



HAL
open science

La Communauté Hospitalière de Territoire : face à un exercice de territorialité, quelle mutation culturelle pour un établissement de santé ?

Jean Claude Brugère

► To cite this version:

Jean Claude Brugère. La Communauté Hospitalière de Territoire : face à un exercice de territorialité, quelle mutation culturelle pour un établissement de santé ?. Science politique. 2012. dumas-00828021

HAL Id: dumas-00828021

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00828021>

Submitted on 30 May 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

**Université Pierre Mendès France
Institut d'Études Politiques de Grenoble**

Jean Claude BRUGÈRE

LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE

**Face à un exercice de territorialité, quelle mutation
culturelle pour un établissement de santé ?**

Master 2. Politiques Publiques de Santé. Année 2011-2012.

Mémoire sous la direction de Monika STEFFEN

Directeur de recherche au CNRS Pacte/Institut d'Études Politiques Université de Grenoble.

**Université Pierre Mendès France
Institut d'Études Politiques de Grenoble**

Jean Claude BRUGÈRE

LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE

**Face à un exercice de territorialité, quelle mutation
culturelle pour un établissement de santé ?**

Master 2. Politiques Publiques de Santé. Année 2011-2012.

Mémoire sous la direction de Monika STEFFEN

Directeur de recherche au CNRS Pacte/Institut d'Études Politiques Université de Grenoble.

Remerciements

Ce mémoire de master n'aurait pu être sans l'accompagnement tout au long de sa réalisation par Monika Steffen, à qui j'adresse un remerciement tout particulier.

Je remercie Christine, pour son soutien et sa lecture correctrice.

J'adresse mes remerciements aux professionnels du centre hospitalier de Crest qui ont contribué par leurs témoignages et leurs commentaires à cette réflexion.

Une pensée particulière pour Jean-Marc Daubos, directeur des centres hospitaliers de Crest et de Die, qui a permis cette formation.

Sommaire

INTRODUCTION

I) DE L'ORGANISATION TERRITORIALE AU PROJET DE COOPERATION ENTRE LES
ETABLISSEMENTS DE SANTE.....Page 17

I.1. La Communauté Hospitalière de Territoire, une solution fédérative pour les
établissements publics de santé..... Page 17

1.1. De la logique ascendante ou descendante, la création d'une CHT.

1.2 Structuration et gouvernance de la CHT.

1.3 Gestion financière et managériale de la CHT.

I.2) Chronologie du projet de CHT du Centre Nord- Drôme.....Page 21

2.1. L'injonction de l'ARS et ses attendus.

2.2. L'accord cadre, une réponse à la demande de l'ARS.

2.3. A la rencontre de points de vue parfois contraires.

II) ENTRE CHANGEMENT ET CULTURE, QUELS ECLAIRAGES CONCEPTUELS SUR
LE PROCESSUS DE CREATION DE LA CHT ?Page 30

II.1 Le changement comme adaptation de l'organisation et de ses acteurs.....Page 30

1.1. Elément de définition du concept de changement.

1.2. La connaissance du projet de CHT par les professionnels acteurs.

1.3. La perception que les professionnels acteurs ont du changement.

1.4. Le projet de CHT entre avantages et inconvénients.

1.5. Le changement : entre attentes et craintes, un processus social complexe.

II.2. L'influence du processus de changement sur la culture institutionnelle..... Page 52

2.1. Que signifie la notion de culture à l'hôpital ?

2.2. L'appartenance collective du point de vue des décideurs institutionnels.

2.3. L'importance des valeurs pour les professionnels acteurs.

2.4. Le changement impacte-t-il la culture professionnelle ?

2.5. Culture du soin et identité professionnelle, un avenir en demi-teinte.

III. QUELS ENSEIGNEMENTS POUVONS-NOUS RETENIR DE CETTE ÉTUDE ?.Page 65

III.1. Synthèse et retour sur les hypothèses.

III.2. Les perspectives d'actions pour le centre hospitalier de Crest.

III.3. Quelle fonction pour le coordonnateur des soins ?

CONCLUSIONPage 72

BIBLIOGRAPHIE.....Page 74

ANNEXES.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignant
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifiés
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAP	Commission Administrative Paritaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CPOM	Contrat Pluridisciplinaire d'Objectifs et de Moyens
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FMESPP	Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
GHM	Groupe Homogène de Malades
HAD	Hospitalisation à Domicile
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PIB	Produit Intérieur Brut
SIH	Système d'Information Hospitalière
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile.

INTRODUCTION

La Communauté Hospitalière de Territoire, une nouvelle organisation de l'offre de soins hospitalière.

En France, depuis la création de l'assurance maladie en 1945, la hausse des dépenses de santé dépasse régulièrement celle du Produit Intérieur Brut (PIB) obligeant les pouvoirs publics à dégager des moyens de financement supplémentaires et des économies de fonctionnement tout en évitant de mettre en cause la qualité des soins. Les modèles explicatifs de l'évolution des dépenses de santé mettent généralement en avant plusieurs facteurs : la démographie et le vieillissement de la population, la richesse économique, le progrès des techniques médicales, l'organisation du système de soins. L'évolution démographique accroît les dépenses de santé par le phénomène mécanique de la taille de la population mais également par l'accroissement du vieillissement générateur d'un besoin de soins accru. La richesse économique influence la demande de soins en créant un niveau d'exigence au sein de la population qui souhaite ainsi bénéficier du progrès des techniques médicales. Le dernier facteur, l'organisation du système de soins est l'objet d'une attention particulière.

L'hôpital, acteur majeur dans l'offre de soins, est également au fil du temps l'objet d'un pilotage de l'État car il dépend de l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale et de l'évolution de son offre au gré des normes d'organisation et de rationalisation de son fonctionnement.

La loi du 31 décembre 1970 avait introduit une notion inédite : la carte sanitaire. Ce premier outil organisait le découpage du territoire en secteurs sanitaires ; ceci avait pour but une maîtrise quantitative des équipements par le biais d'indices, une planification et une coordination de l'installation des équipements lourds et des lits. La loi déjà incitait à la création de regroupements d'hôpitaux avec la possibilité de créer des groupements interhospitaliers et des syndicats interhospitaliers de région. Ces dispositifs ont recueilli peu de résonance. Cette loi du 31 décembre 1970 sera donc suivie d'un ensemble de textes ultérieurs : la loi du 31 juillet 1991, les ordonnances du 24 avril 1996 et la loi du 4 mars 2002 intitulée « Droits des malades et qualité du système de santé ».

Le 28 avril 2008, le député André FLAJOLET remet son rapport sur « *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaires* »¹. Le rapport pose un diagnostic précis sur les différences d'état de santé et d'offre de soins sur le territoire. La mission constate notamment la juxtaposition non ordonnée de structures traitant de prévention sanitaire ainsi que l'insatisfaction des professionnels de santé de ne pouvoir se consacrer davantage à la prévention. Le rapport FLAJOLET formule donc des recommandations de nature à réorganiser les politiques de prévention sur le territoire : « *La gestion de son patrimoine santé remplace la logique de réparation ; concerne toutes les populations par l'action sur les milieux de vie ; redonne leur sens de cohésion sociale aux métiers des professionnels de santé ; réconcilie, par le territoire de proximité et ses acteurs, les logiques géographiques et populationnelles des disparités de santé* ».

L'idée phare du rapport est la création de « *communautés de santé* », permettant de « *recréer l'accès aux soins dans les zones déficitaires autour d'un projet de santé commun aux élus et aux acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux* ».

Cette territorialisation de la santé publique est une idée déjà évoquée par le rapport LARCHER² sur les missions de l'hôpital : « *Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût. L'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des financements publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée (...)*Favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics sous la forme de communautés hospitalières de territoire : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires ».

¹ FLAJOLET, André, rapport sur « Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire » 28 avril 2008, <http://www.sante.gouv.fr/>

² LARCHER, Gérard, Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, Avril 2008, <http://www.sante.gouv.fr/>

C'est finalement la nouvelle loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui allant au-delà du domaine hospitalier, va concerner l'ensemble du champ sanitaire et médico-social. *« Cette loi a pour objectif de garantir des soins de qualité à l'ensemble de la population en tous points du territoire. Elle répond à la nécessité de coordonner la prise en charge des patients entre le domicile, l'hôpital et les institutions médico-sociales, et de prévenir le risque de constitution de déserts médicaux dans le milieu rural et les zones urbaines défavorisées ».*³

Cette loi permet l'alliance stratégique, qui suppose que les organisations partenaires s'associent pour tendre vers des objectifs communs. En ce sens, elle modifie le régime des Groupements de Coopération Sanitaires (GCS) qui existait déjà et qui pouvait imbriquer des structures issues du système public et privé.

Elle vise l'intégration de l'hôpital public dans son environnement et crée une nouvelle structure de coopération, la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

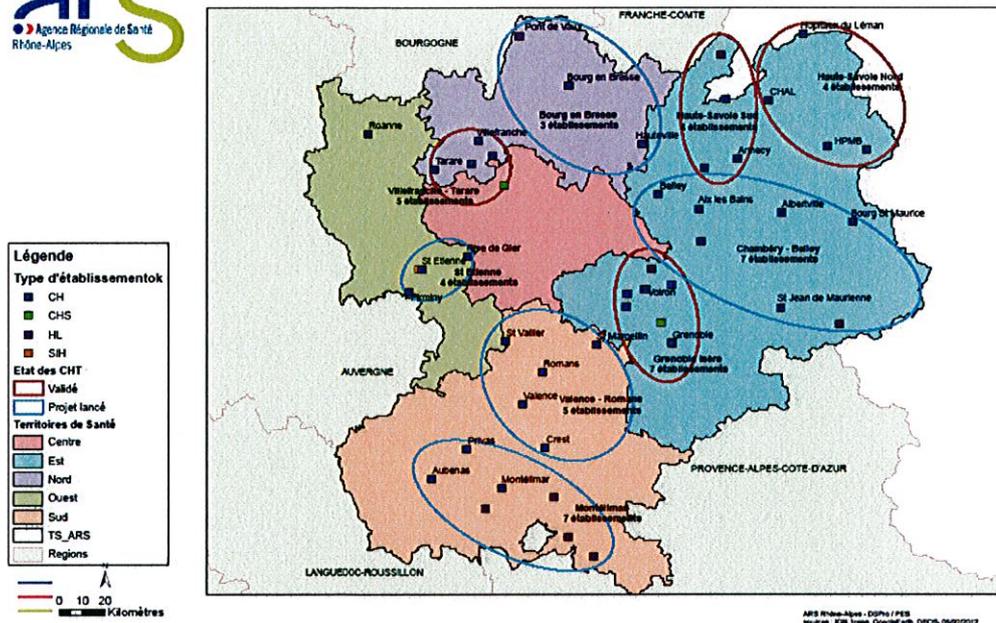
Pour appréhender le sens que les politiques publiques de santé peuvent donner sur les territoires, comment cette organisation est-elle définie en région Rhône Alpes ?

