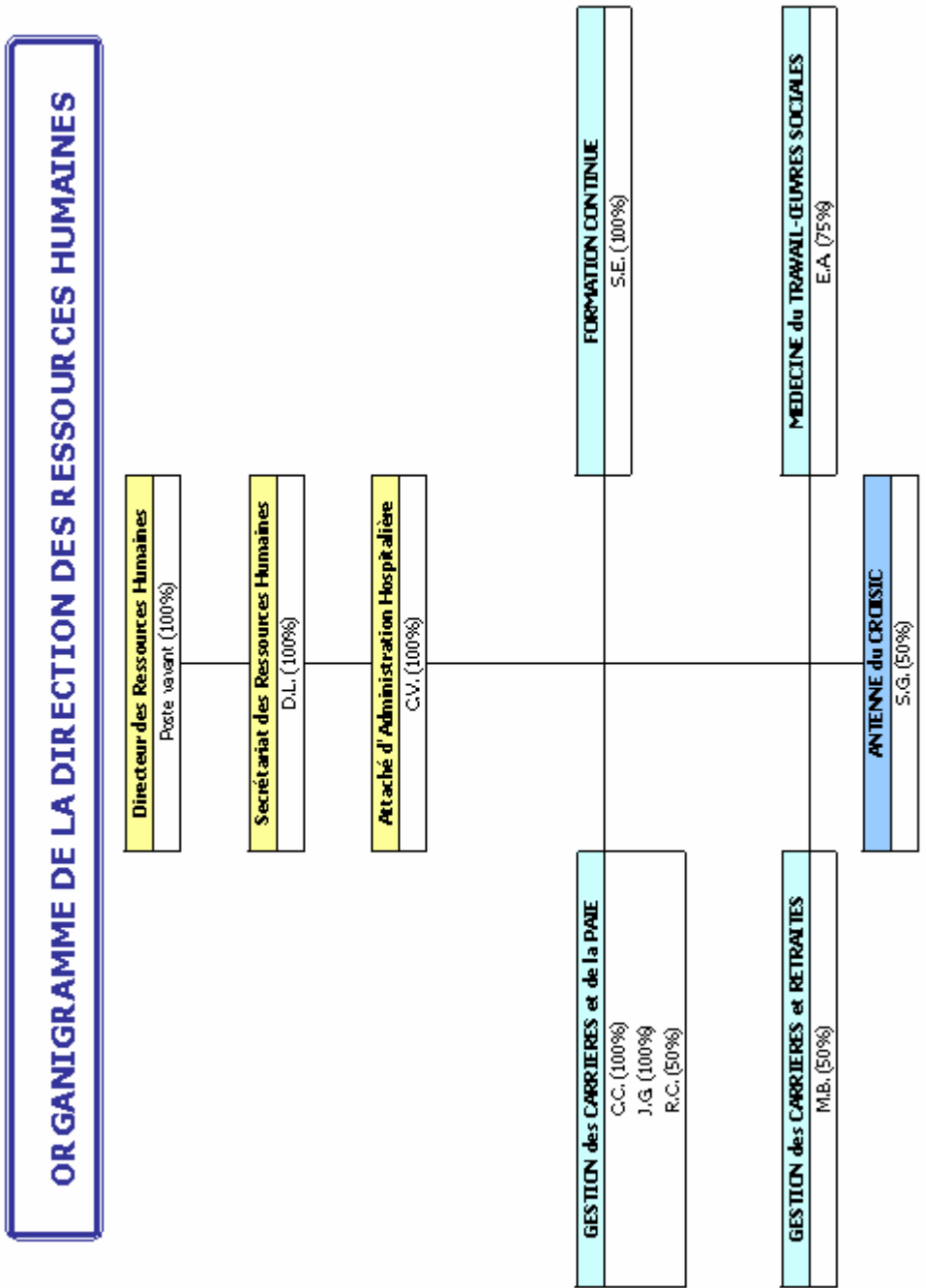
Annexe n°2 : Organigramme de la Direction de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île



Annexe n°3 : Le logo et le nom de la nouvelle entité



Annexe n°4 : Organigramme de la Direction des Ressources Humaines



Annexe n°5 : Fiche de notation primaire, accompagnée de sous critères par éléments d'appréciation : exemple pour le grade d'Infirmier Diplômé d'Etat

	<p>FICHE DE NOTATION PRIMAIRE Sous critères par élément d'appréciation INFIRMIER(E)</p>
---	---

