

**Directeur d'Établissements Sanitaires,
Sociaux et Médico-Sociaux**

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : **Décembre 2011**

**Les phénomènes d'acculturation dans le cadre des
opérations de coopération, un facteur favorisant la
mise en œuvre des politiques de santé publique au
sein d'un territoire :**

**exemple du Groupement Hospitalier Aube-Marne
(GHAM)**

Sonia VIGNOT

*« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité
est celle de la coopération et du partenariat »*

Kofi ANNAN

*« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre.
Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple »*

Antoine de SAINT-EXUPERY

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Mme COURTOIS, Directrice du GHAM, pour son encadrement méthodologique et son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire et au cours du stage de 8 mois. Je tenais à saluer également la confiance, la considération, ainsi que la richesse des échanges qu'elle m'a accordé au quotidien. Ses précieux conseils et ses analyses m'ont considérablement apporté et me seront utiles dans la poursuite de ma carrière.

Mes remerciements vont aussi aux membres du Comité de direction, et des réunions Direction des Ressources Humaines/Direction des Soins, pour m'avoir intégré comme un membre à part entière, ainsi que pour leur sympathie et leurs retours d'expériences qu'ils ont partagé.

Aussi, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour sans le témoignage de l'ensemble des acteurs que j'ai pu rencontré. Qu'ils soient tous remerciés pour leur disponibilité, la transparence et la richesse de leurs échanges.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Les phénomènes d'acculturation face à la recherche d'efficience : une approche sociologique de la dynamique du changement.....	7
1.1 Un cadre conceptuel évolutif et illustrant les dynamiques de la résistance au changement	7
1.1.1 Une définition contemporaine des contextes économiques et sociaux.....	7
1.1.2 Un changement induit par les évolutions sociétales.....	9
1.2 Un vade-mecum en vue de la réussite des opérations de coopération	10
1.2.1 Les principaux pivots de la coopération	10
1.2.2 Analyse du processus de transformation et caractérisation de la crise	14
2 Les changements culturels lors des opérations de coopération : une approche terrain à travers l'analyse à 3 ans d'une fusion	19
2.1 L'instauration d'une nouvelle gouvernance en vue d'un meilleur positionnement sur le territoire de santé.....	19
2.1.1 Une impérative nécessité : donner du sens	19
2.1.2 Une obligation de prendre en compte les historiques et les cultures.....	24
2.2 Une harmonisation des pratiques professionnelles au service de l'amélioration des prises en charge des usagers.....	28
2.2.1 Le métier comme ressource commune.....	28
2.2.2 Une organisation efficiente et adaptée au contexte	34
3 L'engagement d'un processus de culture partagée : une démarche à l'épreuve du temps et de la territorialisation	- 39 -
3.1 Un retour d'expériences qui pointe une convergence face aux évolutions des politiques de santé	- 39 -
3.1.1 Une acculturation favorisée par la stabilité du climat social	- 39 -
3.1.2 Une transposition dans le cadre des nouveaux outils de coopération : les communautés hospitalières de territoires (CHT)	- 42 -
3.2 Quelques leviers d'actions.....	- 47 -
Conclusion.....	- 51 -
Bibliographie.....	- 53 -
Liste des annexes.....	- 56 -

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CRUQPC	Commission de Relations avec les Usagers et Qualité de la Prise en Charge
CSG	Court Séjour Gériatrique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHAM	Groupement Hospitalier Aube Marne
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIP	Groupement d'intérêt Public
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
ICALIN	Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
IPAQSS	Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Alzheimer
SIH	Syndicat Inter Hospitalier
SMTI	Soins Médicaux et Techniques Importants
SMUR	Service Mobile des Urgences Relatives
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SWOT	Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités) et Threats (menaces),
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UTEP	Unité Transversale d'Education du Patient

Introduction

Depuis plusieurs décennies, le milieu hospitalier est confronté à de nouvelles contraintes et à trois crises principales (économique, démographique et technologique) l'obligeant à subir de profondes mutations dans ses organisations et fonctionnements.

En effet, la raréfaction des fonds publics et la nécessité d'optimisation et de maîtrise afférentes, la pénurie de médecins dans certaines spécialités et zones géographiques, ainsi que l'évolution et le coût des nouvelles techniques médicales requièrent l'aménagement ou la création de nouveaux instruments afin d'éviter les « doublons » et de mutualiser les moyens dont disposent les établissements de santé.

Dans son discours en octobre 2007, à Bordeaux, le Président de la République déclarait que « *les solutions seront forcément des solutions de coopération sur le territoire* »¹.

Aussi, le domaine des recompositions hospitalières a été particulièrement concerné ces dernières années, à l'image de l'analyse présentée par Emmanuel VIGNERON². Cette évolution a été étayée par les diverses réformes engagées, et ce dès la Loi du 31 décembre 1970³. Celle-ci visait à faire collaborer les établissements de santé en instituant deux outils public/public (les groupements inter hospitaliers et les syndicats inter hospitaliers - SIH) et trois instruments public/privé (les contrats de concession, les accords d'association et la participation à l'exécution du service public hospitalier). Par la suite, la Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière est venue conforter les outils existants, et la possibilité de recourir aux groupements d'intérêt économique (GIE) ou privé (GIP)⁴.

L'ordonnance du 24 avril 1996⁵, quant à elle, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, instaurera de nouveaux outils de coopération : le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), outil de nature organique destiné à favoriser les coopérations publiques/privées, et le réseau de soins, outil de nature fonctionnelle visant à favoriser les coopérations ville/hôpital.

¹ Allocution au CHU de Bordeaux. Disponible sur le site internet : <http://www.elysee.fr>

² HAAS S., VIGNERON E., 2009, *10 ans de recompositions hospitalières en France*, Nouvelles Fabrique des Territoires, Paris : Dexia Editions, 16 p.

³ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁴ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁵ Ordonnance n°96-386 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Suivront les Lois du 27 juillet 1999⁶ portant création de la couverture médicale universelle et du 4 mars 2002⁷ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réformant le statut juridique des syndicats inter hospitaliers, des groupements de coopération sanitaire et des réseaux de soins, devenus réseaux de santé, pour répondre aux demandes des acteurs de terrain.

La réforme du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé⁸ aura un impact fort en matière de coopération hospitalière. En effet, elle permettra d'adapter les instruments de coopération aux nouveaux objectifs et, ainsi, de contourner les obstacles rencontrés fréquemment (statuts des professionnels, règles de financement, statuts des patients, etc.).

Enfin, la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁹, et son corpus réglementaire, instituent une territorialisation des politiques de santé et prônent le développement d'actions de coopérations entre les établissements, notamment publics, et les secteurs sanitaires et médico-sociaux afin que ceux-ci se complètent et favorisent des prises en charge sans rupture de continuité pour les patients et les résidents. Les points d'orgue de cette nouvelle organisation sanitaire décloisonnée sont l'instauration des Agences Régionales de Santé (ARS) dont les champs de compétences concerneront dorénavant les secteurs hospitaliers, médico-sociaux et ambulatoires, ainsi que la possibilité de mise en œuvre des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT).

Dans son rapport de synthèse concernant la Région Champagne-Ardenne, en date de novembre 2009, la Fédération Hospitalière de France (FHF) dresse une analyse du contexte actuel et de son évolution pour les prochaines années.

Concernant l'évolution démographique, le Département de l'Aube présente une croissance positive (+5,8%) entre 1999 et 2006 où les parts des populations jeunes (<20 ans) et âgées (>75 ans) sont équivalentes à la moyenne régionale.

Toutefois, si l'Aube est le second territoire le plus peuplé de la Région, l'offre sanitaire repose sur des besoins de soins qui oscillent entre « moyens » et « moyens moins ». Elle est, de plus, limitée par un taux de fuite important (22%) et un taux d'attractivité restant faible (5,4%).

⁶ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle

⁷ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁸ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

L'activité sanitaire, quant à elle, est réalisée principalement par les établissements publics de santé, représentant 54% des Parts de Marché réparties à 49% pour le Centre Hospitalier de TROYES, 5% pour celui de ROMILLY-SUR-SEINE et 1% pour l'établissement de SEZANNE, avec une prédominance pour les activités de médecine et d'obstétrique *a contrario* de l'activité de chirurgie, où le secteur privé engrange 76% des Parts de Marché. Face à ces constats régionaux, la FHF encourage les établissements à anticiper la constitution de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), à mettre en place des coopérations avec les cliniques privées et/ou la médecine de ville, à développer les activités de recours et à coordonner les diverses activités sanitaires tout en établissant un lien fort avec le secteur médico-social.

Précédant l'analyse *supra*, les Centres Hospitaliers de ROMILLY-SUR-SEINE et de SEZANNE, ainsi que l'Hôpital Local de NOGENT-SUR-SEINE, ont décidé, et ce dès 2003, de créer leur avenir ensemble au sein du Groupement Hospitalier Aube-Marne (GHAM).

De ce fait, lors du premier semestre 2003, un projet médical commun a été élaboré, intégré au sein du Projet d'établissement du GHAM 2005-2009 puis entériné par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

La fusion, instrument de coopération le plus abouti, fut effective au premier janvier 2008, consacrant le GHAM en tant qu'établissement public de santé, situé dans le ressort du territoire de l'Aube, incluant le Sézannais, pour un bassin de population de 45 000 personnes environ.

Avec 645 effectifs, les diverses activités de soins et médico-techniques, représentant 546 lits, 12 places d'Hospitalisation à Domicile (HAD), 90 places de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), sont réparties entre les 3 sites, comme suit :

- ROMILLY-SUR-SEINE : court séjour, hébergement, plateau technique, Unité Transversale d'Education du Patient (UTEP), HAD, SSIAD ;
- SEZANNE : court séjour, Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), hébergement, antenne de Service Mobile des Urgences Relatives (SMUR) du Centre Hospitalier d'EPERNAY;
- NOGENT-SUR-SEINE : court séjour, SSR, Unité de Soins de Longue Durée (USLD) Soins Médicaux et Techniques Importants (SMTI), hébergement.

Dans le cadre de la gouvernance, trois pôles ont été installés (Urgences-méxico-techniques-maternité, médecine spécialisée-gériatrie et support aux soins (administration, logistique et technique)).

S'agissant des fonctions managériales, une déclinaison a été maintenue sur chaque site. Ainsi, la Direction Générale est située sur le Centre Hospitalier de ROMILLY, ainsi que les directions fonctionnelles relatives aux Ressources Humaines, Affaires Médicales, Affaires

Générales – Système d'Information- Qualité- Communication et la Direction des soins. Le site de SEZANNE accueille la Direction des Affaires Financières dont la responsable assume également la gestion de l'établissement, par délégation de la Directrice. L'hôpital de NOGENT-SUR-SEINE, regroupe, quant à lui, la direction fonctionnelle des Services Economiques et Logistiques, également par délégation.

Par ailleurs, le GHAM est membre du GIE Scanner ROMILLY, constitué avec la clinique du Pays de Seine appartenant au Groupe VITALIA, pour le fonctionnement d'un scanographe à utilisation médicale. Il dispose également d'une coopération avec la clinique privée, installée dans ses locaux pour la réalisation de l'activité chirurgicale et le partage du plateau technique notamment pour les césariennes, les endoscopies et la stérilisation.

Néanmoins, si elles présentent des objectifs d'amélioration, tant dans les pratiques, les prises en charge qu'en optimisation économique, et sont étayées de guides méthodologiques à l'instar de ceux de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)¹⁰ ou de la FHF¹¹, il n'en demeure pas moins que les opérations de coopération engendrent une confrontation des historiques et des organisations de chaque structure.

Face aux obligations de rationalisation, d'efficience et d'évaluation, comment les établissements abordent cette pluralité de figures? Comment la question du changement est intégrée? Quels sont les éléments et les moyens qui permettent l'adhésion des professionnels puis le développement d'une culture partagée?.

Aussi, à travers l'exemple du GHAM, établissement multi-sites issu de la fusion de trois structures dont les pôles sont distants de 20 à 30 kilomètres chacun et positionnés dans deux départements différents (le nord de l'Aube et le sud de la Marne), il est possible de s'interroger sur la question suivante : **en quoi une fusion d'établissements influe-t-elle les phénomènes d'acculturation ?**

Face à cette problématique, les hypothèses pouvant être alors formulées sont les suivantes :

- parce qu'elle repose sur une gouvernance commune ? : *positionnement de la direction générale et des directions fonctionnelles, organisation d'instances et d'un projet d'établissement communs, mise en place de pôles multi-sites et multi-activités ;*

¹⁰ ANAP – MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE – DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, 90p.

¹¹ FEDERATION HOSPITALIERE DE France, 2011, *Boite à outils des coopérations*, 24p.

- parce qu'elle vise un décloisonnement des unités, services et sites au profit de la mise en place des filières de soins pour une meilleure efficacité ? : *formalisation d'un projet médical, existence de filières de soins transversales et inter-sites ;*
- parce qu'elle améliore les prises en charges et la satisfaction des usagers? : *instauration d'équipes partagées par une mutualisation des effectifs (personnels médicaux et paramédicaux) et des équipements entre les services et sites, harmonisation des pratiques, confrontation et partage des pratiques professionnelles, professionnalisation des acteurs.*

Afin de conduire cette étude, ma réflexion s'est basée sur l'exemple significatif du GHAM. Les informations que j'avais à recueillir concernaient notamment l'historique de la fusion et les avis quant à cette décision, les éléments relatifs aux organisations en place et aux projets, le sentiment d'appartenance à la nouvelle structure et son évolution dans le temps, ainsi que les avis concernant le positionnement de l'établissement dans son territoire et la mise en œuvre des Communautés Hospitalières de Territoire. Concomitamment à ma présence, un élément de contexte intéressant fut la préparation et l'élaboration du premier projet d'établissement post-fusion.

De ce fait, les démarches d'investigation ont consisté à la consultation des documents institutionnels, la participation à des réunions pluri-professionnelles y compris les directoires, instances, groupes de travail sur l'élaboration du projet d'établissement et du projet social.

De même, des entretiens ont été conduits sur la base de questionnaires semi-directifs organisés sur la base du modèle de SWOT, acronyme des termes anglais Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités) et Threats (menaces). Toutes les conversations ont été retranscrites en intégralité afin de pouvoir être reprises ultérieurement.

Ainsi, 21 personnes ont été rencontrées, soit 14 professionnels de santé (directeurs, président de la CME, praticien hospitaliers, cadres de santé, représentants du personnel), 4 représentants des usagers (2 membres de la Commission de Relation avec les Usagers et Qualité de la Prise en Charge - CRUQPC, 2 membres du Conseil de la Vie Sociale - CVS), la présidente du Conseil de surveillance, le Directeur de l'offre de soins de l'ARS Champagne Ardenne, et un sociologue.

La résultante de mon travail s'articule en trois parties.

Après avoir dépeint les diverses étapes de la construction d'une culture partagée et les mécanismes afférents (première partie), je procèderais à une analyse de l'établissement et du bilan de sa fusion, permettant de décliner les différents éléments constitutifs et significatifs de l'acculturation au sein du GHAM (deuxième partie). Ce retour d'expériences m'amènera à dégager les lignes directrices fortes pour la conduite des projets de coopération et de repérer les éventuelles lacunes et écueils à éviter, notamment dans la perspective de l'instauration des futures Communautés Hospitalières de Territoire (troisième partie).

1 Les phénomènes d'acculturation face à la recherche d'efficience : une approche sociologique de la dynamique du changement

Depuis les années 1970, le milieu de la santé tend à être soumis au même faisceau de contraintes exogènes que les secteurs relevant des champs de l'entreprise ou des administrations publiques, à savoir la nécessité de rationaliser les fonctions et les moyens, de gagner en transparence et d'être en mesure d'évaluer.

Pour autant, l'intégration de ses principes et la manière dont ces changements prennent corps dans les divers systèmes ne sont pas homogènes ; les manières de manager le changement, de le diffuser et la façon dont les acteurs se l'approprient relèvent d'une pluralité de figures et conditionnent l'impact sur les pratiques professionnelles¹².