L'organisation territoriale de l'offre de soins hospitalière en Région Rhône Alpes est définie par l'arrêté n° 2010-2925 du 18 octobre 2010 du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). La région Rhône-Alpes est organisée en cinq territoires de santé⁴. Au sein de ces territoires, neuf projets de Communautés Hospitalières de Territoire sont actuellement répertoriés. Parmi ceux-ci, quatre sont validés et cinq sont en cours d'élaboration.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 167 du 22 juillet 2009.

⁴ Arrêté 2010-2925 fixant la limite des territoires de santé et le ressort territorial des conférences de territoire pour la région Rhône Alpes, JORF n°0249 du 26 octobre 2010

Les CHT en Rhône-Alpes



Carte représentant les Communautés Hospitalières de Territoire en Rhône-Alpes⁵

Le Territoire sud est doté de deux Communautés Hospitalières de Territoire : la CHT du Sud Drôme-Ardèche et la CHT du Centre-Nord Drôme.

La CHT du Centre-Nord Drôme regroupera les centres hospitaliers de Crest, Die, Romans/Saint-Vallier, Saint-Marcellin, Tournon, Valence.

« Son objectif est de garantir une offre de soins de meilleure qualité et une prise en charge plus rapide et plus efficiente aux 700 000 habitants du centre et du nord de la Drôme. Les centres hospitaliers, qui coordonnent plus de 2500 lits au total, travailleront conjointement selon trois axes :

- L'amélioration des flux de patients notamment en favorisant la lisibilité de l'offre de soins, en renforçant les offres de proximité sur le territoire et en complétant les filières existantes.
- L'augmentation de la réactivité de l'offre de soins publique au travers de la structuration de la prise en charge de certaines pathologies et par la mise en place d'astreintes médicales coordonnées.
- La mutualisation en matière logistique des moyens respectifs matériels et humains de chaque établissement dans un objectif d'économie d'échelle et de développement durable⁶ ».

⁵ Programme territorial de santé sud, Agence Régionale de Santé Rhône Alpes, Juillet 2012.

Le centre hospitalier de Crest, confronté à un exercice de territorialité au sein de la CHT du Centre Nord Drôme

Parmi ces deux communautés hospitalières de territoire, nous nous intéressons plus particulièrement au centre hospitalier de Crest (26400) ; il est notre terrain d'enquête.

- ✚ Le centre hospitalier de Crest est un établissement public de santé dit communément « de proximité ». Il dispose de 270 lits et places.

Il comprend :

- un pôle des activités de soins et d'hospitalisation à domicile qui regroupe une unité d'hospitalisation à domicile (HAD), un service de soins à domicile (SSIAD), une pharmacie à usage interne (PUI),
- un pôle des activités de court séjour qui regroupe un plateau technique d'imagerie et d'urgences, un bloc opératoire, une unité de chirurgie conventionnelle et ambulatoire, une unité de médecine, une unité de soins palliatifs,
- un pôle des activités gériatriques qui regroupe cinq unités d'hébergement de type établissement pour personne âgée dépendante (EHPAD),
- un pôle des ressources humaines et logistiques.

Le centre hospitalier est réparti sur deux sites géographiques distincts : le site Sainte-Marie sur la commune de Crest et le pôle soins et hospitalisation à domicile sur la commune de Portes les Valence (26) distant de vingt-cinq kilomètres.

Le site de Ste-Marie



Le pôle soins et hospitalisation à domicile



⁶ <http://www.ch-valence.fr/projet-de-territoire>.

Un projet immobilier est en cours de réalisation. Il sera terminé fin 2012. Ce projet agrandit le centre hospitalier sur un troisième site distant de trois kilomètres. Les pôles, activités de court séjour et ressources humaines et logistiques, vont être installés dans une nouvelle structure, architecturalement adaptée à l'activité. Le pôle des activités gériatriques doit dans les deux ans bénéficier d'une reconfiguration de la structure sur le site actuel.



✚ Les usagers du Centre Hospitalier sont majoritairement de Crest ou de ses environs ; ils apprécient la taille humaine de la structure, la qualité de l'accueil et de la relation qu'ils établissent avec les professionnels médicaux et paramédicaux. Cette relation de proximité favorise l'accessibilité aux soins pour le patient et la disponibilité pour son entourage. La proximité permet le lien plus étroit avec le secteur libéral et l'organisation du dispositif extra hospitalier : hospitalisation et service de soins infirmier à domicile. Cette organisation à laquelle les paramédicaux participent grandement, favorise la continuité des soins de la population prise en charge.

✚ L'établissement, du fait de sa taille, ne bénéficie pas de toutes les compétences médicales et paramédicales. Aussi, depuis plusieurs années, le centre hospitalier a développé des coopérations au sein du territoire dont les plus récentes sont :

- pour la filière Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) :
 - une fédération inter-hospitalière pour les urgences et une fédération de chirurgie fonctionnent avec le centre hospitalier de Valence depuis janvier 2002,
 - la télé-imagerie est en fonction depuis janvier 2012 ; l'activité est commune aux centres hospitaliers de Valence, Die et Crest,

- la zone d'activité de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) est élargie par convention aux centres hospitaliers de Die et du Cheylard.
 - pour la filière gériatrique :
 - les liens de partenariat et le travail en réseau sur le territoire se développent depuis plusieurs années, de façon positive via la filière gérontologique du bassin valentinois et les actions nombreuses avec le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Val de Drôme et les autres Ehpad du secteur.
 - des coopérations spécifiques sont soit existante soit en cours de réalisation :
 - l'externalisation de la stérilisation vers le Centre Hospitalier de Valence a été réalisée en janvier 2012.
 - le projet de Groupement Sanitaire Hospitalier (GCS) pour la création d'une buanderie centralisée avec les centres hospitaliers de Valence, Montéleger, Hôpitaux Nord Drôme et de Crest est en cours de réflexion.
- ✚ Le Projet d'établissement du centre hospitalier de Crest est arrivé à échéance fin 2010. En référence à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), cet établissement doit redéfinir son projet sur la base d'un nouveau projet médical pour 2011 à 2015.

Dans un courrier en date du 21 décembre 2010, le directeur général de l'ARS Rhône-Alpes, sollicite le directeur du centre hospitalier de Crest pour que se développe un partenariat étroit avec le centre hospitalier de Valence. Cette coopération est souhaitée pour l'élaboration du projet médical qui devra préciser le programme capacitaire et le dimensionnement de l'offre de soins du futur établissement.

Le directeur général de l'ARS Rhône-Alpes précise que la coopération inter hospitalière constitue « *une ardente obligation. Il convient de proposer un projet qui soit le reflet d'une vision partagée entre les centres hospitaliers de Crest et de Valence, dans la perspective de la mise en place prochaine d'une communauté hospitalière de territoire incluant les hôpitaux de Valence, les Hôpitaux Drôme-Nord, de Crest et de Die ; cette coopération devra être étendue aux aspects propres à la logistique et aux éléments relatifs à la rénovation du secteur médico-social – en particulier les EHPAD* ⁷ ».

⁷ Lettre du directeur général de l'ARS Rhône-Alpes, adressée au directeur du centre hospitalier de Crest le 20 décembre 2010

Méthodologie d'enquête

Le questionnement qui émerge de ce projet de communauté hospitalière de territoire nous intéresse tant sur le plan structurel et organisationnel que sur les incidences induites sur les acteurs et leurs pratiques. « *Les grandes tendances et orientations médicales ou sociétales ne doivent pas nous faire oublier le travail productif au quotidien, constitutif du collectif hospitalier* » nous dit Ivan SAINSAULIEU dans son ouvrage « l'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité ». ⁸

Pour reprendre la pensée de l'auteur, nous dirons que l'on ne peut traiter l'hôpital seulement comme une organisation. Il faut tenir compte aussi de sa dimension institutionnelle, c'est-à-dire de la question du sens de l'engagement des personnes qui y travaillent.

Aussi pour réaliser cette étude nous nous intéresserons, d'un côté, à ce qui relève des politiques publiques de santé, des organisations mises en place et du processus de changement que cela engendre ; et d'un autre côté, à de ce qui relève de l'immatériel, de l'identité professionnelle, des valeurs et de la culture professionnelle.

C'est, nous dit Ivan SAINSAULIEU « *dans un sens la vieille césure entre objectivité et subjectivité, entre macrostructures et microphénomènes, entre nature et culture, entre pensée et le corps. Cette démarche a le mérite de mettre en perspective l'aspect émotionnel et l'action, central à l'hôpital, et souvent oublié au profit d'un acteur rationnel* ».

En ce sens nous formulons à cette étape du travail, les questions suivantes :

Quelles visions ont les professionnels aujourd'hui de cette évolution territoriale ?

Quels sont leurs craintes ou leurs souhaits ?

Quelles perspectives entrevoyent-ils dans cette organisation future ?

Notre objectif de recherche étant de montrer :

- ✚ en quoi un projet de création d'une communauté hospitalière de territoire peut conduire les professionnels à mettre en œuvre des stratégies d'adhésion ou de résistance au changement.

⁸ SAINSAULIEU Ivan, *L'hôpital et ses acteurs - appartenance et égalité*, Editions Belin, mars 2007, pages 29 et 30

Hypothèses.

- ❖ Le changement qui accompagne le projet de Communauté Hospitalière de Territoire entraîne une redéfinition des normes qui guident les professionnels dans leurs actions.
- ❖ Le changement induit par la Communauté Hospitalière de Territoire offre l'opportunité de construire un nouveau modèle culturel, ciment des diverses identités professionnelles.

Le choix des concepts.

Nous faisons le choix d'inscrire cette recherche dans les champs disciplinaires suivants :

- La nouvelle forme d'organisation juridique que représente la CHT vise à mieux répondre aux besoins de santé, en permettant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion par le partage de ressources et une mutualisation des compétences médicales et soignantes. La volonté réformatrice de l'organisation hospitalière depuis un demi-siècle pour une efficience de l'offre de soins et un positionnement des usagers dans le système de soins nous conduit à explorer le champ des sciences politiques.
- Les enjeux pour les promoteurs du dispositif étant de faire évoluer les organisations de chaque institution dans un esprit de complémentarité et d'efficience ; pour les professionnels acteurs de terrain c'est s'adapter à une culture du travail fondée sur la collaboration, la coopération et la complémentarité ; c'est s'engager dans une dynamique favorable au changement (MINVIELLE, CONTANDRIOPOULOS) mettant en exergue l'importance d'agir ensemble. Ainsi, dans une approche multi référentielle, en croisant des concepts relatifs à la psychologie sociale (MAISONNEUVE), à la sociologie du travail (BERNOUX) et des organisations (MINTZBERG), nous tentons de comprendre la relation entre les logiques institutionnelles et les logiques professionnelles. (Renaud SAINSAULIEU, Ivan SAINSAULIEU). L'hôpital est un système complexe au sein duquel interagit une multitude d'acteurs. Chacun de ces acteurs développe une logique, une organisation, des stratégies qui lui sont propres et pas toujours explicites pour les autres. Le changement introduit par les nouvelles formes d'organisation « bouscule » ces

stratégies et génère une certaine crise identitaire. Se pose alors le problème de réfléchir et de reconnaître cette crise identitaire.