*Les critères d'appréciation varient suivant le corps de rattachement des agents.
 Chaque responsable de service se réfère au guide d'utilisation pour évaluer les critères d'appréciation.
 L'évaluateur doit faire une synthèse argumentée de son évaluation.*

NOM - Prénom : _____ Année : _____

1) CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES

- Connaissances et techniques paramédicales
- Perfectionnement et mise à jour des connaissances
- Transmission des connaissances
- Intérêt porté à l'hôpital

Argumentation

2) APPLICATION DANS L'EXECUTION DU TRAVAIL

- Adaptation des connaissances dans l'exécution du travail
- Méthode et organisation
- Sens du travail en équipe sur le plan technique
- Transmission significative des informations et tenue des dossiers
- Souci du confort des malades

Argumentation

3) ESPRIT D'INITIATIVE

- Initiatives dans la prise en charge du malade
- Dynamisme et capacité de propositions

Argumentation

+ -

4) APTITUDE PSYCHOLOGIQUE A L'EXERCICE DES FONCTIONS

- Disponibilité, présence, écoute et accueil auprès des malades et de leur famille
- Respect des règles professionnelles
- Sens du travail en équipe sur le plan relationnel

Argumentation

5) TENUE GENERALE ET PONCTUALITE

- Tenue générale (présentation, langage)
- Courtoisie
- Ponctualité
- Assiduité générale

Argumentation

REMARQUES PARTICULIERES - APPRECIATION GENERALE

PROPOSITION DE FORMATION

1- Pour résorber un manque

2- Souhaités par l'agent

Date - Signature
De l'évaluateur

Date - Signature
De l'évalué

Copie remise à l'intéressé

DE/DRH/D 3/A

Validation : M. DUMORTIER, Directeur

Mise à jour le 03/07/03

**Annexe n°6 : Guide de lecture de la notation primaire : exemple pour le grade d'Infirmier
Diplômé d'Etat**

GUIDE DE LECTURE de la FICHE DE NOTATION PRIMAIRE Sous critères par élément d'appréciation INFIRMIER(E)

1) CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES

- Connaissances et techniques paramédicales
Ses connaissances sont :
 - ✓ Exactes, complètes ;
 - ✓ Pertinentes au projet de service ;
 - ✓ Réactualisées périodiquement de sa propre initiative ;
 - ✓ En rapport avec la politique de l'institution

- Capacité à mettre ses connaissances en application
Ses connaissances :
 - ✓ Répondent aux besoins des malades ;
 - ✓ Tiennent compte de la planification des soins ;
 - ✓ Sont pertinentes par rapport aux normes en place dans le service ;
 - ✓ Sont coordonnées avec les connaissances de l'équipe ;
 - ✓ S'adaptent aux moyens accordés par l'institution

- Capacité à acquérir des connaissances et à participer à la recherche en soins infirmiers :
 - ✓ Participe à l'élaboration et à la mise à jour des documents d'information du service (protocoles..);
 - ✓ Choisit des formations qui améliorent ses compétences ;
 - ✓ Choisit des formations adaptées aux objectifs du service ;
 - ✓ S'intéresse aux techniques et méthodes mises en œuvre dans le service, suscite et facilite avec ses collègues la mise en place de nouvelles procédures

- Capacité à s'intéresser à la formation des personnels :
 - ✓ Sait ce qu'elle peut demander aux personnels selon leurs compétences ;
 - ✓ Facilite l'intégration des nouveaux agents et des élèves, en tenant compte de leurs objectifs et en accord avec les objectifs du service ;
 - ✓ Indique ce que le service peut offrir comme éléments formateurs ;
 - ✓ Incite les membres de l'équipe à aller en formation ;
 - ✓ S'intéresse aux acquis et favorise, si possible, leur application

2) APPLICATION DANS L'EXECUTION DU TRAVAIL

- Capacité à donner des soins adaptés aux besoins du malade :
 - ✓ Applique la démarche de soins dans son intégralité ;
 - ✓ Applique avec fiabilité les prescriptions médicales ;
 - ✓ Assure la sécurité physique et morale du malade (environnement, matériel, respect de la dignité) ;
 - ✓ Informe le médecin de l'évolution de l'état du malade et s'assure que ses observations sont prises en compte ;
 - ✓ Informe du déroulement des soins et des examens (malade et famille) ;
 - ✓ Favorise l'autonomie du malade ;
 - ✓ Participe à l'éducation du malade et de sa famille