Dans ce contexte, l'approche sociologique permet de décrypter les problématiques relevant du changement et de proposer des grilles de lecture, véritables préalables à la réussite de toute coopération.

1.1 Un cadre conceptuel évolutif et illustrant les dynamiques de la résistance au changement

1.1.1 Une définition contemporaine des contextes économiques et sociaux

Lors de la mise en contact de deux groupes d'individus ou entités différentes, dans le cadre de regroupement, réunions, collaboration ou coopération, des modifications de leurs représentations respectives sont engendrées, notamment en regard de leurs modèles culturels, de l'un envers l'autre. Ce phénomène est reconnu sous le vocable d'acculturation.

Selon la définition du LAROUSSE¹³, l'acculturation se définit comme la : « *modification des modèles culturels de base de deux ou plusieurs groupes d'individus, de deux ou plusieurs ethnies distinctes, résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes. Adaptation d'un individu ou d'un groupe à la culture environnante* ».

¹² TRAVERSAZ F, 2010, ANFH, *Les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont-ils des lieux d'innovations ?* Conférence régionale Champagne Ardenne, 25 novembre 2010, Reims.

¹³ Dictionnaire LAROUSSE. Disponible sur le site internet : <http://www.larousse.fr>

En sociologie, ce mouvement se définit comme le « *processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit* »¹⁴.

Ce processus revêt une pluralité de variantes. Certaines s'apparentent à des mouvements positifs tels l'assimilation, correspondant à la disparition totale de la culture d'un groupe qui assimile et intériorise la culture de l'autre groupe avec lequel il est en contact, la synchrétisation qui désigne la combinaison entre la culture d'origine et la nouvelle, forme de métissage culturel, ou encore le multiculturalisme qui relève de la cohabitation de plusieurs cultures sans qu'il y ait de combinaison ou d'assimilation. A *contrario*, la contre-acculturation est le rejet et le refus de la nouvelle culture et donc, le retour à la culture d'origine.

Le terme d'acculturation, apparu en 1880 pour désigner les « *transformations des modes de vie et de pensée des immigrants au contact de la société américaine* »¹⁵, fut, par la suite, généralisé à l'ensemble des cultures et des rapports sociaux. Plus particulièrement, il a pris son essor au siècle des Lumières, imprégné de la notion de progrès, de changement et de promesses d'un monde meilleur visant alors à se défaire des principes et de la tradition posés en gage de l'efficacité et de l'harmonie entre les hommes, en s'inscrivant dans des processus de transformations.

A partir des années 1945, les sociétés occidentales se sont caractérisées par leur capacité à s'auto-transformer à travers un travail porté par les mouvements sociaux et les associations. Il s'agissait alors de processus de transformation, non pas marqués par des ruptures ou des révolutions, mais par une capacité endogène à tenir compte des aspirations contemporaines portées par les individus et par les logiques de marché. La modernité actuelle érige le changement de plus en plus comme un dogme, une forme de nouvelle icône : le changement serait par nature positif.

Aujourd'hui, le changement est perçu comme un facteur de progrès social et économique, nécessaire au développement de l'homme.

La résistance au changement, quant à elle, est perçue comme une chose à combattre et s'accompagne souvent de stigmatisations ou d'*a priori* négatifs – par exemple, le fait que certaines personnes plus anciennes ont tendance à moins s'adapter ou résister aux changements des organisations.

Face à ces discours, il est nécessaire de s'interroger sur leurs fondements et l'impact de la société elle-même.

¹⁴ L'encyclopédie libre Wikipédia. Disponible sur le site internet <https://fr.wikipedia.org>

¹⁵ ibidem

1.1.2 Un changement induit par les évolutions sociétales

Il est notable que les processus de transformation se sont intensifiés ces dernières décennies. La modification de l'économie, sa mondialisation, et son désencastrement par rapport aux domaines politique et social, ont principalement concouru à ce phénomène.

Concomitamment, les évolutions des mœurs sociétales, depuis les années 1960, et plus particulièrement, l'avènement de l'individualisation ont conduit à une radicalisation des transformations. Le passage au statut de « sujet-roi » et à la décollectivisation tendent les individus contemporains à être de plus en plus centrés sur eux-mêmes, à se réclamer et vouloir être reconnus pour ce qu'ils sont et d'être servis au regard de leurs attentes les plus singulières. Le milieu hospitalier n'échappe pas à ces évolutions. Ainsi, force est de constater que l'utilisateur d'aujourd'hui est bien différent de celui qu'il a été ; il est de moins en moins passif et de plus en plus impliqué dans la décision médicale.

Les étapes de conduite du changement s'échelonnent de plusieurs idées reçues ; à l'image de ce que Norbert ALTER a nommé « *les inventions dogmatiques* »¹⁶.

Ainsi, il est possible d'en dégager trois principales, déclinées ci-après :

- La première est celle de l'appropriation cognitive. Elle se fonde sur le fait que pour changer et, accompagner la transformation, il suffit d'expliquer correctement aux individus les raisons que l'organisation, ou eux-mêmes, ont à changer. Cet *a priori* se réduit alors à un problème de connaissance ou d'accès à l'information. Il a donné lieu au développement d'unités ou d'organisations spécialisées dans la communication, le management ou le marketing, dans certaines entreprises. A cette image, de nombreux prestataires ou consultants interviennent pour accompagner et soutenir le changement. De même, un grand nombre de structures hospitalières disposent dorénavant de directions fonctionnelles de la stratégie ou de la communication. Néanmoins, il peut paraître abscons de limiter le changement à une simple problématique de compréhension de ce qu'il faut faire et des attentes afférentes ;
- La seconde est celle de l'essaimage. Basée sur une métaphore médicale, elle suppose le fait que l'introduction d'un « corps étranger » dans un « corps sain » induira une adaptation ou une transformation de celui-ci. Sur ce principe, le recrutement de jeunes individus dans une entreprise occasionnerait une modification des organisations. Dans cette continuité d'idée, l'intégration de nouvelles compétences ou de références culturelles, aboutirait alors à coloniser le système et le transformer. Cependant, cette thèse ne résiste pas à certains

¹⁶ ALTER N., 2000, *L'innovation ordinaire*, Paris : Presses Universitaires de France, 270p.

retours d'expérience révélant que les jeunes recrues d'une communauté, ou unité, ont plus tendance à s'y dissoudre, sous la pression des fonctionnements, qu'à les transformer ;

- La troisième est celle de la coercition ou du rouleau compresseur. Fréquente, elle dispose que le changement doit être précédé d'une modification des règles de l'organisation, et être marqué par une rupture. Le postulat vise à contraindre le système, pour que les acteurs ou les salariés finissent par se résoudre et s'approprient le nouveau fonctionnement. Or, un des enjeux stratégiques du management est de réussir à convaincre et à faire adhérer les individus, à tout projet, objectif ou changement. Ceci *via* un processus, plus ou moins long, de discussions, échanges et arguments, de manière à ce que l'imprégnation et la diffusion se fassent. Pour ce faire, il est primordial de donner du sens, et que celui-ci soit général, approprié par les équipes, voire modelé de façon consensuelle. Pourtant, dans cette troisième acception, le sens n'est pas partagé mais plutôt différencié et orienté au niveau de chaque manager, conduisant à une dispersion marquée dans la structure et pouvant aboutir à des situations de crises assez prégnantes.

Par conséquent, la manière dont les acteurs se saisissent du changement est primordiale. Ainsi, les sociologues résument la conduite du changement pour les individus à la réponse à deux questions : celle de la compréhension et celle de la dynamique de co-construction. Ces dimensions sont particulièrement prégnantes dans le cadre des coopérations.

1.2 Un vade-mecum en vue de la réussite des opérations de coopération

1.2.1 Les principaux pivots de la coopération

Les bases de la coopération, soit le fait de travailler ensemble, reposent sur trois fondements principaux, à savoir :

- les règles et l'organisation des dispositifs de gestion. De nos jours, les fonctionnements sont soumis à des exigences de normalisation accrues. Ressenties comme de la « bureaucratisation », elles imposent notamment la formalisation généralisée de procédures, ainsi que l'évaluation de leur respect.

Il est possible de citer en exemple, les démarches de certification ou d'inspection/contrôle, dans les établissements ;

- les métiers et la manière de les pratiquer : ce point est profondément impacté par les modifications contemporaines. Ces derniers ont fait émerger de nouvelles compétences et de nouveaux métiers, mais ont également modifié la manière dont ces métiers sont reconnus et gérés. En effet, à travers l'individualisation de la gestion des compétences, la modification de certains repères et des modalités de gestion des carrières, les métiers sont amenés à traverser des modifications substantielles ;
- la culture, les valeurs et les représentations du projet. Tout l'enjeu dans les processus de changement est alors de parvenir à élaborer des compromis entre les représentations culturelles qui semblent de plus en plus clivées, les cultures de métiers pouvant apparaître de type corporatiste au sens sociologique du terme, et une nouvelle culture qui tente de se diffuser et de correspondre au référentiel managérial contemporain. Pour autant, bien que cela puisse paraître évident en théorie ; dans la réalité, cette mise en œuvre n'est pas aussi aisée, ni évidente, notamment du fait de la confrontation des conceptions et cultures.

En regard de ces principes, les notions de compréhension et de dynamique de coopération sont fondamentales.

En effet, il est impératif que les individus comprennent le sens pour adhérer et s'approprier le changement. La plupart des structures actuelles se distinguent par leur niveau de technologie sophistiquée ou de procéduralisation avancée. Pour autant, la pédagogie, et son besoin, ne doivent pas être sous-estimés, et sont prépondérants, particulièrement lors des opérations de coopération.

Chaque professionnel se représente avec une culture, une déontologie, une idéologie et un attachement fort à certaines valeurs et principes. Lorsqu'il se trouve confronté à une demande de changement, il s'interroge alors sur son intérêt à le faire, ce qu'il va y perdre ou y gagner et si cette modification va correspondre à ses valeurs ou au sens qu'il donne à son métier et à son engagement.

Si les réponses à ses interrogations sont négatives, et que le professionnel n'arrive pas à envisager un compromis entre les intérêts divergents, l'adhésion au changement sera vaine, voire pourra déclencher un rejet total.

Tout l'enjeu consiste donc à parvenir à une situation de type « gagnant/gagnant » et d'être en mesure d'élaborer une stratégie d'acteurs où chacun dispose d'intérêts de pouvoirs différents. En ce sens, il est indispensable de former les managers au changement, mais également les salariés, qui le subissent.

La deuxième notion renvoie, quant à elle, à la capacité de co-construction, soit d'être en capacité de produire un projet de transformation correspondant aux cultures en présence et aux modes d'engagement subjectif des acteurs dans le système.

Pour autant, la coopération, tout comme le changement, ne se décrètent pas et peuvent s'apparenter à des énigmes. En effet, comment expliquer que, dans deux établissements qui ont les mêmes contraintes, les mêmes qualifications et les mêmes projets d'établissement, il est possible de se retrouver dans une situation avec une capacité collective forte, un esprit d'équipe, une volonté à innover, à rendre un service sur mesure, ou, au contraire, de se retrouver dans des tensions, des replis personnels, dans des malaises et des souffrances ?.

Dans ce domaine, la sociologie des organisations à repérer cinq façons de faire société au travail, ou cinq manières de coopérer, notamment dans le chapitre 4 de *l'Acteur et le système*, de Michel CROZIER et Ehrard FRIEDBERG¹⁷.

Il semble évident qu'une coopération a d'autant plus de chance d'aboutir dès lors qu'elle s'organise entre des personnes ayant, ou ayant fait l'objet, d'une même socialisation professionnelle. Aussi, même si la socialisation est distincte, par exemple, entre des médecins ou des infirmières, ou toute autre spécialité, la coopération sera plus favorisée du fait qu'elle s'attache à une conception proche du métier, de l'intérêt du patient, de l'éthique autour des pratiques professionnelles. Ces similitudes permettent d'engendrer des dynamiques productives de coopération.

Pour autant, si une socialisation similaire ou une culture partagée peuvent être le terreau fertile d'une coopération, elles ne sont néanmoins pas suffisantes. En effet, certains rapports de domination peuvent persister au sein d'une profession, ou entre profession, et influencer sur les dynamiques engagées ; de même, lors d'opération de coopération avec des personnes étrangères ou porteuses d'un autre processus de socialisation.

Sur la base des études de Renaud SAINSAULIEU dans *les mondes sociaux de l'entreprise*¹⁸, il est possible de conduire une analyse du niveau de culture en place dans les organisations affectées par les problématiques de transformation.

Ainsi, cinq types différents existent, en fonction du lien social présent, et sont présentés ci après :

¹⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, réédition 1992, Seuil, collection « points essais », 500p.

¹⁸ FRANCFORT I./ *Les mondes sociaux de l'entreprise*, 1997, Edition Desclée de Brouwer, 612 p.

- la culture partagée : réel ciment de la coopération, elle désigne un ensemble de valeurs, de représentations. Ces dernières étant intégrées consensuellement, elle n'a pas nécessairement besoin de règles ou de procédures pour que les individus la comprennent et s'entendent. Cette compréhension est rendue possible du fait du partage d'un même modèle de valeurs constituant une culture. Pour autant, cette dernière ne doit pas être opposée aux règles, relevant en ce sens de la bureaucratie où l'enjeu est alors de respecter les procédures et les règles édictées et fondées sur la discipline ;
- le changement : cet axe se situe entre des schémas très stabilisés, sans modification, jusqu'à ceux concernés par des processus de transformation radicale. Entre ces deux types se trouvent du changement, de l'innovation, des capacités à s'ajuster à de nouveaux éléments mais sans jamais transformer radicalement les modes d'organisation, les cultures et les métiers. Actuellement, en regard du contexte socio-économique, les structures se situent majoritairement dans des configurations où la culture, les règles et les métiers ont été touchés ;
- la communauté : ce modèle est proche du « monde originel » du secteur social. Il se caractérise par une faible présence de règles ou de formalisation. Très souvent, les structures correspondantes sont faiblement hiérarchisées, et se retrouvent autour d'une figure emblématique, d'un être charismatique ou d'un patron. Les relations sont marquées par une forte proximité sociale, tant sur le lieu professionnel qu'en dehors. Dans ces établissements, la stratégie de croissance intègre énormément les facteurs sociaux ; ainsi les questions relevant de l'employabilité, de la préservation de l'emploi dans le pays, du respect de la culture locale participent à la stratégie de gouvernance de ses dirigeants. Tous ces éléments engendrent une forte cohésion au sein de la communauté entre ses membres. Cependant, ces univers sont très sélectifs et tendent à freiner l'intégration des personnes « étrangères » à la communauté. Aussi, loin d'être des « paradis perdus », ces sociétés ne savent pas gérer des modes de développement exponentiel, et par conséquent, la croissance. En effet, cette dernière suppose de hiérarchiser, de mettre en place des règles pour pouvoir mieux contrôler les choses. Cet état de fait a alors tendance à les précipiter dans une situation de crise, dans un premier temps, suite aux constats tels « *ce n'est plus comme avant* », « *on ne voit plus les chefs* », « *ce n'est plus la même qualité* », « *il faut faire du reporting* », entre autres¹⁹ ;

¹⁹ TRAVERSAZ F, 2010, ANFH, *Les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont-ils des lieux d'innovations ?* Conférence régionale Champagne Ardenne, 25 novembre 2010, Reims.