Enfin, nous souhaitons comprendre dans un établissement en mutation, comment se reproduisent et se transforment les identités sociales et professionnelles (DUBAR). Chaque configuration identitaire prend aujourd'hui la forme d'un mixte au sein duquel les anciennes identités se heurtent aux exigences nouvelles... et où les anciennes logiques qui perdurent entrent en combinaison et parfois en conflit avec les nouvelles tentatives de rationalisation économique et sociale.

Les outils d'enquête.

Plusieurs outils s'offrent à nous pour réaliser le recueil d'information : observation, questionnaires, entretiens, analyse de contenu...

La méthode expérimentale traditionnelle fonde ses généralisations sur la répétitivité des résultats observés ; Les tests statistiques vont assurer la stabilité des conclusions d'un échantillon à l'autre. Or, en Sciences humaines et sociales, les situations ne sont que rarement repérables et transposables. Chaque situation est unique : la valeur des données recueillies peut-être contrôlée par le regroupement des observations de divers acteurs, c'est l'intersubjectivité.

Une seconde technique consiste à confronter des méthodes d'investigation différentes et complémentaires, c'est ce que l'on appelle la *triangulation*. Selon COHEN et L MANION, la triangulation peut-être définie *comme l'usage de deux ou plusieurs méthodes dans la collecte des données lors de l'étude*⁹.

Les auteurs suscités distinguent plusieurs types de triangulation dans la méthodologie de recherche. Nous retiendrons pour notre objet d'étude, la triangulation méthodologique ; elle utilise soit la même méthode à des occasions différentes, soit différentes méthodes pour le même objet d'analyse. L'interview par entretien et le questionnaire nous apparaissent des outils pouvant être mis en œuvre dans une démarche complémentaire ; la confrontation des résultats de l'un et l'autre des outils peut accroître la crédibilité et la fiabilité de la recherche.

⁹ POURTOIS, J. Pierre & DESMET, Huguette. *Epistémologie et instrumentation en sciences sociales* – Liège – Bruxelles : Editeur Pierre Mardaga, 1988, page 52.

L'enquête est réalisée sur le centre hospitalier de Crest. Elle concerne deux catégories de population que nous nommons : décideurs institutionnels pour les premiers et professionnels acteurs pour les seconds. Nous utilisons la méthode de l'interview par entretien semi-directif pour la population des décideurs institutionnels et le questionnaire pour la population des professionnels acteurs.

Nous faisons ces choix pour conjuguer l'exercice attendu du mémoire en Master de politiques publiques de santé et notre projet professionnel que légitime notre fonction de directeur des soins au sein de cette institution.

L'enquête est réalisée entre le mois de mars et le mois de mai 2012.

✦ L'entretien semi-directif à la base des interviews.

Sur le plan méthodologique, l'étude est réalisée auprès des décideurs institutionnels qui participent aux orientations et aux choix stratégiques du centre hospitalier. L'échantillon des décideurs institutionnels est défini au départ par le souci d'avoir un panel représentatif des personnalités qui participent au projet actuel. Nous réalisons 11 entretiens. Tous sont réalisés en « tête-à-tête » dans les lieux inhérents à l'exercice des professionnels concernés. Un tableau récapitulatif est présenté en annexe 1. Toutes les personnes pressenties répondent favorablement à notre demande d'entretien que nous voulons semi-directifs. Tous acceptent l'enregistrement audio.

Nos interviews concernent le président du conseil de surveillance, le directeur d'établissement, la directrice adjointe, l'attachée de direction. Les médecins rencontrés sont la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), les trois médecins désignés par leurs pairs au directoire, les chefs des services de chirurgie et des soins palliatifs. Le délégué syndical de l'unique organisation syndicale présente au sein de l'établissement est également sollicité. Ces personnalités ont une connaissance approfondie du projet de CHT pour avoir, d'une manière ou d'une autre, participé au travail de préparation de l'accord cadre.

Le choix d'utiliser l'entretien pour recueillir des données auprès des décideurs institutionnels s'explique par l'objectif que nous poursuivons dans ce cadre de cette enquête. Nous nous

référons à QUIVY R et VAN CAMPENHOUHT¹⁰ qui précisent que la méthode de l'entretien convient particulièrement lorsque l'objectif « *est l'analyse du sens que les acteurs donnent à leur pratique et aux événements auxquels ils sont confrontés. Ils estiment également que l'entretien permet d'obtenir des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés* ».

La méthode n'exclue pas les biais : la spontanéité de la personne interviewée, l'interférence de l'interviewer, sa subjectivité. Pour y remédier ou du moins en limiter les effets BLANCHET expose l'idée *d'un contrat de communication identique pour l'ensemble des interviews*.

Ainsi les personnes interviewées ont comme information écrite avant l'obtention de leur accord ; confère lettre en [annexe 2](#) :

- le sujet de l'étude,
- le sens de l'enquête,
- l'intérêt de l'enregistrement audio pour permettre une meilleure écoute et la fidélité de l'analyse de contenu,
- la garanti de l'anonymat et la possibilité d'être informé du travail au terme de la recherche,
- la durée de l'entretien : maximum 30 minutes.

BLANCHET¹¹ précise : « *la structure des hypothèses et des concepts n'est pas directement reproduite dans le guide d'entretien, mais elle n'en est pas moins présente dans l'esprit de celui qui conduit l'entretien* ».

C'est dans cet esprit que nous établissons les questions qui servent de support aux entretiens.

Confère guide d'entretien en [annexe 3](#).

¹⁰ QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Édition Dunod, 1995, pages 184 et 186.

¹¹ BLANCHET, Alain. & Al. *Les techniques d'enquête en sciences sociales* - Édition Dunod, 1988, page 176.

↓ Le questionnaire

L'étude est également réalisée auprès des professionnels acteurs qui exercent au sein du centre hospitalier de Crest. Ces professionnels, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, médico techniques et personnels de rééducation fonctionnelle exercent sous l'autorité du directeur des soins en situation de chercheur à cette occasion.

L'enquête quantitative est effectuée dans le courant du mois de mars 2012. Elle est réalisée à partir d'un questionnaire. Celui-ci est composé de quatre pages centrées sur la connaissance par les professionnels des évolutions actuelles, sur la perception des avantages et inconvénients du projet de CHT, sur les changements espérés, redoutés et l'impact sur les valeurs professionnelles.

Le questionnaire est accompagné d'une lettre, en annexe 4 qui précise les motivations de l'enquête. Celle-ci est adressée par courrier interne du centre hospitalier aux professionnels paramédicaux.

Le questionnaire est présenté en annexe 5.

Tableau 1 : les pourcentages de questionnaires retournés par catégories professionnelles.

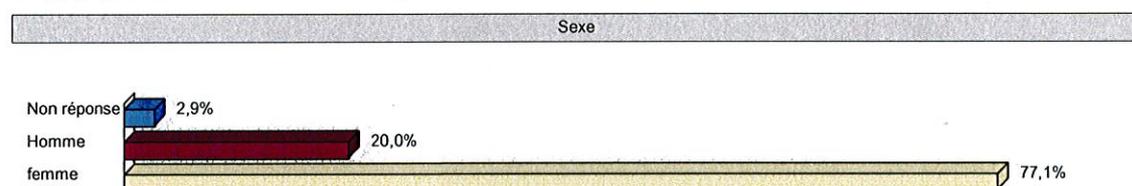
Catégories professionnelles	Effectif	Questionnaires retournés	Pourcentage
Agent de Service Hospitalier/aide-soignant	122	15	12,2 %
Personnel médico-technique/de rééducation	11	5	45,4 %
Infirmier(e)	69	13	18,8 %
Cadre de Santé/infirmière coordinatrice	9	2	22,2 %
Non exploitable		3	
Total	211	38	18 %

Le taux de retour (18 %) est relativement faible. 35 questionnaires sont exploitables (taux de réponse : 16,12 %). Trois questionnaires sont considérés non exploitables car seule la partie « commentaire particulier » est remplie.

Toutefois, l'échantillon est représentatif des caractéristiques en âge de l'ensemble de la population paramédicale du centre hospitalier de Crest. La représentativité des catégories professionnelles est appréciée ainsi : le nombre de questionnaires remplis par catégorie professionnelle fait apparaître une sous représentation des Agents de Service Hospitaliers (ASH)/Aides-Soignants (AS) (12,2 % de l'échantillon) et une sur représentation des personnels médico techniques et de rééducation. (45,4 %). Ces pourcentages sont difficilement exploitables du fait du faible taux de réponse.

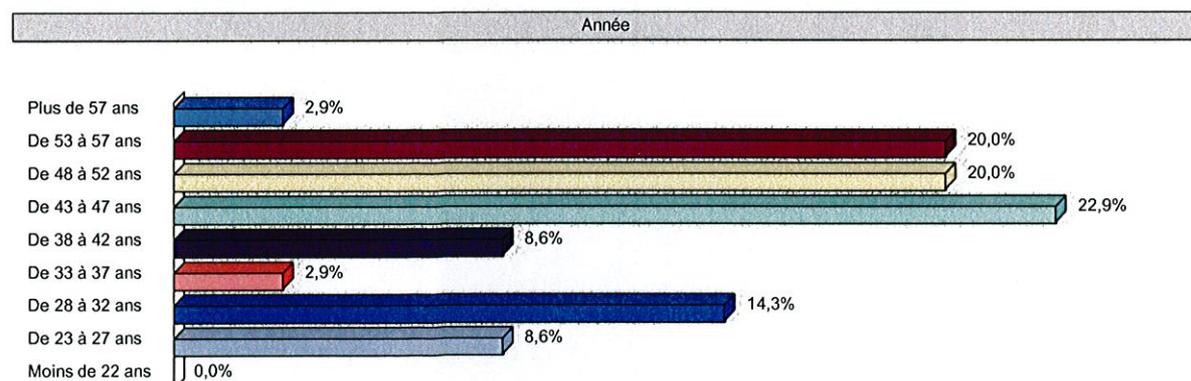
Si l'on considère ce faible taux de réponse dans le contexte du centre hospitalier de Crest, cela laisse supposer que la thématique est peu mobilisatrice, ou que les questions sont trop abstraites. De même, la connaissance par les destinataires, de la fonction de l'initiateur du questionnaire, le directeur des soins, est également un facteur qui peut générer une forme de « démobilisation volontaire ». Nous rappelons que, dans un questionnaire considéré comme non exploitable, l'auteur s'insurge contre une hiérarchie qui « nous méprise et nous étudie comme des souris de laboratoire ».

Graphique 2 : Les caractéristiques des répondants.