AN/DRH/DE/A	Validation : M. DUMORTIER, Directeur	Mise à jour le 03/07/03
-------------	--------------------------------------	-------------------------

- Capacité à s'organiser en fonction de la charge en soins et des moyens disponibles :
 - ✓ Détermine la charge en soins ;
 - ✓ Prévoit les besoins en matériel, signale les anomalies ;
 - ✓ Planifie les soins en tenant compte des priorités, des urgences, des moyens (malade, personnel, matériel) ;
 - ✓ Négocie les plages d'activité commune (médecin, équipe soignante...) ;
 - ✓ Encadre, délègue et contrôle le travail des agents sous sa responsabilité ;
 - ✓ Intègre les notions d'économie (utilisation, maintenance et prêt du matériel, gestion des stocks, souci du bien public)

- Capacité à assurer la continuité des soins infirmiers par des transmissions adaptées :
 - ✓ S'assure que les agents de l'équipe suivante sont présents et réajuste en conséquence ;
 - ✓ Exige la présence de l'ensemble de l'équipe aux transmissions en préservant la continuité du service et la sécurité des soins ;
 - ✓ Réclame et donne des informations orales qui ciblent les problèmes du malade et permettent d'en assurer le suivi ;
 - ✓ Ecrit des informations ciblées, complètes, exploitables et les signe lisiblement ;
 - ✓ Sollicite la participation orale et écrite des aide-soignants et des autres acteurs de santé

- Capacité à évaluer les soins donnés en pertinence avec les recommandations de la politique du service infirmier :
 - ✓ Utilise des outils d'évaluation qui permettent de mesurer la qualité des soins individuels ;
 - ✓ Participe à l'évaluation du niveau de qualité des soins dispensés dans le service (protocoles, grilles...) ;
 - ✓ S'informe des résultats et suggère des réajustements si besoin ;
 - ✓ Évalue les grands domaines qui font la qualité globale (hygiène, accueil, sécurité..)

3) ESPRIT D'INITIATIVE

- Capacité à situer et à appliquer les actions qui relèvent du rôle propre :
 - ✓ Connaît et applique les consignes prévues pour la bonne marche de l'unité ;
 - ✓ Prend des mesures conservatoires pour assurer le confort du malade, pour préserver ses fonctions vitales et l'accompagner tout au long de l'hospitalisation
 - ✓ Sait que seuls les actes qui relèvent du rôle propre peuvent être délégués aux aide-soignants
 - ✓ S'assure de la compétence de la personne à qui il délègue
 - ✓ Contrôle le résultat des actes, sait qu'il en demeure responsable

- Capacité à situer et appliquer les actions qui relèvent du rôle délégué courant et face à l'urgence :
 - ✓ Connaît le contenu des textes qui fixe les limites du rôle délégué sur prescription médicale :
 - o Soit en présence d'un médecin pouvant intervenir à tout moment
 - o Soit en l'absence du médecin à partir des protocoles écrits et signés
 - ✓ Sait qu'il engage sa responsabilité :
 - o En acceptant des prescriptions non signées (diétées et transmises par téléphone)
 - o En exécutant des actes médicaux non autorisés par les textes

- ✓ *Exige précision, clarté et identification de la prescription médicale*
- ✓ *Sait faire face à l'urgence médicale, en informe le médecin, note ses actions sur le dossier de soins*
- Capacité à assurer la responsabilité de l'unité en l'absence du cadre infirmier :
 - ✓ *Connaît et applique les consignes prévues pour la bonne marche de l'unité*
 - ✓ *Analyse les éléments significatifs de l'urgence et ajuste les actions en fonction des moyens disponibles*
 - ✓ *Rend compte de la situation, des mesures prises et de leurs résultats aux interlocuteurs compétents*
- Capacité à réfléchir sur l'organisation du travail et à suggérer des méthodes adaptées :
 - ✓ *Discerne les défauts dans l'organisation de son travail, du travail de l'unité*
 - ✓ *Informe le cadre de santé de l'unité de ses observations*
 - ✓ *Fait des propositions pertinentes, applicables, en incitant ses collègues à la participation*