- la bureaucratie : ce modèle apparaît à l'opposé de la communauté, au sens sociologique du terme. Il renvoie à toutes les structures d'Etat accueillant des publics, tels les centres des impôts et les préfectures, regroupées sous le vocable de « bureaucraties ouvertes ». A compter des années 1980, ces bureaucraties ont été confrontées à l'enjeu de proposer un accueil de qualité aux usagers, et d'instaurer des guichets. Pour cela, elles ont dû développer des services sur-mesure, alors que leurs fondements reposaient principalement sur des approches basées sur la masse et les standards. Dans ces univers reposant sur de nombreuses règles, le principe est de traiter de la généralité, de l'universalité. Le grand défi posé aux bureaucraties contemporaines françaises a été d'être en mesure de mettre en place une écoute client et une qualité de services ;
- la dualité : ce schéma représente des mondes clivants, où l'autre est vécu comme dangereux. Ces univers renvoient au modèle du taylorisme. Il est possible de citer comme exemples les entreprises de la grande distribution, les centres d'appel mais aussi les établissements ayant été soumis à des processus de fusion qui se sont traduits par un choc culturel. Dans ces cas, les représentations selon lesquelles l'autre n'est pas moderne, ou participatif, sont fréquentes et se traduisent par des remarques marquant ces antagonismes ou divergences. Ces mondes sont fondés sur l'évitement ou le conflit permanent.

1.2.2 Analyse du processus de transformation et caractérisation de la crise

En regard des différents modèles présentés *supra*, il est intéressant de s'interroger sur le niveau de transformation atteint et de repérer, dans le cadre des opérations de coopération, le cas échéant, si les établissements se situent en stade de crise ou de modernisation.

Dans les deux cas, les structures se trouvent confrontées à des processus de transformation radicale. Les organisations sont alors soumises à un environnement totalement nouveau. Ce dernier se caractérise par des pressions et des attentes originales en termes d'économie, de nouveaux objectifs, ou encore dû à l'arrivée d'un concurrent obligeant alors l'entreprise à revisiter totalement son fonctionnement et ses organisations.

En préalable, s'opère systématiquement une « crise inaugurale » au cours de laquelle le changement est imposé, à l'image de « demain ne sera plus comme avant, il faut changer ». Cet impératif peut être la résultante d'un nouveau texte ou d'une nouvelle contrainte normative, par exemple. Par la suite, le passage à un stade de modernisation,

étayé d'une acculturation, ou à un stade de crise dépendra principalement de la façon dont le changement sera conduit au sein de la structure et auprès des acteurs.

La crise se caractérise par des difficultés patentes à générer les apprentissages espérés du point de vue des individus. Cela ne prend pas du fait de cette absence d'apprentissage, d'où de nombreux dysfonctionnements. Par ailleurs, il est également possible de repérer une crise à l'aune de ses symptômes sociaux, soit sur la base des discours relatant une perte de repère collective, une perte de sens, un malaise ou encore un sentiment d'incertitude radical. Les individus se sentent perdus, et ne reconnaissent plus le sens de leur métier, ni les directions prises. C'est finalement, pour reprendre un mot de Georges BALANDIER « *un monde où le social est sans fin à la recherche de son unification, de son unité perdue* »²⁰. Si les acteurs n'y parviennent pas, la crise peut alors perdurer.

Fréquemment, la crise apparaît sur une prise de décision étayée par un discours où le changement n'est pas incarné paraissant s'auto suffire, sans explications concrètes, et justifié d'obligations.

Cette façon de procéder s'apparente au management dit « de la peur ». Dans ce cas, de l'incertitude est créée et les nouvelles contraintes présentées n'apportent pas de réponse permettant aux individus de se projeter. Ceux-ci auront tendance à se répartir en trois catégories distinctes²¹ :

- ceux prenant au sérieux la nécessité de changer : ces personnes ont tendance à respecter les liens hiérarchiques « si les chefs disent que l'environnement bouge, il faut changer ». Elles auront à cœur d'essayer de donner un sens, non transmis par leurs supérieurs, et de tenter d'innover ou de faire avancer les choses, avec leurs collègues au sein de leur service. Ce comportement risque cependant, à l'épreuve du temps, de les épuiser et de les démotiver ;
- ceux campant sur leurs acquis : dans la mesure où elles ne comprennent pas les tenants et les aboutissants, ces personnes auront tendance à reproduire ce qu'elles savent faire et maîtrisent. Ce comportement rationnel est néanmoins peu favorable à toute évolution ;

²⁰ BALANDIER G., juillet-décembre 1971, « réflexion sur une anthropologie de la modernité », *Cahiers internationaux de sociologie*, pp. 197-211

²¹ TRAVERSAZ F, 2010, ANFH, *Les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont-ils des lieux d'innovations ?* Conférence régionale Champagne Ardenne, 25 novembre 2010, Reims.

- ceux restant en position d'attente : ces personnes s'attèlent souvent à jouer un double jeu où, bien qu'elles donnent le change dans les espaces collectifs, en soutenant le changement, elles maintiendront pour autant leurs pratiques anciennes. Cette position est la plus compliquée à manager.

Dans ces mondes, les individus, ne se sentant plus reconnus par l'institution, ses dispositifs et ses nouvelles attentes, vont tendre à chercher des espaces de reconnaissance afin de pouvoir encaisser la crise et ses situations contiguës. Ces derniers s'opèrent la plupart du temps entre collègues, ou de plus en plus fortement auprès du lien avec l'utilisateur. Le patient est le dernier support qui donne un sens au travail. Cela devient précieux de pouvoir préserver cette relation-là.

Parallèlement, les acteurs peuvent mettre en œuvre des stratégies de préservation identitaire « je me replis sur mon rôle. Je suis dans la grève du zèle, je fais le minimum, je fais ce qu'on attend de moi mais pas plus. ». Or, dans le milieu hospitalier où les professionnels sont inscrits dans des relations de services, le travail envers autrui, l'action de se désengager subjectivement et d'ignorer l'intérêt du patient ou du résident est très coûteux et difficile.

Cette solution peut toutefois apparaître comme la seule voie de survie, et s'accompagne d'un réinvestissement de la sphère privée. « Puisque le travail n'est plus un lieu où je peux me réaliser, où je suis reconnu, la sphère privée devient de plus en plus fondamentale. ». Cependant, lorsqu'à son tour la sphère privée s'effondre, la personne risque alors d'entrer dans un schéma mortifère, à l'instar, entre autres, des épisodes récents médiatisés tels ceux de France Télécom.

Il apparaît donc impératif de ne pas tomber dans le piège des stratégies de modernisation de type rouleau compresseur présentées précédemment, qui sont trop sélectives. En effet, lors des transformations de système, un soutien important est réalisé auprès des nouveaux métiers et compétences, au détriment des anciens métiers, souvent premiers menacés au fronton des changements.

La réussite d'une transformation, d'un changement est nécessairement multidimensionnelle. Ainsi, pour qu'une coopération aboutisse, elle doit s'accompagner d'un propos et d'une capacité de projection à l'attention de tous les métiers, même ceux les plus menacés. Cet effet de masse est le nœud gordien de l'opération.

Pour ce faire, le maillon d'appui stratégique est la hiérarchie intermédiaire. C'est elle qui met de l'huile dans les rouages, qui va faire remonter les difficultés et/ou les innovations. Il faut donc investir sur les niveaux intermédiaires et surtout ne pas les supprimer.

Malgré tout, un changement réussi reste indéterminé et s'apparente à une expérimentation en elle-même. Il appartient aux managers de poser des objectifs à atteindre et un cadre dans lequel circuler, sans toutefois prédisposer du moindre détail.

Parallèlement à la contractualisation du changement et des nouvelles organisations rattachées, il faut laisser la possibilité aux individus de s'en saisir et de le travailler. Une solution réside dans le fait de laisser du temps, en expérimentant par exemple une nouvelle organisation de travail sur une période donnée. Le rôle des managers est alors primordial, notamment dans l'animation et les retours d'information auprès de la direction. A l'issue de l'essai, un bilan permettra de statuer sur la fonctionnalité et l'efficacité et de décider de l'institutionnalisation éventuelle.

Cette façon de procéder permet aux individus de se sentir reconnus par l'institution, mais surtout acteurs du changement, réel gage de réussite dans une coopération, et signe d'un ancrage d'une culture partagée.

2 Les changements culturels lors des opérations de coopération : une approche terrain à travers l'analyse à 3 ans d'une fusion

Si les actions de coopération peuvent s'acter administrativement entre les différentes structures, elles ne se décrètent pas systématiquement entre les acteurs.

Ainsi, selon Philippe BERNOUX « *le changement dans une organisation, qu'il vienne des mouvements de la société (élévation du niveau des connaissances, transformation des rapports d'autorité, etc.), de contraintes externes (concurrence, innovations, technologies, etc.), qu'il soit impulsé par la hiérarchie ou par la direction, est un apprentissage de nouvelles manières de faire, de nouvelles règles. Qu'il soit imposé d'en haut, ou de l'extérieur, qu'il soit le résultat de conflits sociaux, il ne peut avoir lieu que s'il y a construction de nouvelles relations. Il est un apprentissage par assimilation de nouvelles régulations, c'est-à-dire de règles au sens large* »²².

2.1 L'instauration d'une nouvelle gouvernance en vue d'un meilleur positionnement sur le territoire de santé

2.1.1 Une impérative nécessité : donner du sens

Les principaux fondements d'une opération de coopération réussie passent par une dynamique du changement portée par les dirigeants des structures, et son appui par des documents institutionnels autour desquels les acteurs et professionnels de santé peuvent se fédérer.

Véritable clé de voûte des organisations, le projet d'établissement est un outil déterminant tant dans la définition des orientations pluriannuelles des structures que dans son positionnement et les projets afférents auprès de son territoire et de son bassin de population. Il fixe, sur la base d'un bilan, le cadrage des activités et les organisations sur une période quinquennale.

Fer de lance du projet d'établissement, le projet médical vise la recherche d'efficience, *via*, entre autres, la mutualisation des ressources humaines et techniques.

Il synthétise l'ensemble des orientations stratégiques, la mise en œuvre et les moyens alloués aux prises en charge des usagers et des résidents.

²² BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, nouvelle édition 2010, Paris : Seuil, collection Points essais, 368 p.

En 2008, au sein du GHAM, le projet d'établissement a été le premier élément constitutif de la fusion. A cette époque, la volonté prépondérante se refusait à « forcer » l'adhésion au regroupement et que les structures puissent avoir le sentiment d'être phagocytées par une autre. Aussi, le document institutionnel s'est limité à pérenniser les organisations en place et le maintien des filières et des activités par sites.

Toutefois, si ce choix a, certes, permis de garantir un bon climat social, il n'a toutefois pas favorisé l'instauration de la fusion. En effet, selon l'avis du Président de la CME, lors du bilan de cette période, cette organisation n'a pas permis de structurer des filières, dans la mesure où chacun était « resté chez soi », ni de dépasser les clivages personnels.

Par conséquent, en 2010, à l'issue du projet d'établissement précédent, une réactualisation a été opérée, avec l'appui d'un prestataire externe. Cette intervention a permis à l'établissement de disposer d'un « état des lieux connu mais pas forcément reconnu », selon une cadre supérieure de santé, et de porter un regard extérieur sur les situations, permettant, selon le Président de la CME de « libérer les paroles et de permettre à chacun d'assumer ses responsabilités ». Forte de cette résolution, la communauté médicale a ainsi décidé de mutualiser les existants et de définir les organisations en les adaptant à la taille de l'établissement.

Cette formalisation du projet médical, et par extension du projet d'établissement, les établit comme les fondements institutionnels. Ils favorisent ainsi la concrétisation de la fusion, et plus particulièrement la représentation du GHAM au sein de son territoire.

Ces nouveaux dimensionnements et positionnements, grâce à l'accession d'une taille critique pour l'établissement, ont également permis d'envisager la réorganisation des filières de soins, et leur répartition entre les trois structures.

Si l'impact des restructurations a été inexistant sur l'activité de la maternité, il a cependant été plus important pour les activités de médecine, urgence et la filière gériatrique.

En effet, les services de médecine à orientation cardiologique, ainsi que le secteur des Urgences, ont bénéficié de capacités de recrutement des patients et d'hébergement accrues, *via* la possibilité de disposer de lits d'aval supplémentaires sur les sites annexes, permettant de meilleures prises en charge et orientations des patients.

La filière gériatrique, quant à elle, a vu ses activités maintenues, voire complétées et confortées, avec notamment un élargissement de son panel par l'ouverture d'un SMTI et d'un Court Séjour Gériatrique (CSG). Un projet de Pole d'Activité de Soins Alzheimer (PASA) a été envisagé, et est actuellement en cours de demande d'autorisation.

Pour autant, le fonctionnement effectif et efficace requiert une adhésion et une coordination des professionnels entre les structures. Les mutations de patients inter sites doivent faire l'objet d'informations et de concertations préalables ; en aucun cas, elles ne

doivent être assimilées à d'éventuelles « *solutions de facilité* », ni léser les résidants du GHAM, comme peuvent le regretter quelques fois certains praticiens hospitaliers.

Ces difficultés nécessitent une meilleure communication entre les professionnels.

L'instauration d'une commission d'admission pourrait éventuellement permettre, sur la base de critères d'affectation, préalablement définis par consensus, d'organiser conjointement les mouvements et de valider les orientations des patients entre les structures.

Cette structuration des activités et des filières de soins s'appuie parallèlement à la mise en place des pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Ces derniers, instaurés par l'ordonnance du 2 mai 2005²³, et renforcés par la Loi HPST, sont « *les lieux de proposition et de mise en œuvre des stratégies médicales, et donc de management des équipes soignantes* »²⁴. Les pôles, soumis à la validation du directeur et aux avis du directoire et du Président de la CME, s'articulent autour d'un chef de pôle, investi d'une réelle autorité, notamment managériale, avec la possibilité d'une délégation de signature, et, le cas échéant, d'un cadre de pôle et d'un administrateur. Cette nouvelle responsabilisation est soumise à une démarche de contractualisation interne qui valide et définit des objectifs et engagements, *via* les contrats de pôles.

Bien qu'ils n'aient jusqu'alors pas réellement fonctionné, la formalisation du nouveau projet d'établissement est venue conforter les pôles, et leurs assises, au sein du GHAM. La démarche de contractualisation afférente finalisera prochainement le dispositif engagé.

Concomitamment à l'organisation des pôles, leurs responsables, tant médicaux que soignants, ont pu être validés et confortés dans leurs missions et fonctions. Ce soutien a été étayé d'un positionnement institutionnel et d'une communication *ad hoc* au sein de l'établissement. Ces actions ont alors favorisé les interventions des cadres de pôles et appuyé l'effectivité de la fusion. Leurs ressentis sont, en ce sens, positifs ; leur légitimité leur ayant permis d'organiser des visites et des échanges avec les différents professionnels, et ainsi de développer une meilleure coordination entre les trois structures. Ainsi, à l'exemple d'un cadre de pôle « *avec la réorganisation des pôles, on sait à présent « qui fait quoi », à qui se référer. Cette logique a rassuré certains cadres et arrangé d'autres. Cette réorganisation va aussi aider à améliorer toutes les pratiques* ».

Au travers des exemples *supra*, l'appui et la source à l'initiative du changement, par les responsables des structures apparaissent prépondérants. En effet, « *la question de la*

²³ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

²⁴ ANAP – MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, *La Loi HPST à l'hôpital – les clés pour comprendre*, pages 38-54

*conduite au changement et de sa réussite demande que l'équipe de direction, autour du chef d'établissement, en fasse une priorité et s'organise en conséquence (...) Il faut ajouter le rôle essentiel de responsables capables de constituer un point d'appui pour l'ensemble des forces vives de l'établissement et de conduire à leur terme les projets de modernisation décidés».*²⁵

Ainsi, si la fusion a permis de disposer d'une meilleure lisibilité en interne, elle a également favorisé sa visibilité en externe auprès des divers prestataires et des tutelles. De même, l'atteinte d'une taille critique a engendré un essor en terme d'activité et de gestion.