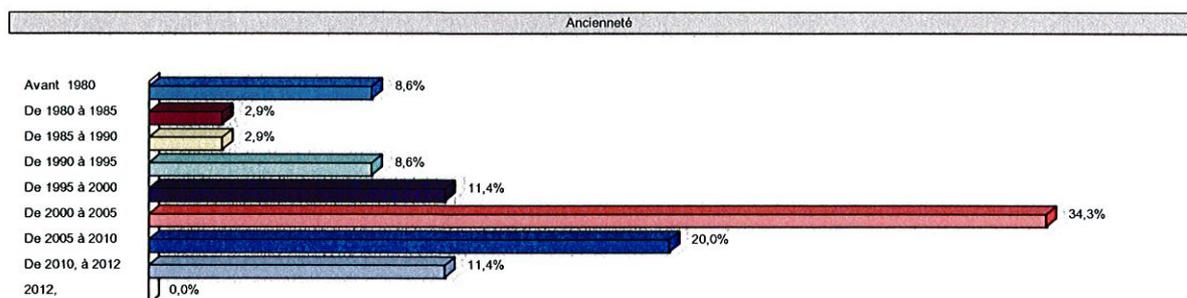
Les pourcentages relatifs à chacune des catégories sont en rapport avec les données démographiques institutionnelles.

Graphique 3 : Catégories d'âge des répondants.



Les catégories professionnelles des plus de 40 ans sont majoritairement répondantes (+ de 65%). Une corrélation peut être recherchée dans la moyenne d'âge de personnels paramédicaux qui se situe à 44 ans au centre hospitalier de Crest.

Graphique 4 : Ancienneté dans l'établissement des répondants.



Plus de 50 % des répondants ont une ancienneté dans l'établissement inférieure à 10 ans.

En comparant le graphique précédent et ce dernier on peut penser que les personnels ayant majoritairement répondu au questionnaire sont des personnes de plus de 40 ans mais qui ont une ancienneté inférieure à 10 années au service de l'établissement. Si l'on considère que le statut des nouveaux professionnels est parfois plus précaire et que les professionnels anciens bénéficient majoritairement d'un statut plus stable de titulaire de la fonction publique hospitalière ; nous pourrions interpréter que la « précarité » du statut ou sa « stabilité » peut être un des facteurs influençant le taux des répondants. Toutefois cette analyse souffre rapidement d'une insuffisance numérique.

L'annonce du plan

Nous avons défini le contexte politique et les orientations présentées par l'ARS. Nous avons présenté le contexte institutionnel qui est notre terrain d'enquête. Ceci nous a conduit à préciser notre questionnement et nos hypothèses. Enfin nous avons présenté la méthodologie mise en œuvre.

Cette problématique s'avère complexe et génère un abondant questionnement.

Pour répondre à ce questionnement, nous construisons notre recherche en trois parties.

Nous explicitons dans une première partie le sens que le législateur a souhaité donner à cette organisation structurelle que représente la CHT. On découvre le principe et les caractéristiques du dispositif afin d'en comprendre les incidences qu'ils génèrent au sein des établissements de santé et auprès de ses acteurs. Dans cette partie nous appréhendons également la mise en œuvre concrète du projet de CHT au sein du centre hospitalier de Crest, formalisée par l'accord cadre. Cette étape fait apparaître les axes de développement attendus et les points de vue des décideurs acteurs qui sont à l'origine de cette démarche.

Une seconde partie s'attache à développer une articulation entre les données recueillies au cours de l'enquête et les modèles conceptuels choisis. Cette étape conjugue à la fois une approche inductive et déductive. Notre démarche correspond à la volonté de garder un pied dans le réel et de profiter de la réflexion que le champ théorique suscite. Cette démarche se voulant qualitative, elle offre lors de cette étape une ébauche explicative qui se tient éloignée d'une perspective positiviste. Notre posture à la fois de chercheur et acteur au sein du dispositif légitime cette approche.

Dans une troisième partie, nous présentons une synthèse autour du questionnement conduit et nous apportons une réponse à la problématique. Nous formulons des principes d'action concrets pour un accompagnement du projet de CHT auprès des professionnels du centre hospitalier de Crest. Cela nous a amené à introduire une réflexion plus large sur une problématique qui est récurrente dans le champ de la santé : l'articulation de la rationalité avec la prégnance de l'humain. Dans la mesure où cette réflexion s'appuie sur un positionnement d'acteur décideur, il est entendu qu'elle peut être un axe d'un nouvel échange.

D) DE L'ORGANISATION TERRITORIALE AU PROJET DE COOPÉRATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE.

I.1. La Communauté Hospitalière de Territoire, une solution fédérative pour les établissements publics de santé.

Nous développons dans cette première partie les principes qui régissent la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

Nous rappelons que la notion de territoire de santé s'est progressivement substituée à celle de secteur sanitaire depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003. Avec la loi hospitalière HPST du 21 juillet 2009, le législateur prévoit cette nouvelle forme d'organisation et autorise le directeur général de l'ARS à susciter la création de CHT : « *des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités* »¹².

I. 1.1. De la logique ascendante ou descendante, la création d'une CHT.

Il existe deux procédures de création d'une CHT :

- La CHT peut être créée à l'initiative des directeurs des établissements partenaires.

La création de la CHT repose sur la conclusion d'une convention de communauté entre les établissements partenaires. Cette convention préparée par les directeurs et présidents des commissions médicales d'établissement (CME) est soumise aux instances des établissements : conseils de surveillance, directoires, comités techniques d'établissement. La convention est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS. Cette procédure laisse une part importante de l'initiative aux établissements partenaires.

- La CHT peut être créée suite à la demande du directeur général de l'ARS.

¹² Guide méthodologique des coopérations territoriales, direction générale de l'offre de soins, Anap, appui santé & médico social, page 138.

Dans ce cas de figure le guide méthodologique des coopérations territoriales précise ¹³ : « la demande du directeur général de l'agence régionale de santé intervient en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, ou d'améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche ».

Le guide méthodologique précise également que : « le directeur général de l'agence régionale de santé transmet sa demande au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements de santé concernés, en apportant toutes les précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation de soins ». Dans cette procédure l'injonction de la tutelle est prépondérante et la structuration est prédéfinie par l'instigateur du dispositif.

Selon la loi HPST, la désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux-tiers au moins de conseils de surveillance représentant au moins les trois quart des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements parties prenantes.

I. 1.2. Structuration et gouvernance de la CHT.

La création d'une CHT implique la mise en place d'une commission de communauté.

Cette commission est composée :

- des présidents des conseils de surveillance,
- des présidents des commissions médicales d'établissement,
- des directeurs des établissements partenaires.

Elle est chargée de :

- suivre l'application de la convention de CHT,
- proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application,
- la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

¹³ Ibid page 136.

La création d'instances communes destinées à assurer la représentation et la consultation du personnel des établissements partenaires à la CHT est possible : *« dont nul doute qu'il s'agisse de futurs comités techniques d'établissement (CTE) et commissions administratives paritaires (CAP) de CHT lorsque celles-ci seront des modèles intégrés regroupant en un établissement unique l'ensemble des établissements d'un territoire de santé ».*¹⁴

Les modalités de composition de ces instances doivent figurer dans la convention de CHT, ainsi que le fonctionnement qui caractérisera la CHT.

Ce fonctionnement doit répondre à l'ambition de définir une stratégie commune et de mutualiser des compétences : ressources humaines, programmes d'investissements lourds, système d'information, télémedecine...

Pour Roselyne BACHELOT-NARQUIN ¹⁵ alors ministre de la santé : *« La CHT présente le double avantage de restructurer l'offre de soins tout en conservant le maillage très fin des établissements de santé sur notre territoire ».*

Mais la CHT ne dispose pas des attributs de la personnalité morale. Elle ne peut donc pas être dotée d'un budget, se voir affecter un personnel propre ou encore être propriétaire de biens immobiliers, effectuer des achats... Aussi, la question de la gestion entre les établissements sera définie par la convention constitutive qui va fixer la répartition des droits et obligations des établissements membres et qui va préciser :

- *« le projet médical commun et les compétences ou activités déléguées ou transférées entre les établissements membres de la communauté,*
- *les modalités de mise en cohérence des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM),*
- *les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers,*

¹⁴ CLEMENT, Jean-Marie, la nouvelle loi hôpital patients santé territoires, analyse critique et perspectives. Page 83.

¹⁵ BACHELOT-NARQUIN Roselyne, *« Communauté hospitalière de territoire : quel discours de la méthode ? »* 63^e congrès du Syndicat National des Cadres Hospitaliers (SNCH) Jeudi 11 Juin 2009.

- *les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contre partie des missions assurées pour leur compte par certains d'entre eux,*
- *La composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la CHT, qui comprennent chacun des représentants des établissements ».*¹⁶

I. 1.3. Gestion financière et managériale de la CHT.

Des mesures financières sont prévues pour inciter les établissements publics de santé à créer des CHT ; jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est prioritairement affectée au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une CHT. La circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 réserve 10 millions d'euros sur le FMESPP 2009 au soutien financier des projets de coopérations.

Ainsi, ces incitations financières encouragent les établissements de santé à coopérer. La CHT devient un espace vectoriel juridique incontournable pour permettre le rapprochement entre les établissements publics de santé et définir une stratégie médicale commune s'appuyant sur la mutualisation des compétences et des fonctions de support.

Cette recomposition de l'offre de soins au niveau d'un territoire crée également une gestion innovante et singulière des établissements parties prenantes de la CHT. Cette gestion s'étend également au domaine administratif et au management.

En effet la convention constitutive de la CHT permet :

- un cadre de coopération en matière de gestion administrative et économique,
- une harmonisation des systèmes d'information, en vue d'une interopérabilité, offrant une possibilité sécurisée d'échanges d'informations médicales et d'accès multi-sites aux dossiers médicaux partagés,
- une coopération dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

¹⁶ MADELMONT, François, cours *UE5 les nouvelles formes de gouvernance et de gestion*, Master 2 Politiques publiques de santé 2011-2012 IEP Grenoble

Le guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) « la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre indique qu'une procédure de transfert de personnels » précise : « *la CHT permet de modifier le rattachement des agents aux établissements publics de santé employeurs. Ce dispositif s'applique à tous les agents : titulaires de la fonction publique hospitalière, contractuels et personnels médicaux.* »¹⁷.

Le principe de mise à disposition des personnels est également cité comme pouvant intervenir de plein droit pour les fonctionnaires hospitaliers. « *Si celle-ci se révèle indispensable en fonction des transferts d'activités de soins ou médico-techniques au sein de la CHT : le personnel médical et hospitalier affecté à ces activités y demeure si nécessaire dans le cadre d'une mise à disposition d'office, formalisée par une convention entre les deux établissements d'origine et d'accueil* ». ¹⁸

I.2) Chronologie du projet de CHT du Centre Nord Drôme.