4) APTITUDE PSYCHOLOGIQUE A L'EXERCICE DES FONCTIONS

- Relations avec le malade :
 - ✓ *Entretient des relations :*
 - *Courtoises quelle que soit la situation ;*
 - *Pertinentes aux objectifs de soins*
 - *Educatives en fonction des ressources et du devenir du malade ;*
 - *Incite le malade et l'entourage à participer aux soins*
- Relation avec le corps médical :
 - ✓ *Négocie les activités communes avec diplomatie et courtoisie ;*
 - ✓ *Garde toujours une attitude professionnelle dans l'intérêt du malade (argumente et défend les besoins du malade) ;*
 - ✓ *Crée un climat de confiance par son attitude et la netteté de ses réponses, son comportement induit le respect de sa fonction et de sa personne ;*
- Esprit d'équipe et relations avec les autres services :
 - ✓ *Sait se situer par rapport à sa hiérarchie ;*
 - ✓ *Connaît sa place dans le fonctionnement de l'unité, du service, de l'institution ;*
 - ✓ *Encadre, facilite l'intégration des nouvelles infirmières en apportant aide et conseils ;*
 - ✓ *Accepte et répond aux nécessités de service liées à la fonction ;*
 - ✓ *Régit ses attentes personnelles en fonction de l'intérêt général ;*
 - ✓ *Entretient des rapports courtois avec les autres secteurs d'activité de l'hôpital*
- Engagement vis à vis de la profession :
 - ✓ *Respecte l'obligation du secret professionnel et fait preuve de discrétion professionnelle ;*
 - ✓ *Identifie, clarifie son système de valeur et celui de l'autre et en tient compte dans l'exercice de sa fonction ;*
 - ✓ *Situe sa responsabilité juridique et professionnelle ;*
 - ✓ *Réfléchit à l'évolution de la profession (lectures, manifestations professionnelles, engagement)*

5) TENUE GENERALE ET PONCTUALITE

- **Maîtrise de soi :**
 - ✓ *Fait face aux situations imprévues avec calme ;*
 - ✓ *Reste efficace malgré le stress ;*
 - ✓ *Gère l'agressivité engendrée par les conflits ;*
 - ✓ *Fait abstraction de ses problèmes personnels*

- **Présentation personnelle**
 - ✓ *Se montre sans excentricité dans sa tenue vestimentaire et son comportement professionnel ;*
 - ✓ *Porte une tenue professionnelle adaptée à ses activités de soins ;*
 - ✓ *Contribue par sa présentation, son attitude à donner une bonne image de marque de la profession*

- **Régularité :**
 - ✓ *Respecte le planning établi, informe et propose les changements d'horaire au cadre de santé ;*
 - ✓ *Assure le service avec assiduité ;*
 - ✓ *Est toujours d'humeur égale ;*
 - ✓ *A les mêmes exigences pour lui-même que pour ses collègues*

- **Ponctualité**
 - ✓ *Connaît et tient compte des consignes de l'institution en matière d'absentéisme*
 - ✓ *Respecte les horaires de travail ;*
 - ✓ *Se limite aux temps de pauses tolérés par le service*
 - ✓ *Tient ses engagements professionnels (réunions, groupe de travail, formation continue)*



PREPARATION A L'ENTRETIEN ANNUEL D'EVALUATION

Ainsi que vous en avez été informé, l'entretien d'évaluation est organisé par votre responsable hiérarchique ; il a pour but de faire le point de vos activités professionnelles et de vous aider à réfléchir avec lui à votre avenir au sein de l'hôpital.

Nous souhaitons que cet entretien soit un véritable échange de vues et vous ne devez pas hésiter à aborder, à cette occasion, tous les sujets en relation avec votre activité, vos difficultés comme vos aspirations, vos satisfactions comme vos déceptions.

Ce document est un guide qui devrait faciliter votre préparation à l'entretien que vous allez vivre. Il vous appartient et vous pouvez en faire l'usage que vous voulez. Vous pouvez le remplir, le lire au cours de l'entretien ; vous pouvez aussi le conserver ou le détruire. Il est indispensable que vous preniez le temps d'y réfléchir afin de pouvoir en discuter utilement.

1. Quels sont, d'après vous, les aspects de votre travail auxquels vous avez à attacher le plus d'importance, qui vous demandent le plus d'attention, le plus d'effort ?



2. Quelles sont dans votre travail :

- les tâches qui vous intéressent le plus ?
- celles qui vous intéressent le moins ?

3. Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontré dans votre travail ? Quels moyens vous paraît-il possible de mettre en œuvre et/ou au sein de l'équipe pour aplanir ces difficultés, pour améliorer votre efficacité et l'ambiance dans laquelle vous travaillez ?

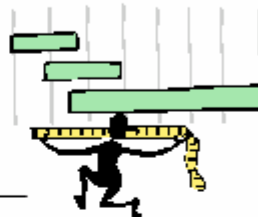


4. Pensez-vous que, avec vos goûts, votre expérience, le poste que vous occupez est celui qui vous convient le mieux ? Considérez-vous être employé(e) au mieux de vos compétences ? Sinon, quel autre travail aimeriez-vous faire ?

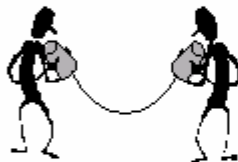


5. Par rapport aux objectifs fixés l'année précédente, quels sont les résultats que vous estimez satisfaisants et ceux qui semblent moins bons ?

A quelles causes (personnelles ou indépendantes de votre volonté) attribuez-vous ces succès et, éventuellement, ce manque de réussite ?



6. Y a-t-il des points sur lesquels vous aimeriez recevoir une formation complémentaire pour vous sentir tout à fait adapté aux exigences de votre poste ? Essayez de préciser quel type de formation ou d'expérience vous aimeriez acquérir dans ce but et quels moyens peuvent être mis en œuvre :



- Moyens personnels de l'agent : _____

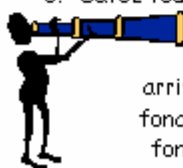
- Moyens qui peuvent être fournis par l'établissement : _____

7. **Vos objectifs** : que pensez-vous pouvoir faire dans l'année à venir pour accroître l'intérêt de votre travail, pour le rendre plus efficace ?

Comment votre supérieur peut-il vous y aider ?



8. Savez-vous quel genre de travail ou poste vous souhaiteriez dans les prochaines années ? Quels sont vos désirs (techniques, personnels, familiaux...) de carrière, et qu'envisagez-vous de faire pour arriver au but que vous vous fixez ? Souhaitez-vous conserver votre fonction actuelle ou aimeriez-vous, dans la mesure du possible, que des fonctions différentes vous soient confiées ? Pensez-vous que vous seriez plus à votre place dans un autre service ?



Annexe n°8 : Guide relatif aux journées d'information des agents contractuels saisonniers

Guérande, le 24 juin 2003.

EMPLOI – ETE

Vous allez travailler à l'hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île durant cet été, à ce titre nous vous souhaitons la **Bienvenue**.

Travailler dans un Hôpital Local nécessite que vous ayez un certain nombre d'informations pour préserver la qualité du service rendu aux résidents et malades.

Pour ce faire, des agents vont vous présenter des notions indispensables au bon fonctionnement du service et à votre activité que vous allez exercer.

N'hésitez pas à leur poser des questions, ils se feront un plaisir de vous répondre. Aussi, une fiche d'évaluation vous permettra de nous donner votre avis sur la journée d'information.

L'institution attend de chacun d'entre vous, quels que soient l'activité et le service d'affectation, que vous donniez le meilleur de vous même. Si vous rencontrez des difficultés, parlez-en à l'équipe qui saura vous conseiller et vous orienter dans la démarche (de prise en charge par exemple).

A la fin de votre contrat de travail, vous ferez l'objet d'une évaluation avec le responsable de votre service. Cette fiche d'évaluation sera remise dans votre dossier administratif.

En vous souhaitant une bonne intégration au sein de l'Hôpital Local Intercommunal,

Le Directeur,



REMPLACEMENT D'ETE : RECOMMANDATIONS GENERALES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez effectuer un remplacement d'été au sein de l'Hôpital Local Intercommunal de la Presqu'île, sur le site de Guérande ou du Croisic.