S'agissant des activités, l'élargissement de son périmètre d'intervention a permis une amélioration des recrutements et une réduction des taux de fuites. Ce point est particulièrement significatif au niveau de la maternité, dont l'activité a dépassé les 600 accouchements en 2010 (contre 576 en 2008), et des Urgences, *via* leur extension par le site de SEZANNE, pour lesquelles le nombre d'Accueil et Traitement des Urgences (ATU) est passé de 12852 en 2008 à 14259 en 2010.

Le passage à une dimension supérieure aboutit, de la même manière, à des gains de gestion et à des économies d'échelle. Par exemple, dans le cadre des passations de marchés publics, l'augmentation des quantités sollicitées, par le biais du regroupement et d'une homogénéisation des produits commandés sur les trois sites, permet de bénéficier de conditions avantageuses concernant les prix unitaires, auxquels n'auraient pas pu prétendre les structures si elles étaient restées seules. De même, ces recours facilitent l'acquisition de gammes de matériel supérieures, comme l'a signalé une cadre de santé, mettant à la disposition des agents « *du matériel sécurisé, bien et pratique* », ce qui a pour effets une amélioration de la qualité et de la sécurisation des prises en charge des patients.

Par ailleurs, l'effet de taille du GHAM influe aussi sur la gestion des ressources humaines, et plus particulièrement celle des carrières des agents et des recrutements.

En effet, le caractère multi sites de l'établissement augmente le panel de choix de services et favorise la réalisation de parcours professionnels diversifiés, enrichissant les carrières des professionnels le souhaitant, à l'instar d'une cadre de santé signalant que « *cela est une opportunité pour demander juste un changement de service ; et non d'établissement* ». Cette opportunité est d'ailleurs un argument non négligeable auprès des effectifs soignants infirmiers.

²⁵ CALMES G, LEFRANC L, 2000, « le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 », *Gestions hospitalières*, n°399, pp. 584-589

La mutualisation et le regroupement des structures ont également influé sur le recrutement de certains professionnels, notamment ceux disposant de compétences techniques spécialisées et particulières, et que les structures n'auraient pu envisager financer seules, telles, par exemple, les compétences en matière de comptabilité analytique, qualité - gestion des risques, voire même des postes de direction.

De plus, le facteur taille peut favoriser le recrutement de médecins, par leur intégration au sein d'une équipe plus importante et la possibilité de disposer de référents, limitant leur isolement. Ces actions ont entraîné la stabilité des structures, à l'image du site de NOGENT-SUR-SEINE, au sein duquel des praticiens hospitaliers ont pu être installés et pérennisés, en remplacement d'interventions ponctuelles et préalables de médecins libéraux, permettant ainsi une présence continue et, par conséquent, une amélioration des prises en charge des patients et résidants.

Tous ces éléments, tant organisationnels que structurels, dispensent au GHAM toute sa légitimité d'intervention. Cette dernière lui est dorénavant reconnue par l'ensemble de ses partenaires et l'ARS notamment.

Toutefois, cette intégration reste modérée auprès des autres structures de la région, voire des usagers eux-mêmes. Une explication tient, d'une part, au fait, selon la directrice du GHAM, de la terminologie elle-même « *la notion de groupement hospitalier est encore peu novatrice et ne fait pas beaucoup partie du paysage de la santé* », *a contrario* de celle de « centre hospitalier » et d'autre part, au maintien et à l'attachement fortement ancré des usagers à l'image de « leur hôpital ».

L'aspect communication apparaît donc primordial, auprès de l'ensemble des professionnels, des intervenants et des usagers, dans une telle opération de coopération. Pour ce faire, « *cette mission incombe principalement au directeur (...). Le rôle du directeur est de guider les professionnels, de les fédérer. Il doit faire preuve de pédagogie afin d'expliquer les raisons du projet, car une absence de réponse risque de conduire à des résistances, des crises. Les agents ont besoin de s'approprier le projet en comprenant l'intérêt d'une telle démarche, et c'est au directeur que revient cette mission de communication* ». ²⁶

C'est là tout l'enjeu des directeurs : être en mesure de concilier les obligations normatives, les moyens disponibles (tant financiers qu'humains) avec les historiques et les cultures existantes (tant des professionnels de santé que des usagers eux-mêmes).

²⁶ KAUFFMANN J., 2009, *Le partenariat inter-établissements : entre satisfaction des usagers et la viabilité économique d'un établissement. L'exemple de la résidence hospitalière de la Weiss à Kayzersberg*, filière DESSMS : EHESP, 59p.

2.1.2 Une obligation de prendre en compte les historiques et les cultures

Si la réussite d'un regroupement nécessite des cadres et projets formalisés, son enjeu est soumis à la convergence et à l'intégration des différences culturelles²⁷. En effet, une opération de restructuration induit une modification profonde des organisations et des rapports de pouvoirs existants. L'adhésion des professionnels est donc nécessaire puisqu'elle influe sur les pratiques et sous tend l'atteinte des objectifs et des projets exposés.

Il est donc indispensable que les acteurs en comprennent le sens et la dynamique afin d'éviter ou de palier toute situation de crise. Bien souvent, l'intégration au nouveau projet engendre des inquiétudes et une remise en cause, tant personnelle que relationnelle avec les autres, voire au sein de la structure elle-même. Ces craintes peuvent également s'accompagner d'un refus de l'« autre » et d'une peur de perdre son identité et d'être « phagocyté ».

De ce fait, une opération de coopération, ou de fusion, exige une préparation anticipée et construite, ainsi qu'une prise en compte des spécificités des organisations et des historiques des différentes structures.

En ce domaine, l'ensemble des professionnels rencontrés dresse un bilan mitigé, voire négatif, quant à l'annonce et la mise en œuvre de la fusion du GHAM, du fait, notamment, de lacunes et d'un défaut d'anticipation. De même, les divergences culturelles n'ont pas été suffisamment intégrées lors de la préparation du projet.

Ces divers éléments sont autant de freins à la consécration de la fusion et au développement d'une culture partagée.

De l'avis de la directrice « *on n'a absolument pas mesuré l'impact relatif au fait que les établissements soient dans des départements différents* ». En effet, le positionnement des trois structures sur deux départements distincts (l'Aube et la Marne), mais voisins, engendre des difficultés de gestion quotidienne. Ces dernières se traduisent par une multiplicité de partenaires et un dédoublement des discussions à conduire lors de l'initiation de projets. Si la Loi HPST et la régionalisation permettent dorénavant de n'avoir que l'ARS pour seul interlocuteur, il n'en demeure pas moins que l'établissement compose avec trois maires et deux Conseils Généraux différents. Cette pluralité s'avère complexe, notamment en regard de la gestion administrative où chacun sollicite des documents spécifiques, par exemple lors des appels à projets, renouvellement de convention tripartite ou demandes de subventions.

²⁷ CALMES G, LEFRANC L, 2000, « le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 », *Gestions hospitalières*, n°399, pp. 584-589

De même, la gestion des services d'hébergement est plus compliquée ; les tarifs attribués par les Conseils Généraux étant différents. Ceci rendant ultérieurement délicate la communication auprès des usagers et de leurs représentants, confrontés à la dualité d'une entité unique mais aux tarifs de prestations divergents, et plus particulièrement lors du recours à des mutations ou transferts d'un site à un autre.

Les usagers doivent donc être suffisamment et correctement informés quant à la situation de l'établissement et des projets afférents ; et ce d'autant qu'ils restent attachés à leurs habitudes et aux historiques, tant culturels que structurels.

Entre les deux départements de l'Aube et de la Marne, des considérations et ressentiments perdurent. Ces derniers sont véhiculés par les usagers et certains professionnels, et influent sur leurs comportements. Au travers des différents entretiens conduits, de multiples raisons ont été évoquées : historique et positionnement politique, richesse, culture, implantation médicale, image de marque des structures, préférence départementale, voire même, particularité géographique, le champagne.

L'un des facteurs principaux est « l'attachement de proximité » des usagers, voire de certains professionnels. Ce lien, probablement accentué par la prépondérance rurale du territoire, fait que les usagers fréquentent prioritairement leur département et restent fortement attachés à « leur hôpital » ; leurs déplacements vers des centres hospitaliers plus importants n'étant que marginaux ou contraints suite au défaut de spécialisations dans celui le plus proche. La proximité de la région Parisienne concourt également à certaines fuites.

Cette préférence départementale, si elle n'engendre que peu de difficultés pour les Nogentais et les Romillons du fait de leur même appartenance, reste plus marquée et conflictuelle pour les Sézannais, entraînant un rejet du GHAM. Ainsi, selon une représentante des usagers de SEZANNE, bien que la fusion ait permis le maintien de la structure, cette dernière était plutôt souhaitée avec l'établissement Marnais le plus proche, soit EPERNAY « *les gens restent attachés à EPERNAY : c'est dans la Marne – attendez, le 51 !. Les gens y allaient et y vont toujours. La directrice parle souvent de fuites : elles existent et c'est normal. Si vous voulez un dermato, vous allez à EPERNAY, REIMS ou CHALONS. C'est 51. Et pas du tout GHAM* ».

Ces considérations sont toutefois nuancées par certains professionnels, à l'instar d'un représentant des personnels du site pensant que le rapprochement avec la structure sparnacienne n'aurait certainement pas permis le maintien de l'activité telle qu'elle est aujourd'hui, mais plutôt une modification des activités, notamment en soins de suite et de

réadaptation « *cela ne serait pas si positif, voire même plus dangereux que le GHAM, du fait de la proximité* ».

Le changement des divers états d'esprit et des habitudes des usagers passe par une modification de l'image de marque des structures. Le ressenti des usagers, et les autres partenaires, vis-à-vis des établissements est conditionnant à leur fréquentation.

Ainsi, en dehors des Romillons, le Centre Hospitalier de ROMILLY-SUR-SEINE n'est essentiellement perçu que pour sa maternité et ses urgences, activités les plus proches par rapport aux autres établissements voisins ; les sites de NOGENT-SUR-SEINE et de SEZANNE restant perçus comme des maisons de retraite. La diminution des fuites et l'augmentation de la fréquentation nécessitent donc de « *redorer les blasons* », notamment par le biais d'actions de communication et d'information.

Au-delà des usagers, ces interventions doivent également être dirigées auprès des autres partenaires des structures, tels les médecins libéraux. Comme le signale la Présidente du Conseil de surveillance « *il faut déjà communiquer le souci d'appartenance aux médecins locaux* ». Pour ce faire, un projet de maison de santé pluridisciplinaire est actuellement en cours. « *il faut qu'ils prennent conscience qu'il faut travailler avec l'hôpital. Sinon, après, il n'y aura plus de choix* ».

Ces problématiques d'image de marque se retrouvent aussi parmi certains professionnels de santé qui peinent, quelques fois, à remplacer leurs collègues lors de situations d'absentéisme. Un palliatif consiste à améliorer les échanges entre les agents lors de rencontres ou visites et à favoriser les mobilités inter-sites.

Les habitudes de vie des usagers influent aussi sur les fréquentations des établissements hospitaliers. Ces dernières sont fortement liées aux modalités, et possibilités, de transports et d'accessibilité vers les structures.

En effet, si la liaison routière est aisée entre les deux établissements de l'Aube (19 kilomètres – 24 minutes), elle peut s'avérer plus contraignante entre SEZANNE et ROMILLY-SUR-SEINE (26 kilomètres - 35 minutes) ou entre SEZANNE et NOGENT-SUR-SEINE (37 kilomètres - 40 minutes), et ce d'autant que les voies d'accès sont uniques et variables en fonction des conditions climatiques, particulièrement en période hivernale.

Ces difficultés sont accentuées en regard de la population du bassin de santé, qui comprend une proportion importante de personnes âgées. Ces dernières risquent de se trouver fort démunies et isolées lors de l'hospitalisation de leur conjoint, plus particulièrement les femmes par défaut de permis de conduire et par manque de moyen de transports en commun.

En regard de ce contexte, les organisations du GHAM, et notamment la répartition des activités entre les trois sites, peuvent générer des difficultés, à l'image du service de Soins médico-techniques importants.

Initialement regroupé sur le seul site de NOGENT-SUR-SEINE, à la demande des tutelles, le bilan à quelques mois de l'activité de SMTI fait apparaître un défaut de fréquentation, des fuites, voire un refus de prise en charge de la part des usagers Sézannais. Les raisons alors exposées ont été le défaut de moyen de transports individuels et l'inexistence de navettes entre les deux sites. Face à ce constat, les partenaires institutionnels ont engagé une réflexion visant à envisager une double installation de lits SMTI afin de répondre au mieux aux attentes et besoins des usagers du bassin de population du GHAM.

Outre l'importance des habitudes historiques et quotidiennes, la considération et la place même laissées aux usagers au sein des structures sont des facteurs de ressenti et influent sur l'image et la fréquentation des établissements.

A cet égard, La Loi du 2 janvier 2002²⁸ et celle du 4 mars 2002²⁹ visaient à instaurer la démocratie sanitaire en leur octroyant une plus grande implication et participation à la vie institutionnelle. Les principales mesures ont consisté en l'instauration d'instances de concertation entre les dirigeants et responsables des structures de santé et les représentants des usagers : la Commission de Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) pour le secteur sanitaire, et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) dans le secteur médico-social et social.

Ces lieux ouverts devaient leur permettre de disposer d'un regard sur le fonctionnement, d'évaluer la qualité des prestations et prises en charge, et de formuler, à ce titre, des recommandations d'amélioration des pratiques, avec notamment un accès à l'ensemble des dossiers de réclamations et plaintes.

Pour autant, cette intégration est aujourd'hui nuancée par un des représentants du CVS *« on a l'impression qu'on existe que par la force de la Loi, soit pour être conforme à la demande, mais pas comme une implication. On a l'impression de servir uniquement à valider et de ne pas être importants »*.

Les représentants ont le sentiment que la tenue de réunions trimestrielles et l'absence de regard sur les points abordés à l'ordre du jour des sessions ne leur permettent que difficilement de pouvoir s'investir et faire avancer les choses, surtout en cas de défaut de retours d'éléments ou d'informations en séance, repoussant alors la résolution à la suivante.

Ce constat amène certains à se sentir inutiles et démotivés, d'autant qu'ils sont parallèlement confrontés à des retours auprès des familles.

²⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

²⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Une solution passe par une plus grande implication des usagers, notamment par leur association aux divers projets et groupes de travail institutionnel.

Cette politique a notamment fait l'objet d'une volonté marquée par la nouvelle équipe de direction. Ainsi, les usagers et leurs représentants ont été intégrés à la conduite des démarches d'évaluation, notamment la certification V2010 et celle de l'évaluation interne (à venir). De même, ils ont été associés au groupe de réflexion et de réalisation du logo du GHAM, ainsi que du livret d'accueil institutionnel. Ces actions sont des préalables à une meilleure association et reconnaissance des usagers, mais également une responsabilisation afin d'en faire des acteurs et des relais, porteurs des valeurs du GHAM.

2.2 Une harmonisation des pratiques professionnelles au service de l'amélioration des prises en charge des usagers

2.2.1 Le métier comme ressource commune

Une des clés de la réussite d'une collaboration réside dans le fait de pouvoir faire co-opérer les personnes entre elles. Mais fédérer n'est pas une chose aisée ; cela nécessite du temps, de la communication et un investissement certain.

Pour ce faire, une solution consiste à les co-opter, notamment autour de projets, valeurs communes ; dont la pierre angulaire est la valeur métier.

Ce dernier « *apparaît comme la ressource commune et la source identitaire pour les médecins, les infirmières, les aides soignants et les techniciens. Des caractéristiques générales communes se dégagent :*

- *les valeurs du travail : la réalisation de soi par le travail et l'utilité sociale du métier*
- *les relations entre collègues : la négociation, les échanges du savoir*
- *la représentation de l'autorité : l'expertise comme légitimité*
- *un espace d'identification et de reconnaissance : la profession, la spécialité technique ».*³⁰

Le développement d'une culture partagée passe donc par une adhésion et un partage de repères et de projets. Ces valeurs s'acquièrent, entre autres, au travers de l'homogénéisation et de l'harmonisation des pratiques. Ces démarches requièrent des échanges et la conduite de réflexions entre les professionnels, et par conséquent, une

³⁰ FORCIOLI P., 2003, « analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux », *Gestions hospitalières*, n°427, pp. 468-472

mise en commun des expériences, des connaissances et des idées, des moyens humains et techniques.