I. 2.1. L'injonction de l'ARS et ses attendus.

L'ARS Rhône Alpes au travers d'une lettre de mission adressée le 27 janvier 2011 invite le centre hospitalier de Valence, établissement de référence au sein du territoire, à impulser la mise en œuvre de la CHT afin de permettre :

- *une graduation des soins, intégrant des filières identifiées, avec une prise en charge allant des soins les plus techniques au retour à domicile, dont l'hospitalisation à domicile (HAD),*
- *la mise en place de la filière Accident Vasculaire Cérébral (AVC), intégrant la télémédecine,*
- *une transversalité des prises en charge avec :*
 - o *l'organisation commune sur l'organisation de la permanence des soins hospitalière,*

¹⁷ La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre, ANAP, appui santé & médico social, mars 2011.

¹⁸ La coopération interhospitalière, Editions Weka – www.santé.weka.fr chapitre 5/3.1. Page 4.

- *la structuration des plateaux techniques (bloc, imagerie, biologie),*
- *la mise en commun des moyens logistiques lorsque cela est possible,*
- *la mise en œuvre commune de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, compte-tenu des départs de compétences massives des établissements dans les cinq ans,*
- *l'animation d'une filière gériatrique de référence avec les partenaires du grand valentinois engagés dans la prise en charge des personnes âgées,*
- *une mutualisation de compétences et/ou de prestations logistiques : biomédical, système informatique hospitalier, stérilisation, sécurité incendie, qualité, maintenance technique, formation continue...*

Le projet s'inscrit dans le cadre des coopérations actuelles et à venir, notamment la future communauté hospitalière du territoire « CH de Valence - Hôpitaux Drôme Nord - Saint Marcellin - CH de Tournon - CH de Die - CH de Crest. Cette coopération devra être étendue aux aspects propres à la logistique et aux éléments relatifs à la rénovation du médico social - en particulier les EHPAD ».

I. 2.2. L'accord cadre, une réponse à la demande de l'ARS.

En réponse à la demande de l'ARS, les établissements concernés ont fait le choix d'engager entre eux une démarche de coopération par la rédaction d'un projet médical de territoire portant sur l'ensemble des filières de prise en charge. Cette démarche est en cours depuis janvier 2011.

Les directoires ont impulsé des groupes de travail : l'un à orientation chirurgicale, l'autre à orientation médicale. Ces groupes associent des médecins, des cadres de direction et cadres de santé. Les représentants de chaque groupe ayant à charge d'associer leurs collègues pour valider les propositions au fur et à mesure de l'avancée du projet. Les séances de travail permettent l'élaboration d'un accord-cadre qui est soumis aux instances des deux établissements : conseil de surveillance (CS), directoire, commission médicale d'établissement (CME), commission des soins infirmiers de rééducation médico technique (CSIRMT).

En novembre 2011, un accord-cadre définissant des collaborations étroites entre le centre hospitalier de référence et le centre hospitalier de Crest est signé entre les deux établissements.

Cet accord-cadre¹⁹ prévoit un développement d'activités médicales spécifiques et une étroite collaboration entre les deux établissements dans un premier temps, un élargissement sur le territoire dans un second temps.

Les activités faisant l'objet d'un large consensus :

- la chirurgie - anesthésie doit se développer dans le cadre de la fédération de chirurgie par une mise en commun des moyens humains et techniques, une fidélisation des professionnels en offrant des conditions de travail et de carrière attractives,
- la cardiologie, la neurologie et l'endocrinologie seront l'objet de recrutement de médecins sur des temps médicaux partagés entre les établissements,
- l'oncologie sera développée par les possibilités de transfert sur le centre hospitalier, des patients de l'agglomération crétoise, pris en charge initialement par le centre hospitalier de Valence,
- les soins palliatifs doivent se structurer sur un développement de l'activité et la définition d'une permanence des soins,
- la périnatalité et la pédiatrie trouveront des axes de coopération entre les structures et dispositifs existants.

Les activités qui sont en réflexion :

- l'HAD doit être appréhendée dans un projet de service transversal avec une possible extension du territoire,
- l'addictologie, la gastrologie, la pneumologie, l'urologie, seront dans l'avenir des axes de travail pour permettre d'apporter des réponses graduées sur le territoire,
- la création d'une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents au Centre Hospitalier de Crest qui soit suffisamment dimensionnée pour répondre aux besoins chirurgicaux et médicaux valentinois et crestois. Cet axe est subordonné au transfert des autorisations administratives et à la transformation des lits de chirurgie d'hospitalisation complète en places de chirurgie ambulatoire.
- le secteur médico-technique sera l'objet de convention et de dispositif de coopération plus étroit ; à titre d'exemple, une blanchisserie sera créée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

¹⁹ Accord-cadre entre le centre hospitalier de Crest et le centre hospitalier de Valence, novembre 2011.

Ces orientations sont également reprise dans l'actuel Projet Médical de la Communauté Hospitalière de territoire (document de travail). L'objectif est ainsi formulé : « *permettre de surmonter les difficultés que rencontrent les établissements publics de santé (démographie médicale, augmentation de la technicité, impacts de la tarification à l'activité, investissements...) pour développer des stratégies partagées et de permettre au centre hospitalier de Crest de mener son projet immobilier en cohérence avec le projet médical, le maintien et le développement des activités médicales pérennes tant sur le plan organisationnel qu'économique* ». ²⁰

Lorsque cette première étape sera réalisée entre le centre hospitalier de Crest et le centre hospitalier de Valence, une seconde étape se concrétisera par d'autres formes de coopérations qui concerneront les sept établissements publics de la CHT.

Mais à ce stade du projet et pour nous recentrer sur le centre hospitalier de Crest nous nous intéressons aux points de vue des décideurs professionnels. Nous nous intéressons également aux positionnements exprimés par ces mêmes professionnels lors des réunions des instances institutionnelles.

Nous présentons ce que nous qualifions de points de vue significatifs et tentons d'en comprendre le sens. Nous rappelons que toutes ces personnes ont été impliquées de par leurs fonctions et leurs participations aux travaux préparatoires de l'accord cadre.

I. 2.3. A la rencontre de points de vue parfois contraires.

Ainsi nous rappelle Alain Lopez : « *la stratégie d'un établissement de santé, quel que soit son statut se définit par son positionnement sur quatre axes :*

- *le type d'activités développées,*
- *la nature des établissements rassemblés,*
- *l'organisation interne retenue,*
- *les relations établies avec son environnement sanitaire et social* ». ²¹

²⁰ Projet Médical de la Communauté Hospitalière de territoire (document de travail) p 21

²¹ Ibid page 92

Alain Lopez nous rappelle « que l'établissement de santé, dans sa physionomie actuelle, ne peut que se transformer profondément sous l'effet du développement de l'ambulatoire, des nouvelles modalités de financement, des techniques médicales, des exigences de sécurité et de qualité des soins toujours plus fortes et de la nécessité d'assurer une utilisation optimale des ressources publiques ».²²

Le Directeur du centre hospitalier de Crest parle de cette stratégie de la façon suivante : « je pense que du point de vue de Valence, ce n'est que la consolidation d'une dynamique tout à fait légitime. Quand on regarde l'axe nord sud, Rhône, Rhône- Alpin on voit bien qu'entre Lyon et Marseille, les distances sont tellement courtes que Romans Valence, j'allais presque dire Montélimar et je ne serais pas provocateur mais donnent un poids à Valence qui est essentiel ».

Il explique également ces stratégies par : « il y'a une légitimité historique que le législateur a initié et d'ailleurs quand on regarde les lois bien antérieures, je pense à celle de 70 et celle de 91, les notions de territoire, de carte sanitaire étaient déjà plus qu'en germe mais elles n'ont pas abouti tout simplement parce qu'il n'y avait pas la contrainte, il n'y avait pas la rareté des moyens. Aujourd'hui y'a les deux (...) La rareté des moyens ce n'est pas la peine d'insister et la loi HPST, elle a donné cette impulsion ».

A ce stade l'accord cadre s'appuie sur la mise en œuvre d'une stratégie commune :

- en établissant des synergies entre les sites respectifs des deux établissements partenaires, dans le respect de l'identité de chacun, dans un but de qualité et de performance des soins délivrés aux patients, et au meilleur coût,
- en gérant en commun l'organisation regroupée de certaines activités pour garantir l'excellence et la sécurité, ainsi que certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences ou des mutualisations entre les établissements.

Quels sont les points de vue des instances ?

Les différentes instances du centre hospitalier de Crest se sont prononcées durant le premier semestre 2011.

²² LOPEZ, Alain. *L'établissement de santé à la croisée des chemins*. Gestions hospitalières n° 428 août/septembre 2003.

- ✚ Le Conseil de Surveillance en séance du 20 janvier 2011²³ débat du projet médical et du projet d'établissement. Lors du Conseil de surveillance du 14 mars 2011, Monsieur le Président exprime le point de vue suivant : *« le projet médical est toujours en mouvement...Le progrès, en termes de coopérations, est toujours nécessaire et il se dit favorable à une Communauté Hospitalière de Territoire. »*²⁴

Un point toutefois suscite une controverse. Pour le Président du Conseil de Surveillance : *« il est nécessaire d'être clair sur le fait que le projet présenté ne sera pas sur une chirurgie orientée uniquement sur l'ambulatoire et que le Conseil ne votera aucun projet qui serait défini de cette manière. »*

De même, il est fait part de cette réflexion: *« Est-ce que coopérer est une bonne chose ? Aucune personne de bon sens ne dira que coopérer n'est pas une bonne chose (...) Au fond, une question fondamentale sur la coopération c'est de savoir si elle a vocation à étouffer le petit ou à être dans l'intérêt partagé du grand et du petit (...) Ce n'est pas simple parce qu'il y a des effets de mode ou de doctrine, type : seul ce qui est gros est bien ».*

- ✚ La commission médicale d'établissement valide le projet médical et le dossier précurseur de la CHT, l'accord cadre, le 1 avril 2011²⁵.

Pour la présidente de la CME : *« ...l'accord cadre n'est pas la communauté hospitalière de territoire, c'est un des axes de la communauté hospitalière de territoire qui est quand même bien plus vaste. Elle n'est pas encore constituée. Elle va se constituer (...) Je pense qu'elle met en forme des coopérations qui existaient déjà. On n'a pas attendu ni la loi HPST ni les injonctions pour amorcer des coopérations dans l'intérêt des patients... ».*

Le chef de service de chirurgie explique que ces coopérations existent depuis une dizaine d'années : *cela a démarré entre la fédération de chirurgie orthopédie ensuite ça a permis de*

²³ Procès-verbal du Conseil de surveillance séance du 20 janvier 2011, centre hospitalier de Crest.

²⁴ Procès-verbal du Conseil de surveillance séance du 14 mars 2011, centre hospitalier de Crest.

²⁵ Procès verbal de la CME, séance du 1 avril 2011, centre hospitalier de Crest.

faire une passerelle pour créer la fédération des urgentistes et aujourd'hui l'accord cadre va aller à l'étape supplémentaire pour le moment dans presque tous les domaines médicaux.