Dans le cadre de votre mission, il vous appartient de :

- ✚ Respecter les consignes liées à la tenue professionnelle que vous porterez (Cf. Document relatif à « La tenue professionnelle »)

Vous allez approcher des malades ; afin de ne pas transmettre de germe d'un patient à un autre et de vous protéger vous-même, il est **IMPERATIF** de :

- ✚ Respecter les consignes de lavage des mains (Cf Fiche Technique « Lavons-nous les mains »)



- ✚ Respecter les consignes en cas d'isolement (signalisation sur la porte de la chambre : se référer à l'infirmière avant d'entrer)



- ✚ Respecter les consignes du bon usage des gants : voir avec l'infirmière





LA TENUE PROFESSIONNELLE

Le vêtement

- ✚ L'établissement fournit à chaque agent les tenues nécessaires pour la durée de son remplacement (blouse + pantalon)
- ✚ Ces tenues son nominatives
- ✚ Elles sont stockées propres dans les vestiaires



Les chaussures

- ✚ Les chaussures ne sont pas fournies
- ✚ Chaque agent doit porter des chaussures confortables, solides et faciles d'entretien (type basket)
- ✚ Pendant la durée du remplacement, ces chaussures sont réservées à l'usage professionnel



L'entretien - l'hygiène

- ✚ La tenue doit être maintenue propre et correcte : il faut en changer chaque fois que cela est nécessaire
- ✚ Pour ce faire, il faut disposer la tenue sale dans les bacs prévus à cet effet dans les vestiaires, en ayant au préalable contrôlé que les poches sont vidées
- ✚ L'établissement en assure le blanchissage
- ✚ Par souci d'hygiène, les cheveux doivent être courts ou maintenus attachés. Les bijoux sont interdits.



ATELIER

HYGIENE DE L'AGENT

- vestimentaire :
 - tunique pantalon ou blouse
 - chaussures fermées à la cheville
 - pas de bijou (sauf alliance)
 - pas de vernis et ongles trop longs
 - cheveux attachés
- Lavage des mains : voir protocole
- port des gants (à usage unique) :
 - toilette génito anale
 - matériel ou linge souillé
 - contact : sang, urine, vomissement, selle

JOURNEE TYPE

- transmissions orales avec l'équipe de nuit
- lecture des dossiers soins ouverts
- explication :
 - dossier soins
 - feuille de planification
 - diagramme
- Suivant l'organisation du service :
 - préparation du petit déjeuner
 - toilette
 - réfection des lits
 - tri du linge sale
 - distribution des repas
 - vaisselle
 - régés (ascenseurs)
 - ménage
 - sceaux + lavettes

TOILETTE COMPLETE AU LIT

- Grands Principes :
 - Ne pas laisser un patient seul sans barrières
 - Préserver la pudeur du patient
 - Mettre sa présence dans la chambre (explication de la sonnette)
 - Procéder du plus propre au plus sale
 - Sonnette à proximité du patient
 - Hydratation du patient
- Matériel :
 - 2 gants
 - 1 serviette
 - protection du patient
 - gant à usage unique
 - linge du patient ou chemise ouverte (si alité)
 - savon liquide **attention une petite dose**
 - eau de cologne
 - conween

- Méthode :

1. Commencer par le visage, le torse, les mains et ensuite le dos
2. toilette génito anale :
 - mettre les gants à usage unique
 - si selles commencer par enlever le plus gros (avec papier, couches, alèse, carré..)
3. toilette génitale :
 - du haut vers le bas (ne pas ramener les sécrétions ou souillures vers les méats urinaire et vaginal)
 - bien décalotter pour les hommes mais surtout bien recalotter
 - si poche à urine ou autre demander à l'IDE
 - habillage pour rester au lit ou être levé
 - voir protection ou montaban

ATTENTION :

- bien rincer et bien sécher par tapotement
- surveillance des selles (explication 1.2.3) (éductyle, microlax...)
- rasage des hommes tous les jours
- hygiène des dents et appareil dentaire
- prévention des escarres si le patient est alité le plus possible
- température de l'eau

4. toilette au lavabo :
 - même principe
 - voir si besoin d'une petite toilette avant d'aller au lit
5. bain :
 - voir avec équipe

MANUTENTION ET REFECTION DU LIT

- réfection d'un lit à vide
- réfection d'un lit occupé avec changement de linge
- manipulation du lève malade
- transfert lit fauteuil
- remonter un patient dans un lit ou fauteuil (potence, alèse, attaches...)
- montrer les différents systèmes de barrières
- mettre le bassin urinal

TRI DU LINGE ET FERMETURE DES SACS

- montrer le chariot linge sale + fiche de tri (protocole)
- ne rien mettre à laver si le linge n'est pas marqué (nom du patient + hôpital Le Croisic)
- attention aux damarts et lainage à part

MENAGE

- préparation des franges
- préparation des sceaux pour lavettes
- préparation du chariot de ménage (wc, ...)
- explication des deux méthodes de ménage.