En écho à Julie KAUFFMANN « *la coopération prend la forme d'un partage de moyens ou d'expériences qui traduisent la volonté des directeurs d'utiliser au mieux les moyens alloués et d'améliorer la qualité des prestations offertes. Le partenariat a également l'ambition d'offrir de meilleures conditions de travail et de donner la possibilité aux agents de l'établissement d'ouvrir leur horizon professionnel. Ainsi, développer les échanges, c'est partager des documents, partager des ressources humaines, des moyens matériels, organiser des actions de formation communes ou encore proposer, sur la base du volontariat, aux agents de changer temporairement de structure* »³¹. Tous ces éléments permettent aux professionnels de consolider un socle princeps, mis au service de la prise en charge du patient.

L'acculturation et l'amélioration des pratiques sont les résultantes d'échanges entre les professionnels. Les premiers lieux de discussions le permettant sont les réunions. Pour que les objectifs puissent être atteints, ces dernières doivent être pluriprofessionnelles afin de garantir une représentativité et une pertinence des éléments conclusifs, mais également pour engager des échanges constructifs. Ainsi, chaque professionnel peut témoigner de ses retours d'expériences concernant son contexte, ses pratiques ou encore ses besoins et améliorations nécessaires. Ces rencontres favorisent l'émergence d'une représentation commune et le décroisement.

En outre, une attention spécifique doit être apportée à la composition des groupes, au sein desquels la représentation des personnes ressources, mais également de l'ensemble des sites concernés par la problématique relevant du groupe ou instance dédiée doit être assurée. Cette vigilance permet de valoriser et de responsabiliser les référents institutionnels, tout en réduisant les écueils de préférence d'un service, ou d'un site, par rapport aux autres.

Dans cette optique, la politique engagée au GHAM a consisté à réviser les compositions des instances suite à la fusion, afin d'intégrer des représentants de chacun des sites, à l'instar du Président de la CME « *j'ai ouvert la CME à l'ensemble des praticiens hospitaliers, soit de fait, soit par le jeu d'invitations systématiques. Je ne suis pas là pour prendre des décisions seul mais pour qu'on le fasse ensemble, et j'y tiens beaucoup* ».

De même, l'appropriation des pratiques peut être générée par une alternance des lieux et des réunions entre les différents sites. Cette démarche permet, par extension, que les agents s'approprient la dimension de la structure fusionnée, et disposent ainsi de la connaissance des locaux. En effet, lors des réunions et des divers entretiens, il m'a été

³¹ KAUFFMANN J., 2009, *Le partenariat inter-établissements : entre satisfaction des usagers et la viabilité économique d'un établissement. L'exemple de la résidence hospitalière de la Weiss à Kaysersberg*, filière DESSMS : EHESP, 59p.

fréquemment signalé un manque, voire une absence, de connaissance de l' « autre », tant dans ses pratiques, que dans l'organisation, ou encore des locaux ; ce défaut de connaissances engendrant généralement des *a priori* négatifs et des craintes.

La découverte des diverses unités de l'établissement est aussi favorisée par les mutualisations des ressources. Si les partages de matériels permettent des harmonisations, la mise en commun des ressources humaines, en inter-sites, est particulièrement favorisante.

Dans ce cadre, il peut s'agir d'actions de formation continue, d'interventions réalisées dans l'exercice professionnel et des missions des agents tels certains soignants (diététiciens, kinésithérapeutes, entre autres) ou des personnes assurant des fonctions transversales (responsable qualité, informaticien, cadre de pôle, etc.).

Par ailleurs, un enrichissement peut s'effectuer lors des opérations de mobilité entre les sites et services. Celles-ci interviennent et sont proposées pour assurer des remplacements ponctuels en cas d'absentéisme ou suite à des réorganisations de service. Ces modalités ont été initiées sur la base du volontariat et ont nécessité la révision de la charte de l'accord de fusion. Les discussions alors engagées auprès des représentants du personnel et des personnes ressources l'ont acté lors de la réactualisation du Projet Social 2011-2015 du GHAM.

Toutes les initiatives citées *supra* conduisent en la disposition d'une base commune. Toutefois, pour qu'elle soit pérennisée, elle doit s'accompagner d'une formalisation, au travers de documents (projet d'établissement, procédures, référentiels, etc.), afin que les agents puissent disposer de cadres auxquels se référer, voire s'approprier. Ces éléments sous-tendent l'harmonisation des pratiques professionnelles, et plus particulièrement leur uniformisation, en préalable indispensable au développement d'une culture partagée, pour reprendre les propos d'un représentant du personnel « *la culture GHAM va se faire avec le référentiel commun ; nous n'attendons que ça !* » et ceux d'un cadre de santé « *j'attends le référentiel aussi pour que les choses soient faites. Comme ça, au moins, la solidarité va jouer. Tout le monde sera logé à la même enseigne* ».

Ainsi, au GHAM, les différents travaux ont conduit à la rédaction, entre autres, du référentiel de gestion du temps de travail, du dossier de soins, uniformisé sur l'ensemble des sites, de la gestion documentaire, du contrat de séjour, mais également, à l'instauration d'outils telles les grilles de repérages d'escarres ou de dénutrition.

Cependant, l'appropriation des divers outils ou documents, pour qu'elle puisse être généralisée au sein de l'établissement, doit être relayée dans les services et auprès des professionnels. Le recours et la nomination de référents sont ainsi primordiaux.

En effet, cette délégation procède à un élargissement des interlocuteurs et évite, de ce fait, le développement d'un ressenti négatif de projet ou résultat « imposés par la direction ». Enfin, la présentation des éléments par des collègues eux-mêmes appuie un discours de proximité, ainsi qu'une responsabilisation et implication des acteurs.

Néanmoins, ces intervenants doivent faire l'objet d'un soutien et d'une reconnaissance au sein de l'institution, notamment par la direction elle-même, afin de maintenir l'engagement et l'intérêt, tant des agents que des éléments dont ils ont la référence, comme le signale une cadre de pôle « *pour travailler ensemble, je pense qu'il faut valoriser les gens et le travail. Cela me semble important : l'attention aux autres !* ». Cette identification peut se caractériser au moyen d'actions de communication telles que les notes de service, organigramme, article dans le journal interne, positionnement dans les groupes de travail ou comité, etc.

Au-delà de la reconnaissance, ces investissements doivent aussi être rendus possibles de manière organisationnelle. Les personnes référentes doivent pouvoir disposer de temps et être disponibles, en adéquation avec les obligations de continuité de service.

Ce maillage est envisageable par l'intervention du cadre de santé de l'unité. En ce sens, leur rôle est primordial, tant dans le fonctionnement que dans le processus d'acculturation. Les cadres se trouvent à l'interface entre leurs équipes et la direction générale. Ils se doivent aussi de concilier les attentes des agents, avec celles de l'établissement, tout en adaptant les moyens dont ils disposent. Selon une cadre de pôle « *le passage de la culture doit se faire via la communication par les cadres. Ils doivent être des vecteurs entre la direction et les équipes. Ce sont des interlocuteurs privilégiés. Il faut donc qu'il y ait une volonté du cadre d'organiser les choses et de rendre ses agents disponibles* ».

Dans son récent rapport³², Chantal DE SINGLY reprend le rôle essentiel du cadre hospitalier, véritable « clef du changement » dans les établissements. Après un rappel de la complexité de leurs fonctions et missions, elle formule des préconisations visant à les valoriser, notamment au travers d'un meilleur positionnement managérial et de formations spécifiques, en vue de leur conférer une réelle expertise.

Tous ces éléments concourent à l'avènement d'une culture et l'amélioration des pratiques professionnelles. Pour autant, cette fédération doit s'étayer d'outils permettant d'en mesurer l'état d'avancement et de la représenter.

³² DE SINGLY C., 2009, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 125 p.

En effet, « *la coopération doit être considérée comme un outil constructif, innovant et évolutif. Pour ce faire, elle doit être intégrée à la politique d'évaluation de l'établissement.(...) elle doit permettre de mesurer le décalage entre les objectifs fixés et la réalité, de déterminer les mesures à mettre en œuvre. Afin qu'il y ait adéquation entre la satisfaction des besoins des usagers et l'établissement, il est nécessaire de réaliser un bilan de l'efficacité de la mesure* »³³.

Cette étape passe par l'instauration de démarches d'évaluations, tant internes qu'externes, et le suivi de leurs indicateurs et de leurs tableaux de bord afférents.

Ces actions permettent de disposer d'un état des lieux ou de faire un bilan, à un moment donné, afin de mesurer la progression dans les pratiques professionnelles. Elles peuvent aussi être la retranscription d'objectifs à atteindre et le reflet de la politique de l'établissement dans certains domaines.

Ainsi, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont dorénavant routinières auprès des soignants et des médecins, suite, entre autres, à la parution de textes réglementaires^{34,35} et à la diffusion de méthodes et d'outils *ad-hoc* par le biais de la Haute Autorité de Santé (HAS) comme, par exemple, les audits cliniques ciblés, les revues de morbi-mortalité, les staffs pluridisciplinaires. Le suivi d'autres indicateurs nationaux participe également aux objectifs d'amélioration, tels celui du score agrégé de l'Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, dit ICALIN, ou encore les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS).

Si ces éléments peuvent se limiter au niveau des professionnels, d'une équipe, d'une unité ou d'une filière de prise en charge, il est également important que des indicateurs soient développés de façon globale, et généralisés au niveau de l'établissement.

En effet, les tableaux de suivi des pôles et leurs indicateurs correspondants, instaurés dans le cadre de la nouvelle gouvernance³⁶, permettent, à une plus grande échelle, de représenter la situation de chaque pôle, et l'avancement par rapport aux objectifs contractualisés dans les contrats de pôle. Ces indicateurs intègrent les notions d'activités et de leurs valorisations financières, mais aussi des ressources humaines, et des résultats des démarches qualité.

³³ KAUFFMANN J., 2009, *Le partenariat inter-établissements : entre satisfaction des usagers et la viabilité économique d'un établissement. L'exemple de la résidence hospitalière de la Weiss à Kayzersberg*, filière DESSMS : EHESP, 59p.

³⁴ Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé

³⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³⁶ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

La production de tels résultats induit, pour ce faire, le développement et la mise en œuvre d'une politique budgétaire associée à la comptabilité analytique.

L'appropriation des valeurs et des objectifs de l'établissement peut également être initiée et favorisée lors des démarches d'évaluations extérieures, que représentent les démarches de certification de la HAS ou d'évaluation de l'Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM).

En effet, la détermination d'échéances, et l'obligation de respecter des modalités organisationnelles imposées, obligent les professionnels à se retrouver et à se regrouper entre eux afin de répondre aux obligations qui leur sont faites et de valoriser leur travail.

Au-delà de présenter un état des lieux et d'une photographie de l'établissement, elles obligent les personnes à réfléchir et à mettre en commun leurs pratiques, permettant alors aux agents de s'identifier, de participer et de se positionner quant aux évolutions ou actions à engager ultérieurement.

En ce sens, la démarche de certification V2010 au GHAM, première visite en post-fusion, a ainsi été considérée par la majorité des professionnels rencontrés comme un temps fort, voire fondateur du regroupement. Ce sont notamment les propos d'une cadre de pôle « *la certification V2010 va acter les choses et la fusion. C'est un peu son point zéro – et non pas la décision de 2008* », ou encore du Président de la CME « *la certification a été véritablement bénéfique. Ce n'était plus trois établissements qui étaient certifiés mais le GHAM. Il a donc bien fallu que les gens des trois sites travaillent ensemble, se mettent d'accord sur les procédures, ou adoptent les procédures existantes, et donc se les approprient. Ils ont essayé de construire quelque chose en commun. La fusion a été actée par ce biais. La certification et les démarches d'EPP : c'est du ciment pour construire la fusion* ».

Dans tous les cas, il importe aussi que les résultats des évaluations, ainsi que leurs évolutions fassent l'objet de communication auprès des professionnels dans l'ensemble des services pour que l'appropriation, le partage et la responsabilisation puissent se faire. Ces actions de sensibilisations peuvent également être dirigées à l'attention des usagers, et des divers partenaires de l'établissement. Elles participent à l'image de marque de la structure et influent sur le sentiment d'appartenance et de reconnaissance. Toutefois, face à la recrudescence des canaux de communication externe (classement, plate-forme, site spécialisé), il est important d'apporter une vigilance soutenue quant à la diffusion des résultats, et de les accompagner d'explications, le cas échéant, et de les contextualiser.

2.2.2 Une organisation efficiente et adaptée au contexte

L'une des variables intervenant dans la mise en œuvre du changement est la connaissance du système. *« S'il y a accord sur le fait que toute organisation est un construit social, c'est-à-dire le fruit d'interactions entre ses membres, sur le fait que ces interactions se construisent à propos de la vie concrète de l'organisation sur fond des multiples logiques d'action, il faut en tirer les conséquences en termes de connaissance : les interactions ont un certaine stabilité et en même temps se construisent et se reconstruisent sans cesse en fonction des situations. Le seul moyen de les connaître est d'analyser l'expression qu'en donnent les acteurs »*.³⁷

Cette connaissance du système induit la mise en place d'organisations concrètes et affichées au sein des établissements, afin que les acteurs en comprennent le sens.

Bien que les facteurs facilitant la coopération soient présents, la fusion du GHAM reste encore en construction pour certains professionnels, ainsi que les usagers eux-mêmes.

La majorité des écueils présentés lors des entretiens est liée au caractère multi-sites de l'établissement.

En ce sens, il est nécessaire que la direction dans son ensemble, à savoir la direction générale ainsi que les directions fonctionnelles, soit dynamique et porteuse des projets. Les identifications, les répartitions ainsi que les domaines de compétences affectées à chaque niveau doivent donc être clairs et suffisamment explicites pour les professionnels, notamment au niveau des organigrammes.

Au sein du GHAM, le choix a été fait de répartir les directions fonctionnelles entre les sites et de les y maintenir pour garantir une continuité de la représentativité de la direction générale. Chaque directeur adjoint est ainsi en charge d'un ou plusieurs champs de compétences (finances, ressources humaines, logistique, affaires générales, etc.) qu'il gère sur l'ensemble du GHAM, tout en étant parallèlement référent du site sur lequel il est posté, par délégation de la directrice générale.

Si cette disposition complexifie quelque peu les circuits décisionnels, elle permet aussi de dimensionner le GHAM au travers de ses trois sites, et d'éviter tout ressentiment d'abandon ou de centralisation, de l'avis de la chef de service des Urgences *« il n'est pas évident de vivre le fait que les directions soient éclatées entre les sites. Avant, on avait un accès plus direct : tout était sur place. Les décisions ne se prennent plus sur place et on a moins le sentiment de pouvoir agir sur les choses. Cela s'est un peu éloigné de nous. Néanmoins, je pense que cela aurait été pire si les directions n'avaient pas été*

³⁷ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, nouvelle édition 2010, Paris : Seuil, collection Points essais, 368 p.

maintenues. Les gens se seraient sentis totalement délaissés. Et je pense que c'était l'objectif que de ne pas isoler les gens ».

L'organisation entre les trois sites induit donc une complication des circuits décisionnels. Sur la base d'un exemple relevant de la direction des services économiques, le passage d'une commande depuis le site de SEZANNE est le suivant : le cadre de santé doit transmettre le bon de commande auprès des agents du bureau économique de son site. Selon les cas, le bon est ensuite transmis auprès du bureau des services économiques du site de ROMILLY-SUR-SEINE, puis auprès de la direction fonctionnelle pour signature basée à NOGENT-SUR-SEINE.