- ✚ Le Comité Technique d'établissement, en séance du 28 mars 2011²⁶, donne un avis favorable à la note d'étape de l'accord cadre qui prévoit les capacités.

Le représentant du personnel développe ce point de vue : *« c'est un échelon supplémentaire ou une strate supplémentaire après la mise en place de la fédération de chirurgie, de la fédération des urgences... C'est plus une formalisation beaucoup plus précise qu'on n'avait pas avant. L'accord cadre donc y'a une formalisation, des tas de procédures, les choses sont bien cadrées mais ça participe de la même logique, de la même philosophie ».*

- ✚ La Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques, réunie en séance du 7 avril 2011 approuve à l'unanimité le projet médical et le programme capacitaire en soulignant *« l'importance du respect des engagements mutuels, en particulier sur le fonctionnement de l'activité ambulatoire ».*²⁷

Quels sont les points de vue des décideurs institutionnels ?

La communauté médicale trouve dans ce débat matière à exprimer des points de vue différents. Pour les uns, l'accord-cadre crée des craintes qui s'expriment suivant les secteurs d'activités.

- ✚ La perspective du développement des soins palliatifs en coopérations fait craindre la perte de la spécificité et de fait : *« On ne comprend pas qu'il y ait une unité qui se crée à Valence (...) créer une unité à Valence ; ça donne toutes les raisons de pouvoir supprimer l'unité de soins palliatifs à Crest (...) ça ne peut se faire qu'aux dépens de celle de Crest »* nous explique le chef de service des soins palliatifs.

- ✚ L'accord cadre est perçu comme le renforcement d'une collaboration déjà existante. C'est le cas pour le chirurgien qui y voit le développement d'autres disciplines mais en gardant une indépendance : *« Mes confrères valentinois et moi-même on était vraiment*

²⁶ Procès verbal du CTE, séance du 28 mars 2011, centre hospitalier de Crest.

²⁷ Procès verbal de la CSIRMT, séance du 7 avril 2011, centre hospitalier de Crest.

✚ *convaincus de garder quelques lits de chirurgie pour recevoir cette pathologie et l'expérience a montré que Crest peut continuer à exercer sa fonction en indépendant de l'hôpital de Valence tout en ayant des accords de réciprocité et de gestion ».*

✚ *Pour le chef de pôle de gériatrie le problème se situe au niveau de la forme : « On a l'impression que les choses sont déjà réfléchies à l'avance simplement on veut nous faire croire que c'est nous qui l'avons décidé puis si jamais ça ne marche pas ce sera de notre faute » ; car sur le fond la même personne s'accorde à dire que : « Maintenant sur les communautés de territoire, c'est un découpage qui est assez logique et qui se fait (...) mais pas forcément de façon négative (...) penser le découpage en fonction des besoins de la population (...) c'est quelque chose que je respecte tout à fait ».*

✚ *Pour d'autres médecins, l'accord cadre est vécu comme positif : « Ça me paraît logique qu'on associe chacun nos compétences, afin, que chacun apporte ses compétences et arriver à pouvoir rendre service à la population et être le plus performant possible ».*

D'une manière plus précise le médecin urgentiste objective le bénéfice induit par un dispositif qui allie rapidité et performance : *« Nos polytraumatisés qu'on ne peut pas gérer, vont après la régulation, directement sur Valence pour bénéficier des soins les plus performants et dans les meilleurs délais possibles ».*

Cette vision positive est également partagée par les représentants de l'administration qui ont été associés aux travaux préparatoire à l'accord-cadre. L'accord-cadre s'inscrit dans la logique de la réforme hospitalière et il est apprécié comme une démarche qui peut donner de bons résultats si chacun l'appréhende dans le cadre d'un constat lucide et pertinent.

✚ *Le Président du Conseil de surveillance traduit ce principe par le point de vue suivant : « Alors, un des intérêts de la gouvernance hospitalière qui n'a pas que des bons côtés, c'est qu'il me semble que l'Administration est capable de mieux s'affirmer à l'égard du pouvoir médical. Il faut beaucoup de respect à l'égard de la communauté médicale, il n'y a pas d'hôpital sans médecine, il n'y a pas de communauté hospitalière sans médecin... »*

✚ *Pour l'attachée d'administration : « Ce que j'en pense moi c'est une bonne chose pour l'hôpital de Crest. Vu le contexte on est obligé d'évoluer. Seul, on est une petite structure*

de proximité on voit bien les limites, les fragilités qu'on a sur le plan médical... Donc effectivement c'est une utilité et c'est une chose, c'est important pour l'avenir de l'hôpital de Crest ». Mais une fois que la CHT sera configurée il semble important pour la directrice adjointe d'aller au-delà car : « c'est fait sur la base du volontariat mais les personnes bougent, changent donc après effectivement c'est un peu lié à la prédisposition des uns et des autres à s'inscrire dans la collaboration et à vouloir travailler ensemble ».

Dans l'ensemble les personnes interviewées conçoivent l'accord-cadre, prémices de la CHT, comme étant un outil favorable à une dynamique de changement.

Aussi nous pensons pertinent de nous intéresser à la dynamique que le projet de CHT entraîne au sein de la structure concernée.

Dans une seconde partie nous nous intéressons à cette dynamique et nous complétons notre étude d'une approche conceptuelle du changement et de la culture institutionnelle.

II) ENTRE CHANGEMENT ET CULTURE, QUELS ÉCLAIRAGES CONCEPTUELS SUR LE PROCESSUS DE CRÉATION DE LA CHT ?

II.1 Le changement comme adaptation de l'organisation et de ses acteurs.

Les établissements concernées par la CHT ont fait le choix d'engager leur démarche de coopération par la rédaction d'un accord-cadre, prémices d'un projet médical de territoire. Ce projet a un double objectif : appréhender les problématiques de santé publique pour améliorer l'état de santé de la population et viser l'excellence médicale tant pour les usagers que pour et les professionnels en termes de visibilité et d'attractivité au sein d'un territoire.

L'enjeu pour les promoteurs du dispositif est de faire évoluer les organisations de chaque institution dans un esprit de complémentarité et d'efficience ; pour les décideurs institutionnels, c'est s'adapter à une culture du travail fondée sur la collaboration, la coopération et la complémentarité ; c'est s'engager dans une dynamique favorable au changement mettant en exergue l'importance d'agir ensemble.

Ainsi il nous semble nécessaire de définir le concept de changement.

II.1.1. Élément de définition du concept de changement.

Le terme de changement vient « *du latin cambiare qui veut dire échanger, troquer, d'où se transformer, devenir différent. C'est la transformation significative, partielle ou générale, du système social dans ses différentes composantes et modes d'actions* ». ²⁸

Le changement dans le champ professionnel confère au développement, à la maturation, au progrès, mais aussi à la dissolution et à la régression. Le changement se produit sans cesse. Il peut tenir compte de l'évolution et se produire naturellement et graduellement ; il peut au contraire se produire soudainement et souvent de manière imposé. Dans les deux cas le processus d'adaptation varie d'une personne à une autre ou d'une institution à une autre.

²⁸ Dictionnaire de sociologie, sous la direction d'AKOUN et ANSART, Tours, collection Le Robert Seuil, 1999, page 98.

Le changement est un phénomène difficile à réaliser, non pas que la nature humaine soit contre puisque *« tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement »*.²⁹ Mais l'individu qui a le sentiment de perdre quelque chose, peut soit le refuser soit le freiner.

Le changement nous dit Philippe BERNOUX dans son ouvrage « la sociologie des organisations » ne peut en effet *« se réduire à une décision hiérarchique (...) le changement ne se décrète pas (...) une loi ou un ordre peuvent accompagner ou susciter un nouveau mode relationnel, surement pas le déclencher »*.³⁰

Jean MAISONNEUVE dans son ouvrage « *La dynamique des groupes* »³¹ précise *« l'introduction au changement soulève initialement des résistances, cela se produit lorsqu'il s'agit de modifier des habitudes quotidiennes ou de promouvoir de nouvelles méthodes de travail ou d'organisation, la transition est toujours difficile. La résistance au changement peut provenir du caractère coercitif que revêt assez souvent le changement ; le citoyen, l'usager, le travailleur se trouve astreints à des nouvelles opérations sans avoir été en général informés ni consultés »*.

Cette démarche, nous amène à nous interroger sur le changement et la manière dont les professionnels, qu'ils soient promoteurs ou acteurs, l'appréhendent.

Qu'en est-il pour les professionnels acteurs du Centre Hospitalier de Crest ?

²⁹ BERNOUX, Philippe, La sociologie des organisations, 6eme Ed, Paris, Edition le Seuil 2009,

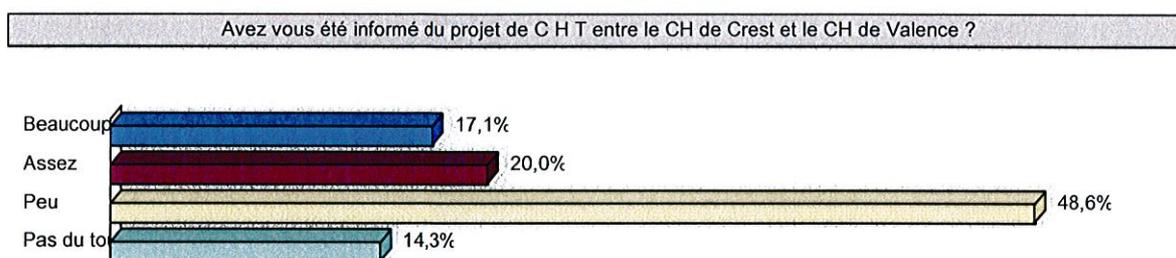
³⁰ Ibid post cit , page 231.

³¹ MAISONNEUVE, Jean, *La dynamique des groupes*, Que sais-je ? PUF novembre 2011, page38.

II. 1.2. La connaissance du projet de CHT par les professionnels acteurs.

Nous avons souhaité connaître dans un premier temps si les professionnels acteurs ont eu l'information du projet de CHT. Pour rappel, ce questionnaire a été réalisé en mars 2012 soit une année après le début du travail sur l'accord cadre.

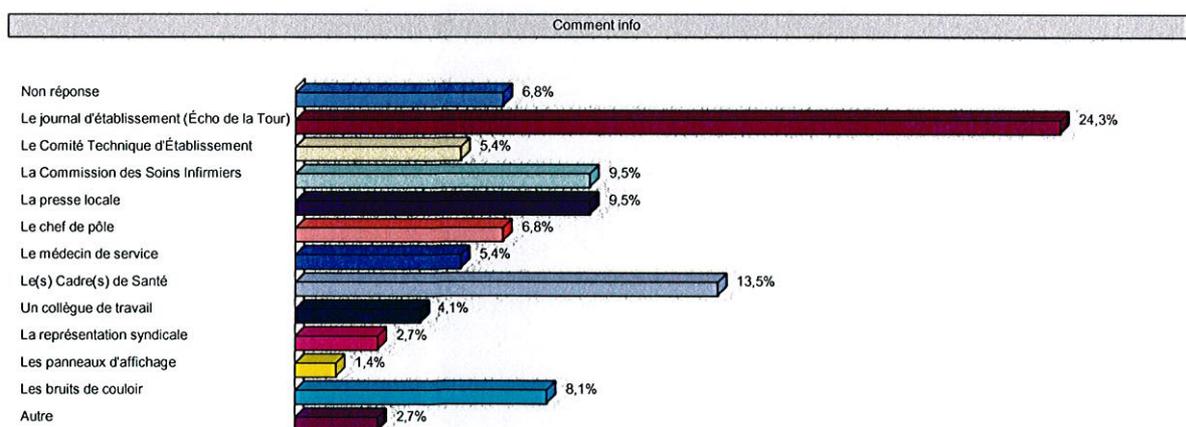
Graphique 5 : l'information du projet de CHT.