Par conséquent, selon les disponibilités et les présences des différentes personnes ressources, les délais peuvent être plus importants que dans le cas d'une centralisation ; et ce d'autant que ce circuit peut faire l'objet de blocages ou de « prise d'otage » par certains agents, réfractaires au regroupement, leur permettant alors d'incriminer la fusion.

Aussi, bien que cette répartition a été instaurée pour soutenir les opérations de rapprochement des structures, une réflexion quant à un éventuel regroupement des directions sera peut être à conduire dès lors que la fusion sera plus aboutie.

Le caractère multi-sites induit également des difficultés dans l'organisation quotidienne. En effet, pour qu'une imprégnation de culture partagée et que le sentiment d'appartenance à une structure émergent, les échanges et les relations entre les professionnels et les établissements sont impératifs. Or, du fait des conditions d'accessibilité et des distances entre les sites, ces derniers peuvent être impactés et influent sur les gestions relatives à la logistique et aux ressources humaines.

S'agissant de l'aspect logistique, les mutualisations de moyens et d'expériences, ainsi que les rencontres et les interventions professionnelles, nécessitent des déplacements entre les sites, et, par conséquent, l'utilisation de véhicules.

Même si le GHAM dispose d'une flotte de véhicules dédiée à cet effet, le nombre de voitures est quelque fois insuffisant, notamment lors de grandes manifestations (vœux du directeur, séance de restitution de la visite de certification de la HAS, entre autres), sans oublier l'impact sur l'environnement en termes de pollution.

Conscient de cette problématique, le nouveau projet social 2011-2015 prévoit la promotion du covoiturage au sein de l'établissement. De même, il a été envisagé d'instaurer une plate-forme de co-voiturage, à l'instar de celle de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

Quant aux impacts sur la gestion des ressources humaines, ils sont principalement structurels.

La répartition des directions entre les sites, associée aux obligations d'uniformisation et de concertation, oblige les cadres et les responsables à des déplacements fréquents.

Ces derniers, étant réalisés sur le temps de travail, limitent donc les temps effectifs de présence et peuvent rendre contraignants la tenue d'échanges et de rencontres entre les professionnels, du fait de leurs disponibilités respectives.

Par ailleurs, cette temporalité accentuée peut également réduire les réactivités et allonger les délais d'intervention ou d'harmonisation des pratiques. L'instauration de nouveaux outils, par exemple, nécessitera plus de temps, tout comme le contrôle de leur appropriation par les équipes, que si les unités étaient regroupées sur un seul site.

Ces variations sont aussi des freins à la mobilité des professionnels entre les sites.

Outre les arguments relatifs à la résidence administrative, avancés par certains agents, les ressentis des professionnels quant aux structures, et leur investissement à se déplacer entre les sites dépendent des images de marque des établissements, et des historiques véhiculés.

Pour favoriser la mobilité, les règles de gestion du personnel doivent être les mêmes sur l'ensemble des sites. Il est donc impératif que des cadres communs soient formalisés, à l'image du référentiel de gestion du temps de travail.

Les premiers temps de la fusion avaient conservé les règles de gestion instituées sur chaque site, puis imposé les modalités de ROMILLY-SUR-SEINE, engendrant un sentiment d'inégalité entre les structures et les professionnels. Par ailleurs, la non harmonisation des horaires et des amplitudes de travail avait conduit à une multiplication des organisations et rendue la gestion, en cas de remplacements notamment, ardue.

Pour palier ces difficultés, un référentiel de gestion du temps de travail a été formalisé en 2011. Basé sur un état des lieux de l'ensemble des organisations des sites, et issu d'une concertation au sein d'un groupe de travail *ad hoc*, comprenant des représentants des personnels, ce document définit une nouvelle organisation, homogène et généralisée pour l'ensemble des sites.

Lors des échanges et des mobilités, la qualité de l'accueil est primordiale. Les personnels doivent se responsabiliser et s'astreindre à renvoyer un discours positif de leur structure et de leur service afin que leurs collègues aient envie de les soutenir en cas de difficultés, notamment d'absentéisme.

Ce facteur qualitatif est également prépondérant lors de l'accueil de stagiaires au sein des unités. Le développement d'un tutorat d'expertise doit être un axe fort, tout comme la valorisation de l'environnement.

Le GHAM a ainsi institué une véritable politique d'intégration avec la désignation systématique de tuteurs auprès de chaque stagiaire ou nouvel agent, mais aussi la tenue de journées d'accueil des nouveaux arrivants.

Des mesures sont également en place lors du recrutement de praticiens hospitaliers.

Il appartient et revient donc à chacun d'être responsable et engagé envers sa structure.

3 L'engagement d'un processus de culture partagée : une démarche à l'épreuve du temps et de la territorialisation

Selon Pascal FORCIOLI « *l'expérience de chaque établissement n'est pas entièrement reproductible, (...) mais il existe bien des convergences de situations* ». ³⁸

En regard de l'évolution réglementaire, les coopérations entre établissements tendent de plus en plus vers des regroupements de structures, à l'image des prochaines Communautés Hospitalières de Territoire, instaurées par la Loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » dite HPST. ³⁹

« *Les fusions restent d'actualité. Elles empruntent des chemins difficiles, certes, mais qui sont praticables. Elles nécessitent une phase de transition, d'apprentissage, dont les acteurs internes comme externes doivent être conscients et qu'ils doivent accepter. En ce domaine, comme dans d'autres, « donner du temps au temps » est indispensable* ». ⁴⁰

3.1 Un retour d'expériences qui pointe une convergence face aux évolutions des politiques de santé

3.1.1 Une acculturation favorisée par la stabilité du climat social

Un des éléments promoteurs dans le processus de culture partagée, sous tendant la coopération des acteurs et, par conséquent impactant les prises en charge des patients, réside dans ce que Pascal FORCIOLI nomme « *l'harmonisation sociale* » ⁴¹.

Cette notion renvoie à la mise à plat et à l'unification des modes de rémunération (primes, indemnités), à la gestion des carrières (notation, avancements), ainsi qu'à la détermination du temps de travail (notamment les droits à congés).

Au sein du GHAM, ce travail d'harmonisation, tant dans la gestion que dans la formalisation de cadres et documents supports, a été engagé dès le regroupement des trois structures. Cette politique a subi une accentuation à l'aune des échéances imparties dans le cadre de la réactualisation du projet d'établissement 2011-2015 et de la visite de certification V2010, comme relaté précédemment.

³⁸ FORCIOLI P., 2003, « analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux », *Gestions hospitalières*, n°427, pp. 468-472

³⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴⁰ FORCIOLI P., 2003, « analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux », *Gestions hospitalières*, n°427, pp. 468-472

⁴¹ ibidem

Par ailleurs, à l'instar des autres directions fonctionnelles, cette uniformisation des pratiques s'accompagne d'une volonté marquée d'assurer une présence et des échanges entre les sites. Ainsi, les déplacements des différentes personnes ressources sont fréquents et chaque direction fonctionnelle est représentée, ou assure des permanences, sur les sites, de façon à ce que les agents soient accueillis et renseignés quant à toute demande.

De même, ce dispositif est étayé par une collaboration forte et soutenue entre la direction des ressources humaines et la direction des soins.

Dans les établissements de santé, la stabilité du climat social est conditionnée à la représentativité efficiente des organisations syndicales au sein de la structure.

En effet, il importe que les personnels puissent disposer de relais et de référents vers lesquels se tourner afin de pouvoir échanger et relater leurs situations, leurs éventuelles difficultés, voire leur incompréhension ou leurs attentes quant à l'émergence de la nouvelle structure et des règles afférentes.

Dans ce domaine, la fusion a apporté une visibilité accrue des organisations syndicales dont la représentation était inégale entre les structures. Le regroupement leur a donc permis de disposer de plus d'ampleur et, au travers des échanges entre les professionnels, de véhiculer les pratiques et les valeurs communes.

Parallèlement, l'accession à une taille plus importante a également favorisé la représentativité syndicale. Le temps de décharges d'activité de service alloué dépend de la représentativité des organisations au sein de l'établissement, mais également du nombre d'agents à temps complet, présents dans la structure. Ainsi, la fusion leur a permis de disposer de plus d'heures syndicales annuelles.

Par ailleurs, cette disposition leur a permis d'atteindre une nouvelle dimension, *via* une représentativité départementale, à laquelle elles n'auraient pas pu prétendre à titre individuel, en reprise des propos d'un représentant du personnel « *La fusion a permis de donner une taille critique au GHAM, lui permettant d'être 2^{ème} ou 3^{ème} dans la région. Avant, au niveau des élections, en tant que représentant du personnel, on était à peine regardé. Alors qu'avec le GHAM, j'ai même le droit à des heures syndicales départementales, grâce à la taille, que je n'aurai pas eu sur SEZANNE seul* ».

L'impulsion d'un dialogue social est donc partie prenante dans une coopération, voire même à l'échelle d'un établissement. Ce dernier se doit d'être constructif et orienté vers l'évolution des mentalités, sans, pour autant, être limité au maintien des *a priori* historiques, ni servir les éventuelles velléités personnelles. De même, la prise en compte

des personnels doit être effective et généralisée à l'ensemble des sites, et pas cantonnée principalement à celui auquel est rattaché le représentant syndical.

En ce sens, l'instauration d'un comité d'entreprise GHAM pourrait accompagner ce besoin et permettre une globalisation des intérêts et des avantages.

Bien que la fusion n'a pas fait l'objet d'une adhésion consensuelle, elle n'a, pour autant, déclenché aucun mouvement social ou perturbations dans le fonctionnement de l'établissement. Cette situation est d'ailleurs ressentie par les divers partenaires, à l'instar de l'ARS « *le GHAM est considéré comme un établissement calme où les choses se passent normalement, bien que certaines difficultés soient présentes. Les difficultés d'acculturation sont dues à la jeunesse de la fusion* ».

Par conséquent, le développement d'une culture partagée et l'évolution des mentalités requièrent des échanges probants entre la direction et les différents partenaires institutionnels.

En ce sens, il convient d'associer le plus possible les représentants des organisations syndicales afin de recueillir leur avis et de les associer aux décisions ou projets. Ceci afin qu'ils participent et concourent à l'appropriation des objectifs. Si cela n'a pas été forcément le cas lors de la fusion, c'est dorénavant la volonté de la direction.

Ainsi, les organisations syndicales ont été associées aux nouveaux projets, tels le projet social, le référentiel de gestion du temps de travail, mais également aux rencontres institutionnelles, par exemple la visite du Directeur Général de l'ARS, ou encore la visite de certification V2010.

Les fusions nécessitent donc d'être bien préparées, anticipées, *a contrario* du ressenti de certains professionnels vis-à-vis de celle du GHAM.

Néanmoins, lorsqu'elles sont le fruit d'une construction nouvelle, elles requièrent également de l'investissement et la force du temps.

Au cours des entretiens, plusieurs analogies ont été faites :

- celle d'un bâtiment, par une cadre de pôle « *il y a les piliers, bien ancrés, les cadres et la direction, sur lesquels on peut s'appuyer. Mais il faut faire face aux freins et aux problèmes financiers. Ce qui nécessite beaucoup d'efforts* » ;
- celle de la cuisine, par le Président de la CME « *C'est une sorte de cuisine : il ne faut pas qu'elle soit trop salée, ni trop sucrée. Ce sont des ingrédients. Il faut pouvoir mettre les ingrédients et utiliser ceux nécessaires pour que le plat devienne consommable. Je pense que ce plat pourra être consommable – sauf si on tombe sur des caractériels – car, à un moment donné, les personnes vont comprendre la nécessité de travailler ensemble. On ne saute pas du néant vers la*

fusion, c'est une marche de construction, mais qui se fait pas à pas, et parfois les pas sont difficiles à faire ».

Dans tous les cas, le terme récurrent et prépondérant est celui relatif au processus obligatoire d'une lente maturation afin de pouvoir aboutir à une organisation et à un fonctionnement les plus efficaces possibles, tant pour les professionnels que pour les usagers.

Cependant, le milieu hospitalier est en perpétuelle évolution et mouvements.

Aussi, le temps nécessaire et impondérable à la mise en œuvre des coopérations peut s'avérer en porte-à-faux face à la multitude de nouveaux textes réglementaires, et de leurs dispositions afférentes, modifiant ou créant de nouvelles formes et outils.

Ceci peut être un ressenti au niveau du GHAM en regard des futures Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) où comme le signale la Présidente du Conseil de surveillance « *on a à peine fini notre transformation, on n'a pas encore convaincu tout le monde, qu'il faut qu'on se lance dans autre chose. Pour moi, c'est un peu prématuré, mais on n'a pas le choix. C'est l'application de la Loi de Madame BACHELOT et on va le faire ».*

3.1.2 Une transposition dans le cadre des nouveaux outils de coopération : les communautés hospitalières de territoires (CHT)

En réformant l'organisation sanitaire, la Loi HPST⁴² vise à mieux répondre aux besoins des patients, notamment par un décloisonnement des structures ; ceci en vue de favoriser une meilleure complémentarité entre les acteurs, de mieux répartir les ressources et les activités, de valoriser les compétences rares et de disposer d'une meilleure organisation de la filière soins.

Fer de lance de cette réforme, les ARS ont dorénavant la charge des secteurs sanitaires, médico-sociaux, ambulatoire et médecine de ville auprès desquels elles devront favoriser les collaborations. Pour ce faire, de nouveaux outils ont été instaurés : les CHT⁴³.

Bien que les discussions liminaires aient envisagé deux types de CHT, fédérative ou intégrative, le dispositif législatif n'a finalement retenu qu'une forme unique de Communauté, ouverte aux seuls établissements publics de santé.

⁴² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴³ ANAP – MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, *La Loi HPST à l'hôpital – les clés pour comprendre*, 160 p.

La création des CHT peut être envisagée à l'initiative des directeurs partenaires ou requise à la demande du Directeur Général de l'ARS. Dans ce cas, son intervention vise à garantir la couverture des besoins des usagers, ainsi que la sécurité et la qualité des soins proposés, d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, d'améliorer les organisations sanitaires et d'en maîtriser les coûts, entre autres.

L'adhésion à une CHT dispose la définition d'une stratégie commune, ainsi qu'une mutualisation des moyens (ressources humaines, investissements lourds, système d'information, etc.) entre les établissements adhérents, *via* un système de conventionnement ou de groupement de coopération.

Ces dispositifs n'ayant pas de personnalité morale, chaque structure conserve alors son autonomie juridique et financière. La gestion des activités, quant à elle, est assurée par une commission dédiée à la CHT où sont représentés tous les établissements participant à son fonctionnement.

Toutefois, si les modalités ont ainsi été définies au travers des textes réglementaires, l'avancement des CHT en est encore aux prémices dans les régions.

En Champagne-Ardenne, l'ARS a déterminé trois CHT, ainsi que leur périmètre d'intervention. Le fondement des Communautés repose, selon le directeur de l'offre de soins, sur les contraintes de perspectives d'efficience (« *on ne peut plus tolérer que 80% des établissements de la région soient déficitaires durablement : il faut trouver des solutions* »), des contraintes économiques avec le respect de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), et la réponse aux besoins de la population. Ce dernier élément est le *leitmotiv* principal pour la mise en place des CHT.

S'agissant des organisations, les établissements disposeront de toute latitude pour organiser la gouvernance opérationnelle, tant en gestion que sur les domaines de collaboration. Pour ce faire, deux stratégies seront possibles :

- la stratégie de graduation : au sein de laquelle les prises en charge des patients seraient organisées en crescendo entre les établissements de la Communauté Hospitalière, à l'image des filières de soins ;
- la stratégie de spécialisation : qui consisteraient en une répartition des activités et des autorisations correspondantes entre les partenaires de la CHT.