Si l'on se réfère aux résultats du questionnaire on note que près de 65 % des agents disent avoir été peu ou pas du tout informé du projet de CHT entre le centre hospitalier de Crest et le centre hospitalier de Valence.

Nous avons demandé ensuite quels étaient les vecteurs de cette information.

Graphique 6 : les vecteurs de l'information.

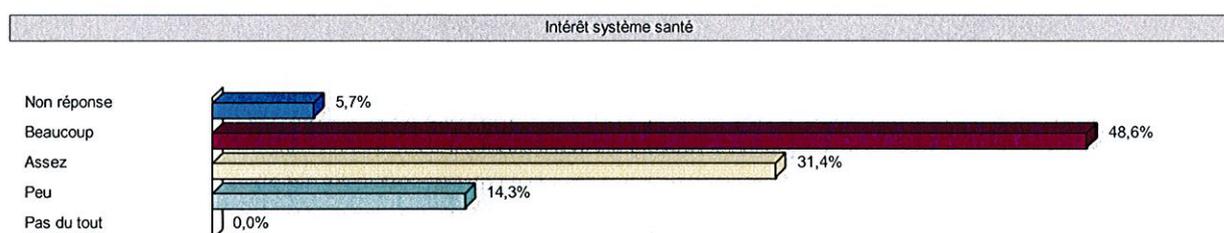


Les résultats de l'enquête auprès des professionnels acteurs montrent que le journal d'établissement du Centre Hospitalier de Crest est l'outil prévalent de la communication institutionnelle. Les cadres de santé sont cités en second, cela leur confère une place stratégique

dans la dynamique hospitalière. Les instances hospitalières jouent un rôle limité. La communication réalisée par la représentation syndicale est faiblement perçue. De même et paradoxalement à leurs fonctions de décideurs, les chefs de pôle et les médecins des services ne sont pas identifiés comme des vecteurs majeurs du projet.

Nous avons demandé aux professionnels acteurs de nous indiquer l'intérêt qu'ils portent au système de santé.

Graphique 7 : l'intérêt par rapport au système de santé.



Une majorité d'entre eux (80 %) est intéressé. Toutefois, l'appréciation quantitative doit être prise en compte avec prudence en raison du faible taux de réponse.

Quelle analyse peut-on en faire de ces résultats ?

Les résultats obtenus par l'enquête et le faible taux de retour des questionnaires nous amène à penser que le personnel n'a pas eu l'occasion de mieux s'informer sur le projet ou que tout simplement les moyens d'information et de communication restent insuffisants. De fait on peut supposer qu'il existe une disparité dans l'acquisition de cette information. Le corps médical, les cadres et l'administration ont participé à l'élaboration de l'accord-cadre mais les professionnels acteurs n'ont vraisemblablement pas bénéficié d'un travail de proximité réalisé par les décideurs institutionnels. Peu d'information a été donné par les médecins de service ; pourtant dans les services soignants, le rôle joué par le médecin du service œuvre à donner une tonalité spécifique à son équipe.

Aussi on peut penser que ce déficit d'information peut laisser la place à la rumeur, aux bruits de couloir, à la désinformation, à l'interprétation, générant ainsi l'inquiétude, la méfiance, le doute,

aboutissant à l'apparition de comportements de résistance. Le projet de CHT ne nécessite-t-il pas que soit élaborée une nouvelle communication de sorte que les professionnels acteurs puissent connaître précisément les axes de développement présents et futurs ?

Le changement vécu comme la « prescription » d'une réforme est considéré comme un objectif externe, dont la réalisation passe nécessairement par une phase de mise en œuvre, où il s'agit d'accompagner les professionnels. La communication du projet est une composante essentielle de la compréhension du changement.

Rechercher chez les professionnels cette compréhension du changement nous semble une étape supplémentaire à franchir.

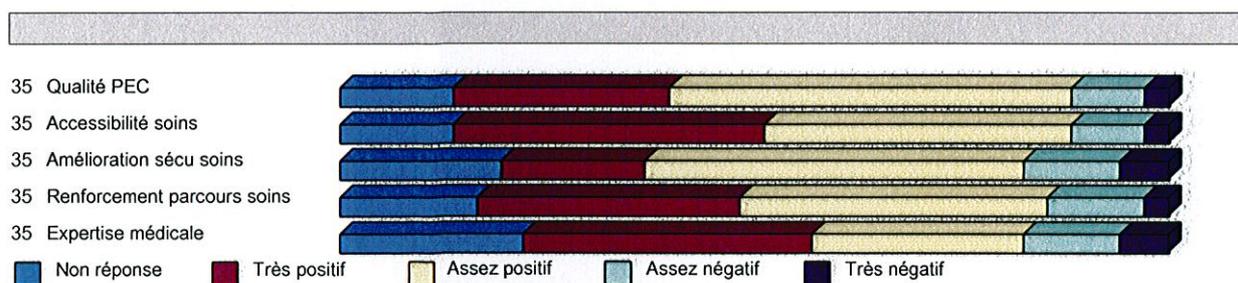
II.1.3. La perception que les professionnels acteurs ont du changement.

Nous avons sollicité les professionnels acteurs pour nous indiquer la perception du changement que la CHT entraînera au niveau des pratiques. Nous avons volontairement prédéfini des items pour chaque champ : les usagers, le centre hospitalier, le corps professionnel.

Volontairement, ces items proposent des perspectives d'amélioration afin de solliciter chez les professionnels acteurs un regard prospectif.

- ✚ Les attentes d'amélioration pour les usagers : la qualité, l'accessibilité, la sécurité, le parcours de soins et l'expertise.

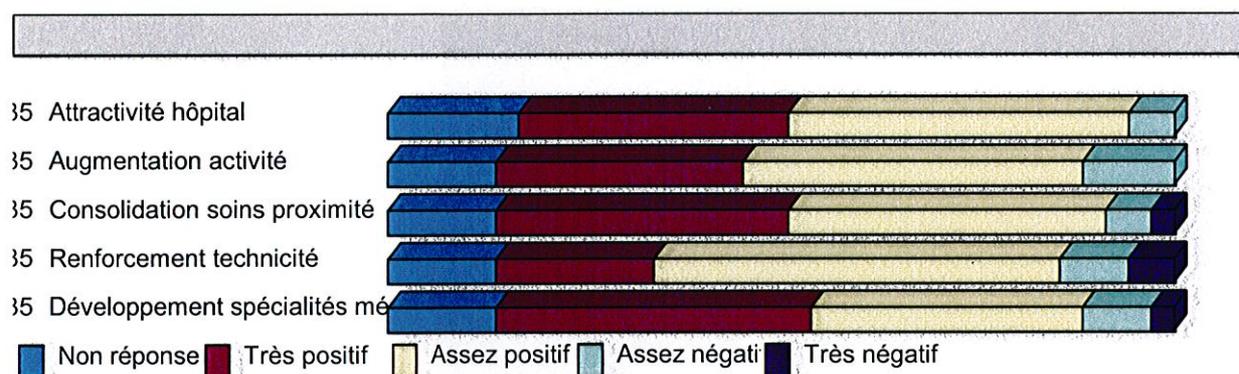
Graphique 8 : les attentes d'amélioration pour les usagers.



Les résultats montrent une perception « assez positive » et « très positive » sur l'ensemble des items. Les réponses « assez négatives » et « très négatives » sont plus importantes pour ce qui concerne la sécurité des soins et l'expertise médicale ; on note également un taux de « non réponse » plus élevé sur ces deux items. Pour les professionnels acteurs il apparaît que le changement peut générer des perspectives d'amélioration qui peuvent être objectivées sur des aspects connus et sur lequel leur responsabilité est engagée. Mais les perspectives d'amélioration apparaissent plus discrètes dans les items moins maîtrisables.

- ✚ Les attentes en amélioration concernent pour le Centre Hospitalier : l'attractivité, l'activité, la proximité, la technicité, les spécialités médicales.

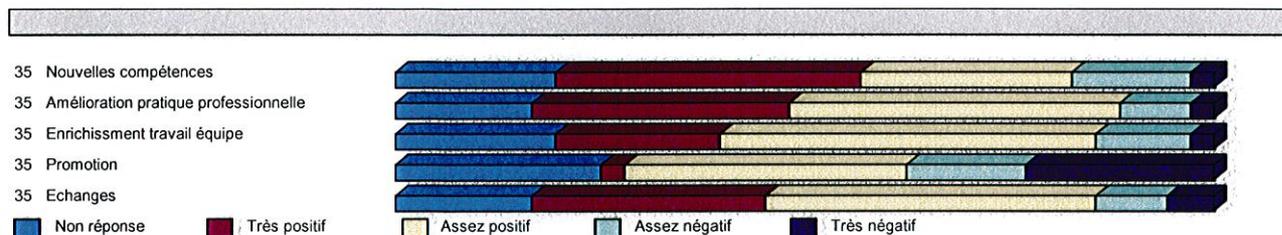
Graphique 9 : les attentes d'amélioration pour le Centre Hospitalier.



Les résultats montrent une perception « assez positive » et « très positive » de l'impact économique que la Communauté Hospitalière de Territoire peut générer pour le Centre Hospitalier. Le changement est justifié, aux yeux des personnels acteurs, par des arguments économiques et stratégiques relatifs aux avantages supposés d'accroissement de l'activité et de l'attractivité de l'hôpital. Parallèlement la consolidation des soins de proximité est appréciée très positivement comme un atout qui peut être conforté, certainement par le développement des spécialités médicales.

- ✚ Les attentes en amélioration pour le corps professionnel : les compétences, la pratique professionnelle, le travail en équipe, promotion, les échanges.

Graphique 10 : les attentes d'amélioration pour le corps professionnel.



Les attentes d'amélioration concernent tous les items, excepté la promotion qui reste dans une perspective positive et négative également partagée. Dans cette dynamique on retrouve l'idée d'incertitude et de crainte par rapport à une nouvelle organisation qui pourrait ne plus offrir des possibilités de progression professionnelle.

Les professionnels acteurs perçoivent au travers du changement que peut générer la CHT un remaniement des équilibres qu'ils entretiennent avec l'institution. Cela peut concerner en particulier la réorganisation de l'activité qui peut conduire à l'arrivée de nouvelles expertises, à des modifications des modes de prises en charge ou à l'abandon de certaines pratiques.