Quel que soit le schéma alors retenu, le rôle de l'ARS sera de s'assurer que les objectifs imputés aux CHT soient respectés, tout en apportant des conseils méthodologiques en vue de la formalisation d'un projet médical commun. Ainsi, pour reprendre les propos du directeur de l'offre de soins « *elle se positionnera en arbitre et sera garante de toute la politique instaurée* ».

Le modèle de la structuration des communautés reste à être construit. En effet, la répartition des établissements et leur disposition géographique peuvent apparaître comme des freins à la définition d'un consensus et d'une stratégie commune.

En ce sens, les exemples des structures plus importantes, organisées en groupements hospitaliers, peuvent servir de base de réflexion, à l'image de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). D'abord basée sur une organisation très centralisée, où les établissements n'avaient qu'une faible autonomie, elle s'est restructurée selon un processus de décentralisation. Cette évolution permet aux structures de se regrouper et de pouvoir définir leur propre stratégie.

Cet intérêt est retenu par l'ARS *« on peut penser ou imaginer que la CHT de demain aura un pilotage stratégique central avec des pilotages opérationnels dans de petits groupes au sein de la CHT. Et ce sans fusion – ce ne serait pas une bonne idée – mais plutôt un système de direction commune, soit un modèle plutôt fédératif qu'intégratif »*.

Cette organisation est également envisagée par la directrice du GHAM *« je pense que l'apport des CHT est, dans un premier temps, la centralisation d'un certain nombre de fonctions, pour avoir une taille critique, avec des professionnels plus spécialisés (par exemple, surtout le secteur administratif comme la paie, le contrôle de gestion, etc.), mais aussi d'avoir de vrais référents sur le plan juridique – nous sommes dans des mondes de plus en plus complexes – pour avancer dans la professionnalisation et le regroupement de certaines fonctions n'ayant pas de nécessité d'avoir un ancrage. En gros, d'avoir des « mini – sièges » comme à l'AP-HP, avec des gens très spécialisés. Cela pourrait être une première étape »*.

En attendant la mise en œuvre des CHT, les coopérations sont déjà effectives au sein du territoire et les établissements se sont rapprochés et collaborent entre eux, au moyen des conventions, notamment de mise à disposition de ressources humaines, ou des GCS, anticipant et concrétisant les futures structures à venir.

Le GHAM s'est déjà inscrit dans de nombreux échanges avec ses partenaires territoriaux, comme le rappelle une cadre de pôle *« les CHT existent déjà : il y a des échanges entre les médecins d'autres établissements (la journée d'intérêt général), et heureusement que nous travaillons avec d'autres médecins, car sinon, on manquerait de compétences médicales. C'est un moyen de recrutement pour les établissements de petites tailles, soit pour le recrutement, soit pour le suivi des prises en charges des patients. On ne part pas de zéro. Les choses se font au niveau du laboratoire, des urgences, de la santé mentale où on collabore »*.

Aussi, au niveau du territoire, une considération est d'ores et déjà initiée lors de tout nouveau projet ou réflexion globale dans les organisations des prises en charge. Néanmoins, les contours devront faire l'objet d'une attention particulière comme le signale la chef de service des urgences *« on ressent déjà les choses dans le cadre du SROS Urgences. Nous serons amenés à collaborer mais ce n'est pas un souci car nous avons besoin d'avoir un appui auprès d'un établissement de référence – c'est ce qu'on fait au quotidien. Tout dépend de ce qu'on entend par collaboration et jusqu'où on la pousse. Si c'est pour dire « on prend de manière prioritaire vos patients, vous avez un interlocuteur privilégié » : oui, très bien, mais si c'est pour être une annexe où ils mettront les malades dont ils ne veulent pas : non »*.

En ce sens, l'expérience du GHAM peut être un élément d'analyse et de retour d'expériences quant aux avantages et aux inconvénients.

S'agissant des écueils, les principaux relèvent de l'absence d'information et d'accompagnement auprès des équipes, quant aux objectifs et aux divers projets. La crainte d'une perte d'identité et d'être phagocité par les plus grosses structures est également prégnante, à l'image d'un praticien hospitalier relatant *« j'ai un a priori positif sur les CHT, à condition que les choses soient bien organisées et surtout respectueuses. Il faudrait trouver une astuce pour que chaque établissement se sente reconnu dans sa spécialité »*.

De même, les contraintes logistiques liées aux obligations de mobilités et de déplacements entre les sites paraissent démotivantes, tant pour les personnels que pour les usagers. Pour ces derniers, des risques de perte de visibilité apparaissent au détriment de la proximité des soins, s'accompagnant d'un maintien de leurs habitudes. C'est ainsi que s'exprime une représentante des usagers *« je ne pense pas que les usagers utiliseront les filières des CHT, mais qu'ils continueront d'aller sur EPERNAY. Il faudra encore deux générations »*.

Pour autant, les avantages sont nombreux. Outre les possibilités accrues en terme de gestion des ressources humaines, de recrutement, de mutualisation des moyens et des outils, voire des astreintes, l'accession à une taille critique permet, avant tout, de disposer d'un positionnement et d'une représentativité territoriale supérieurs, repris par une cadre de pôle *« personnellement, je n'y vois que des avantages. On pourra s'ouvrir à une plus grande échelle. Cela permettra de se faire connaître, de connaître les autres et d'offrir certaines opportunités aux personnes qui ne voyaient pas plus loin que là où elles étaient. Egalement, cela permettra de palier certaines difficultés. Je pense qu'il sera difficile de développer de nouvelles activités, mais il pourra s'agir de partenariats et de coopérations*

qui se développent, par exemple : des infirmières. Cela aura un impact en terme de développement de compétences, de connaissances ».

Ces échanges inter-établissements de la CHT influenceront inévitablement les pratiques professionnelles, en occasionnant un élargissement des connaissances et des compétences, comme le signale la chef de service des urgences *« s'agissant de l'amélioration des pratiques : le fait d'avoir des échanges de praticiens, des échanges et des regards extérieurs ne peut être que très positif, car cela permet de prendre du recul et de voir ce qu'on peut faire ou pas ».*

Toutefois, pour que les échanges et les mobilités s'organisent, les professionnels devront y trouver un intérêt. Les établissements auront alors à charge de paraître attractifs et innovants. Dans le cadre du partage des activités, les possibilités et leviers d'action semblent limités ; aussi, d'autres critères seront à mettre en avant. Cela peut être, entre autre, la valorisation du cadre environnant les structures (accessibilité à des prestations de service), des politiques particulières (telles la gestion des carrières et des formations, l'organisation du tutorat) ou encore, le fonctionnement en lui-même et la qualité de la prise en charge apportée à la population.

C'est d'ailleurs l'un des axes fort précisé par une cadre de pôle *« pour que les autres établissements viennent et soient intéressés, il faut qu'on leur apporte des choses et qu'il y ait des choses à découvrir. Ce que nous pouvons leur apporter ne sera pas en lien avec l'activité, mais plutôt en lien avec le fonctionnement. Dans les gros établissements, tout est anonyme alors que nous, nous sommes dans la convivialité »*, mais aussi repris par un des représentants du personnel *« il faudra que nous ayons des prestations de qualité. Il faudra orienter les prestations sur la qualité. Les grosses structures sont orientées vers le rendement, alors que nous sommes plus orientés vers la proximité ».*

Enfin, l'instauration d'une culture partagée au sein des Communautés Hospitalières de Territoire fait débat. Au travers des divers entretiens, elle apparaît abstraite, et ce d'autant qu'elle n'est pas encore concrète au sein du GHAM. Cette question est conclue par la chef de service des urgences *« je pense qu'il sera possible d'avoir une culture partagée, mais pas sur l'ensemble des domaines. Cela pourrait être, par exemple, sur les soins palliatifs qui travaillent déjà beaucoup en réseau. Idem au niveau des urgences où il existe un réseau, avec un peu tous la même manière de travailler.*

Il peut y avoir des choses qui nous rapprochent, mais de là à avoir une culture vraiment partagée, une fusion effective, je pense que cela dépendra beaucoup de la bonne volonté de chacun, en fait ».

Les CHT, et leurs organisations correspondantes, restent donc à construire. Pour autant, sur la base de ce travail, il est possible de dégager plusieurs leviers d'actions.

3.2 Quelques leviers d'actions

Au travers de ce travail, plusieurs pistes ont été avancées afin d'aider à la mise en œuvre et à la réussite de la fusion, mais, au-delà, de toute opération de coopération.

Les principaux axes ont été les suivants :

- **harmoniser les pratiques et fixer des cadres généraux et partagés** : face aux changements, organisationnels ou structurels, les professionnels doivent pouvoir s'identifier et se projeter au travers des valeurs et des nouveaux objectifs assignés. Ces éléments, véritables préalables au développement d'une culture partagée, nécessitent une organisation clairement définie et actée. Cette étape passe par la formalisation de documents institutionnels qui seront autant de cadres auxquels les agents pourront se référer. Il s'agit du projet d'établissement, du projet social, des contrats de pôle, des référentiels, etc. D'autres outils participent à l'uniformisation des pratiques, tels les procédures, le dossier de soins partagé, entre autres, permettant de garantir l'équité entre les personnes et les structures.
- **maintenir les repères, et notamment les directions fonctionnelles, sur chaque site, et au sein d'une organisation de plus en plus transversale et multi-sites** : lors des entretiens, la question relevant de cette organisation décentralisée s'est posée. Si des écueils ont pu être relevés, du fait d'une lourdeur des circuits, la présence de directeur sur les divers sites permet de maintenir une représentativité de la fonction directoriale, d'apporter un cadre hiérarchique et d'accompagner le dimensionnement territorial de l'établissement. Néanmoins, si elle paraît indispensable dans les premiers temps de la fusion, une réflexion pourra envisager une centralisation des directions fonctionnelles dès lors qu'une stabilité aura été atteinte.
- **professionnaliser les agents** : la professionnalisation des agents, support de l'amélioration des pratiques professionnelles, est favorisée par les échanges et l'apprentissage de connaissances entre les agents. Outre les possibilités offertes par le biais des programmes de formation continue institutionnels et des dispositifs de formation tout au long de la vie⁴⁴, l'enrichissement professionnel peut s'acquérir au travers de la participation à la mobilité inter-sites. Si cette organisation est imposée pour certains professionnels aux fonctions transversales, elle peut être

⁴⁴ Loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie

instaurée, sur la base du volontariat, notamment lors d'interventions palliant l'absentéisme. De même, une professionnalisation peut être obtenue par la responsabilisation des agents, en les nommant référents au sein de leur unité, voire de la structure entière. Toutefois, il importe que ces derniers fassent l'objet d'une identification, d'une reconnaissance et d'une valorisation de leur travail, afin d'éviter tout risque de démotivation et de désinvestissement ultérieurs.

D'autres leviers d'action peuvent également être présentés et retenus :

- **développer les échanges entre les professionnels, les partenaires et les usagers** : la réalisation d'échanges et de concertations entre les professionnels, mais également les différents partenaires de l'établissement, sous-tend l'harmonisation des pratiques, ainsi que la définition de valeurs communes et partagées. Les premiers lieux qui y contribuent sont les groupes de travail et les réunions institutionnelles. Souvent composés de façon pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, ils contribuent aux retours d'expériences.

Ce dispositif pourrait être étayé par la tenue de rencontres ou de journées d'échanges entre les sites à l'attention des professionnels. Ce changement leur permettrait ainsi de découvrir les autres structures et unités, et d'appréhender les organisations s'y pratiquant, permettant de connaître, relativiser ou d'améliorer leur propre fonctionnement.

De même, à l'instar du comité d'éthique, des réunions thématiques pourraient se tenir, notamment dans le cadre de la CME, entre les praticiens hospitaliers, afin de les réunir autour de présentations de cas cliniques et de définir des décisions consensuelles, le cas échéant.

Enfin, la réalisation de journées « portes ouvertes » serait un complément aux exemples précédents. Ces dernières pourraient s'orienter et être proposées à l'attention des usagers, et des professionnels de santé libéraux. Ces manifestations participeraient ainsi au décloisonnement de l'hôpital envers la médecine de ville, mais aussi accompagneraient les évolutions des mentalités des personnes, en agissant sur son image de marque et en montrant les activités et compétences, tant humaines que techniques, disponibles au sein des structures.

- **mener une réflexion sur l'organisation médicale pour influencer sur les flux naturels des patients** : face aux difficultés de démographie médicale généralisée et aux fuites des patients du bassin de population, une des solutions potentielle réside dans la mise en place, et la pérennisation, de « consultations avancées ». Ces dernières se traduisent par l'intervention de praticiens spécialisés dans les établissements, par le biais de convention de mise à disposition ou d'intérêt général. Elles participent alors à une amélioration des prises en charge en agrandissant le panel des spécialités proposées à la population, mais également, à une consolidation, un renforcement, voire une légitimation des activités en place. Ces consultations peuvent, enfin, influencer sur les recrutements médicaux au sein des structures, en proposant des appuis et la présence d'équipes médicales, réduisant d'éventuelles craintes d'isolement dans les pratiques.

- **conduire une politique d'investissements soutenus** : l'un des principal écueil signalé lors de ce travail concerne le manque de moyens, ressenti comme une conséquence de la fusion. Aussi, il importe que le changement soit associé à une politique soutenue d'investissement, tant dans l'immobilier que dans les équipements ou les locaux. Ces efforts permettront de réduire les *a priori* négatifs quant à la coopération, et les sentiments de diminution suite au regroupement, pouvant engendrer des rejets envers la structure. Par ailleurs, ces éléments participant à l'amélioration des conditions de travail, ils influenceront sur la qualité et la sécurité des soins, en permettant alors aux professionnels de se sentir en bien être et, de ce fait, de développer leur sentiment d'appartenance. De plus, cet écran est également dirigé à l'attention des usagers et impacte l'image de marque de l'établissement.

- **permettre une identification et une implication des usagers** : la survie des activités d'un établissement est liée à sa fréquentation par les personnes du bassin de population ; or, certaines habitudes ou historiques conditionnent leur présence. Pour ce faire, il importe de conduire une politique de communication à leur intention, afin d'expliquer les activités et leurs conditions d'exercice afférentes. Ces interventions peuvent être réalisées en passant par les canaux de presse existants (presse écrite, radio). Néanmoins, en regard de la proportion de personnes abonnées ou habituées à certaines émissions, un autre vecteur peut être usité ; il s'agit du journal de la municipalité. Ce dernier présente les avantages d'être gratuit et distribué à l'ensemble des administrés de la commune.
En plus de l'information des usagers, leur implication doit également être sollicitée. En dehors des dispositifs institutionnels prévus par les textes, tels le CVS ou la

CRUQPC, les représentants des usagers réclament une meilleure association au fonctionnement de l'établissement. Si leur intégration dans les différents groupes de travail ou d'auto-évaluation, dans le cadre des démarches de certification, est un moyen le permettant, d'autres actions peuvent être instituées en complément.

Une solution consisterait en l'élargissement de la composition des instances des usagers, citées *supra*, en intégrant des personnes volontaires, ayant ou non eu précédemment une fonction de représentation des usagers, en tant qu'invités permanents. Ceci permettrait de disposer de plus de richesse et d'ouverture lors des séances.

Par ailleurs, une autre action résiderait dans une sollicitation accrue des bénévoles, notamment en tant qu'interlocuteurs privilégiés auprès des patients, et de leurs familles. Leurs interventions pourraient être requises afin de disposer de retours d'informations, mais également dans le cadre d'actions de communication auprès des usagers.

Le recours aux représentants des usagers, volontaires et bénévoles, en tant que vecteurs, permettrait, par conséquent, de faire avancer la culture partagée GHAM, et d'en faciliter l'appropriation auprès des personnes du territoire.

Conclusion

Au terme de ce travail, il apparaît, en écho à Philippe BERNOUX que « *le changement résulte d'une combinaison, toujours instable et contingente de trois racines : l'environnement, les institutions, les acteurs* ». ⁴⁵

Face aux objectifs de rationalisation des moyens, de maîtrise des dépenses de santé et de démographie médicale, les politiques de santé publique disposent de nouvelles organisations et outils. L'environnement hospitalier est dorénavant basé sur une territorialisation et un décloisonnement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et de ville.

Les établissements de santé doivent ainsi s'adapter en se tournant vers l'extérieur et en s'associant avec les structures voisines, par le biais de partenariats et de conventions, en vue de répondre aux objectifs fixés. Les organisations internes sont, de ce fait, modifiées et requièrent des formalisations et des filières à l'échelle du territoire, en vue de répondre aux besoins des populations.

Pour autant, ces changements, et leur conduite, nécessitent la participation et l'adhésion des acteurs, tant internes qu'externes, des établissements.

L'analyse conduite dans ce travail, au travers de la présentation des divers modèles et des entretiens auprès des professionnels, a montré l'importance de connaître préalablement les valeurs, les cultures et les représentations des personnes, sous peine d'engendrer des phénomènes de crises, voire de rejet.

La mise en œuvre d'une coopération, à l'image de la fusion du GHAM, passe donc par un apprentissage cognitif et relationnel, bases fondamentales du développement d'une culture partagée. Pour ce faire, l'appropriation des pratiques et techniques professionnelles, ou l'invention de nouvelles, sont nécessaires et impératives afin d'instaurer des valeurs communes et fédératrices.

Tous ces impératifs, et ces nouvelles dimensions, font également évoluer le métier de directeur. Ce dernier se doit, avec son équipe de collaborateurs, d'insuffler les dynamiques de changement, au travers de réelles politiques et d'actions de communication, tant en interne qu'auprès de l'ensemble de ses partenaires.

Ces actions sont le gage d'une acculturation réussie et sont nécessaires pour faire émerger la prise de conscience des acteurs du fait que la fusion est une évidence.

⁴⁵ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, nouvelle édition 2010, Paris : Seuil, collection Points essais, 368 p.

Par ailleurs, elles sont impératives à l'aune de l'instauration des Communautés Hospitalières de Territoire.

Néanmoins, qu'il s'agisse des opérations de coopération ou de développement de culture partagée, ces notions doivent être portées en regard de la temporalité et de l'indispensable besoin de maturation pour recueillir l'adhésion des personnes et des professionnels. Ainsi, pour reprendre une citation de MOLIERE dans la pièce du « *Tartuffe ou l'imposteur* », à l'acte III – scène première : « *le chemin est long du projet à la chose* ».

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 3 janvier 1971
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel n°179 du 2 août 1991, page 10255
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel n°179 du 2 août 1991, page 10255
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle. Journal officiel n°172 du 28 juillet 1999, page 11229
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, page 4118
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie. Journal officiel, n°273 du 25 novembre 2009, page 20206
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé. Journal officiel, n°169 du 23 juillet 2006, page 11029
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Ordonnance n°96-386 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, page 6324
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel, n°206 du 6 septembre 2003, page 15391
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel n°102 du 3 mai 2005, page 7626

Ouvrages – monographies :

- ALTER N., 2000, *L'innovation ordinaire*, Paris : Presses Universitaires de France, 270p.
- ANAP - MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, *La loi HPST à l'hôpital – les clés pour comprendre*. 160 p.
- ANAP - MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE – DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, 90 p.
- BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, nouvelle édition 2010, Paris : Seuil, collection Points essais, 368 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, réédition 1992, Seuil, collection « points essais », 500p.
- FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, 2011, *Boite à outils des coopérations*, 24 p.
- FRANCFORT I./ *Les mondes sociaux de l'entreprise*, 1997, Edition Desclée de Brouwer, 612 p.

Articles de périodiques :

- BALANDIER G., juillet-décembre 1971, « réflexion sur une anthropologie de la modernité », *Cahiers internationaux de sociologie*, pp. 197-211
- CALMES G., LEFRANC L., 2000, « le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 », *Gestions hospitalières*, n°399, pp.584-589
- EHPAD de la Haute Vienne, 2010, « Assurer le succès d'une collaboration sanitaire/méxico-sociale », *Revue hospitalière de France*, n°533, pp 58-60
- FORCIOLI P., 2003, « analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux », *Gestions hospitalières*, n°427, pp.468-472
- GERBER S-L., 2010, « Y-a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital? », *la note de veille*, Paris: Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé – Centre d'analyse stratégique, n°181, 12 p.
- JAFFRE D., 2009, « les recompositions hospitalières: un programme pour les futures ARS », *Objectif soins*, n°174, pp.15-17

Rapports :

- DE SINGLY C., 2009, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 125 p.
- HAAS S., VIGNERON E., 2009, *10 ans de recompositions hospitalières en France*, Nouvelle Fabrique des Territoires, Paris: Dexia Editions, 16 p.

Thèses et mémoires :

- BRIGNON J., 2008, *Le rapprochement des hôpitaux de Sélestat-Obernai-Sainte Marie aux Mines: vers une communauté d'établissements à part entière?*, filière directeur d'hôpital : EHESP, 84 p.
- EPISSE C., 2007, *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sanitaires pérenne et efficient – l'exemple des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge*, filière directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : ENSP, 87 p.
- KAUFFMANN J., 2009, *Le partenariat inter-établissements: entre satisfaction des usagers et viabilité économique d'un établissement. L'exemple de la résidence hospitalière de la Weiss à Kaysersberg*, filière directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : EHESP, 59 p.
- MONNIER M., 2009, *La direction commune: une étape vers la fusion? Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault*, filière directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : EHESP, 68 p.

Conférences :

- ANFH. *Les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont-ils des lieux d'innovation?*, Conférence régionale Champagne Ardenne, 25 novembre 2010, Reims
- PAILLE J-C., « *les Communautés Hospitalières de Territoire* », in FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Convention régionale extraordinaire*, 29 mars 2011, Reims

Sites internet :

- ELYSEE. *Allucution-au-chu-de-bordeaux-en-gironde*. [visité le 3 septembre 2011]. Disponible sur le site internet : <http://www.elysee.fr>
- HAS. *Professionnels de santé/ évaluation des pratiques professionnelles*. . [visité le 7 juillet 2011]. Disponible sur le site internet : <http://www.has-sante.fr>
- Dictionnaire LAROUSSE. *Définition acculturation*. [visité le 16 avril 2011]. Disponible sur le site internet : <http://larousse.fr>
- L'encyclopédie libre WIKIPEDIA. *Définition acculturation*. [visité le 22 avril 2011]. Disponible sur le site internet : <https://fr.wikipedia.org>

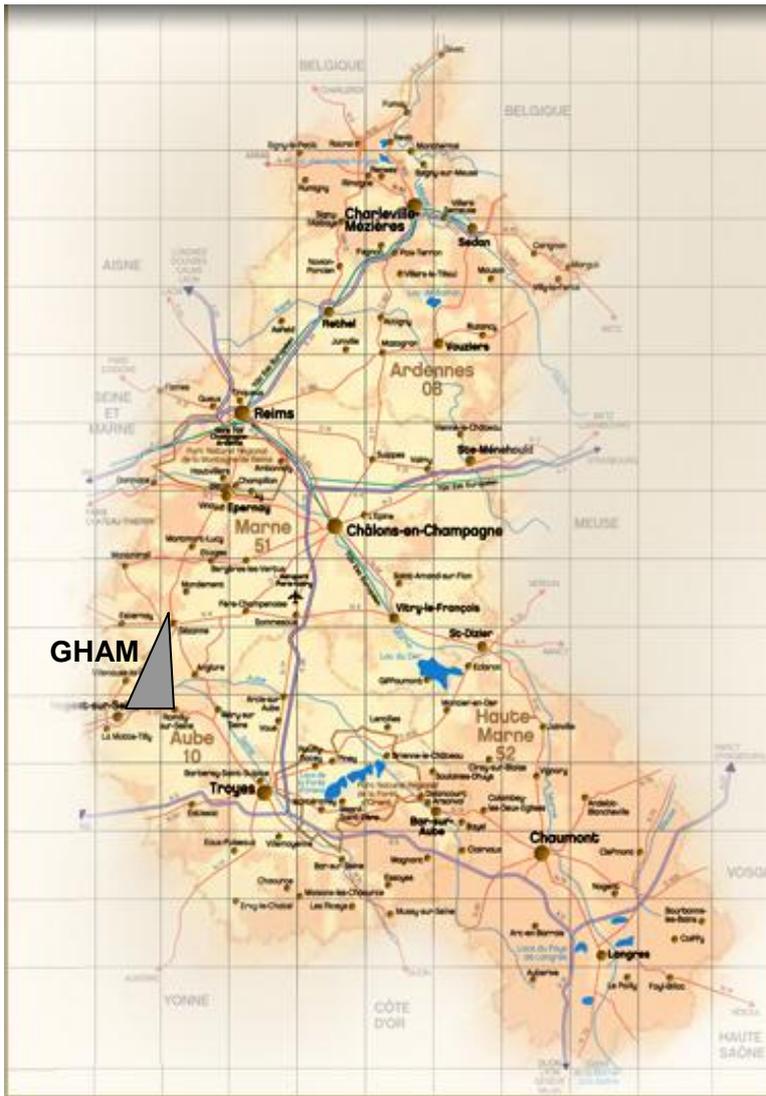
Liste des annexes

Annexe n°1 – Carte du territoire.....page 57

Annexe n°2 - Liste des personnes rencontrées.....page 58

Annexe n°3 – Questionnaire type d'entretien.....page 59

ANNEXE N°1 : Carte du territoire



ANNEXE N°2 : Liste des personnes rencontrées

FONCTION	ETABLISSEMENT - INSTANCE	VILLE - SITE
Sociologue	CNRS – LISE (Laboratoire Inter-disciplinaire pour la sociologie économique)	Paris
Directeur de l'offre de soins	ARS Champagne Ardenne	Chalons en Champagne
Présidente	Conseil de Surveillance	Romilly-sur-Seine
Représentant des familles	CVS	Nogent-sur-Seine
Représentant des familles	CVS	Sézanne
Représentant des usagers	CRUQPC	Romilly-sur-Seine
Représentant des usagers	CRUQPC	Romilly-sur-Seine
Directrice	GHAM	Romilly-sur-Seine
Président de la CME	GHAM	Romilly-sur-Seine
Directrice-adjointe en charge des finances et du contrôle de gestion	GHAM	Sézanne
Cadre supérieur de pôle	GHAM	Romilly-sur-Seine
Cadre supérieur de pôle	GHAM	Romilly-sur-Seine
Cadre de santé	GHAM	Sézanne
Cadre de santé	GHAM	Nogent-sur-Seine
Cadre de santé	GHAM	Romilly-sur-Seine
Chef de service des Urgences	GHAM	Romilly-sur-Seine
Chef de service – médecine à orientation cardiologique	GHAM	Romilly-sur-Seine
Praticien hospitalier - SSR	GHAM	Sézanne
Représentant des personnels - FO	GHAM	Sézanne
Représentant des personnels - CFDT	GHAM	Romilly-sur-Seine
Représentant des personnels - CGT	GHAM	Sézanne

ANNEXE N°3 : Questionnaire type d'entretien

Remarque :

Ce questionnaire type a été soumis lors des entretiens réalisés.
Il a été toutefois adapté et étayé de questions supplémentaires, en fonction des éléments transmis lors des échanges.

Contexte :

Cet entretien s'inscrit dans le cadre de la rédaction du mémoire professionnel inhérent à la formation des Directeurs d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux suivie à l'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP) à Rennes.

Actuellement en stage (de novembre 2010 à juin 2011) au sein du Groupement Hospitalier Aube-Marne, la thématique d'étude envisagée vise deux axes :

- les ressources humaines notamment, le développement d'une culture commune suite à une fusion ;
- le diagnostic-bilan de la fusion, plus particulièrement le positionnement de l'établissement dans son territoire de santé, via le développement de filières et de coopérations avec les autres établissements de santé, mais également en vue de l'instauration prochaine des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT).

1 – LE GHAM D'HIER : HISTORIQUE DE LA FUSION

La constitution du GHAM relève de la fusion des Centres Hospitaliers de ROMILLY-SUR-SEINE et de SEZANNE et de l'hôpital local de NOGENT-SUR-SEINE. Initiée en 2003, elle fut entérinée par l'ARH en 2007 pour une mise en œuvre en janvier 2008.

- Comment s'est décidée l'instauration de la fusion? Quelles ont été les motivations et les motifs de ce choix?
- Pourquoi avoir choisi la fusion comme outil de coopération ? *(au lieu d'une direction commune, par exemple)*
- Avez-vous été associée/impliquée aux débats et échanges à l'époque?
- Quel regard portez-vous après 3 ans de fusion? Comment évaluez-vous la fusion?

2 – LE GHAM AUJOURD'HUI : SA POSITION DANS LE TERRITOIRE DE SANTE

- Comment positionnez-vous le GHAM dans son territoire de santé? *En terme d'activité/filières, coopérations..*
- Êtes-vous en mesure d'apprécier l'impact (positif ou négatif) de la fusion sur :
 - la situation financière et l'équilibre médico-économique ?
 - le climat social ?
 - les pratiques professionnelles?
 - les prises en charge des patients?
 - l'intégration du médico-social?
- Pensez-vous que la fusion ait eu un impact (positif ou négatif) sur :
 - les publics pris en charge?
 - les repèrent-ils?
 - qu'en disent les familles ?
- Avez-vous le sentiment d'une culture « GHAM »? si non, pourquoi et comment l'améliorer?
- Quels sont, selon vous, les moteurs et freins du GHAM ?

3 – LE GHAM DEMAIN : VERS UNE CHT ?

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a créé les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) en tant que nouvel outil de coopération, visant à répondre aux besoins des populations d'un territoire. Elles ont pour ambition de définir une stratégie commune et de mutualiser les compétences entre les établissements. Leur définition peut être impulsée par les ARS ou laissée à l'initiative des structures.

- Quelles sont les évolutions, perspectives d'évolution du GHAM? *À court, moyen et long terme*
- Disposez-vous d'éléments/ d'informations sur les CHT? Connaissez-vous la future CHT du GHAM? Qu'en pensez-vous ?
- Quelle sera votre implication dans la mise en œuvre de la CHT?
- Quels sont, selon vous, les domaines de coopération à envisager pour le GHAM au sein de la future CHT?

VIGNOT	Sonia	Décembre 2011
Directeur d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux Promotion 2010-2011		
Les phénomènes d'acculturation dans le cadre des opérations de coopération, un facteur favorisant la mise en œuvre des politiques de santé publique au sein d'un territoire : exemple du Groupement Hospitalier Aube-Marne (GHAM)		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -		
<p>Résumé :</p> <p>Ce travail se base sur l'analyse après trois ans de la fusion du GHAM, selon le modèle SWOT utilisé lors d'entretiens auprès des professionnels et des partenaires institutionnels.</p> <p>Face aux obligations d'efficience, de coopération, ainsi qu'à la territorialisation, une acculturation peut elle se développer ? quels sont les impacts sur les pratiques professionnelles et les usagers ?</p> <p>L'approche sociologique permet de discerner les différents processus engendrés lors de la conduite du changement, et ainsi de proposer un vademecum pour la réussite des opérations de coopération.</p> <p>Si l'harmonisation des pratiques et une gouvernance structurée les favorisent et confèrent un meilleur positionnement aux établissements, les considérations des historiques et des représentations sont impératives et prépondérantes, à l'instar du facteur temps.</p> <p>Des leviers d'actions sont alors proposés et pourront être transposés à d'autres coopérations et à l'aune des CHT, afin d'éviter les écueils et de tendre à une culture partagée.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>GHAM, fusion, coopération, territoire, CHT, acculturation, culture partagée, pratiques professionnelles, gouvernance, changement, environnement, institutions, acteurs</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		