Ces changements apparaissent importants pour les professionnels acteurs car ils modifient les rapports de pouvoir avec l'institution et entre les individus. Même si nos résultats restent modestes et ne concernent qu'un nombre limité de professionnels, le changement qu'implique le projet de CHT réinscrit les acteurs dans une renégociation de leurs rapports d'influence et de pouvoir dans l'institution.

II.1.4. Le projet de CHT entre avantages et inconvénients.

Pour ceux qui l'accompagnent (les décideurs institutionnels) comme pour ceux qui le vivent sans l'avoir choisis (les professionnels acteurs) le projet de Communauté Hospitalière de Territoire constitue un exercice qui comporte des avantages et des inconvénients.

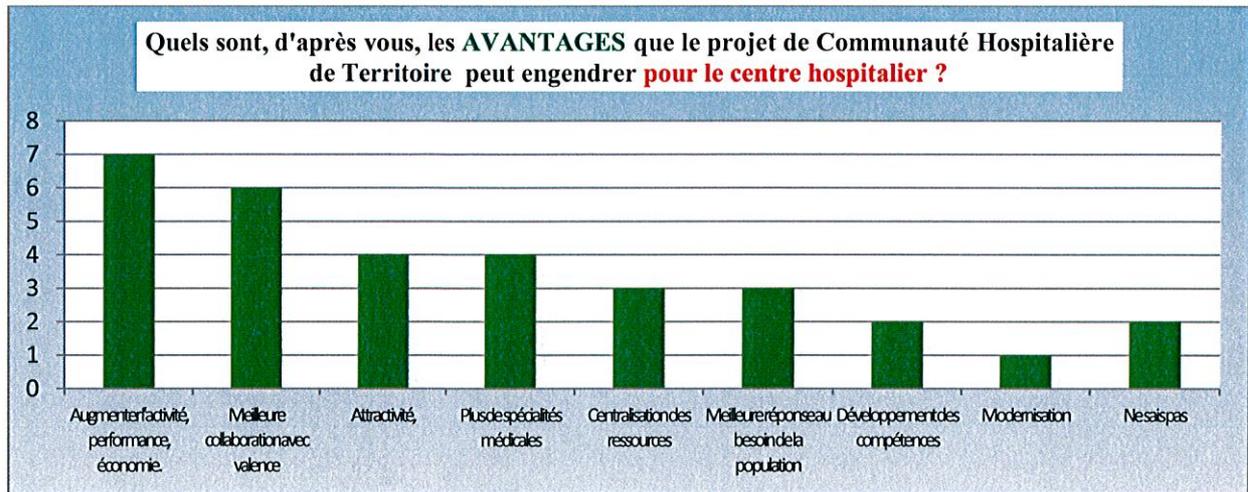
Nous avons, à partir de six questions ouvertes, demandé aux professionnels acteurs de nous indiquer quels sont d'après eux les avantages et inconvénients que le projet de CHT peut engendrer pour : le centre hospitalier, votre corps professionnel, les usagers.

Les réponses apportées à ces questions font l'objet d'un recueil sémantique consultable en annexe. Afin d'en faciliter la lecture et l'interprétation, nous réalisons une analyse de contenu des réponses formulées. Celle-ci se fonde sur un regroupement des réponses et un repérage des similitudes de sens. Nous présentons pour chacune des questions un graphique en forme d'histogramme.

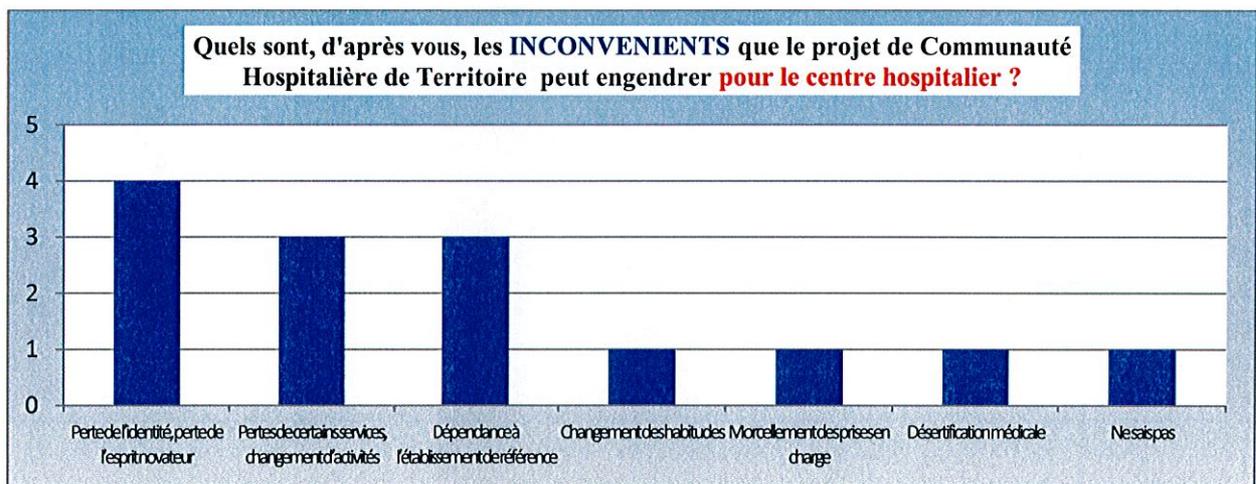
Nous présentons cet ensemble sur les trois pages suivantes, de manière organisée, permettant ainsi un comparatif des réponses.

Les points de vue sur les avantages ou inconvénients que le projet de CHT peut engendrer pour le centre hospitalier.

Graphique 11



Graphique 12

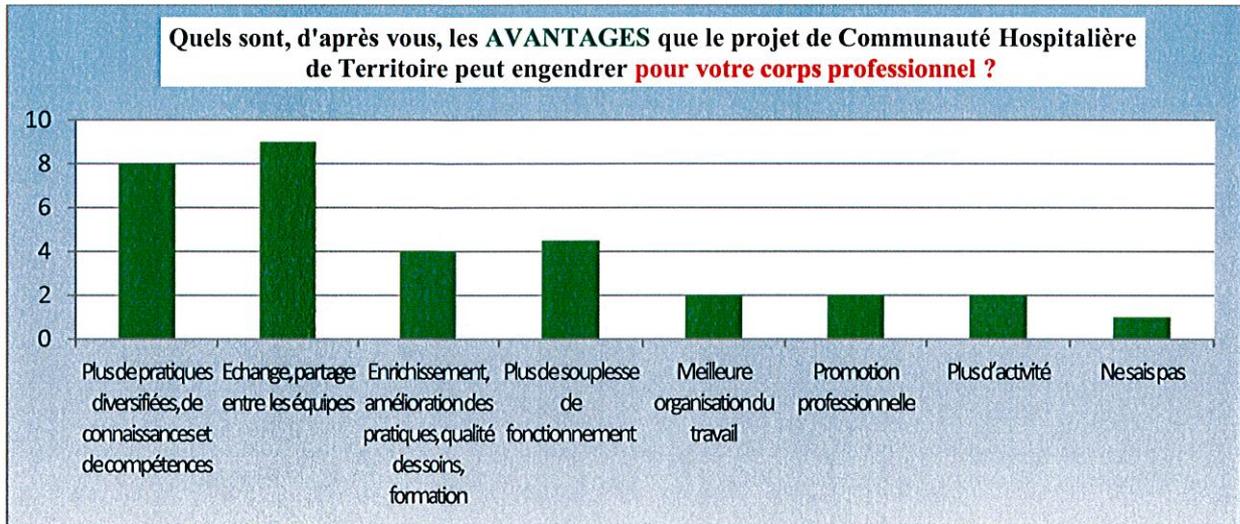


Le projet de CHT répond à une espérance pour une majorité des répondants. Les notions *d'augmentation d'activité, de performance et d'économie* sont associées à une *meilleure collaboration avec le centre hospitalier de Valence* qui génère plus de *spécialités médicales*, une *meilleure utilisation des ressources*, un *développement des compétences et de l'offre de soins*.

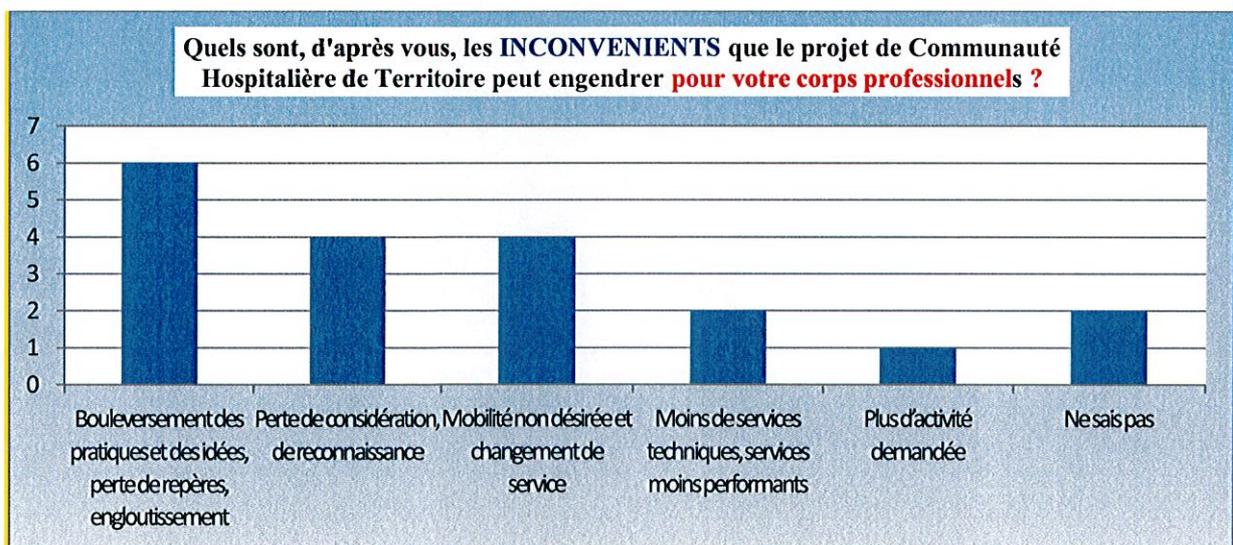
Pour autant, le projet de CHT est source d'inquiétude pour une partie des professionnels. Cette inquiétude se manifeste par le sentiment de perte : *perte de l'identité, perte de l'esprit novateur, perte de certains services*. La notion de *dépendance à l'hôpital de référence* fait craindre un *changement des habitudes, un morcellement de la prise en charge*. La *désertification médicale* est également citée ; elle vient renforcer l'idée de perte de la ressource médicale.

Les points de vue sur les avantages ou inconvénients que le projet de CHT peut engendrer pour les corps professionnels.

Graphique 13



Graphique 14



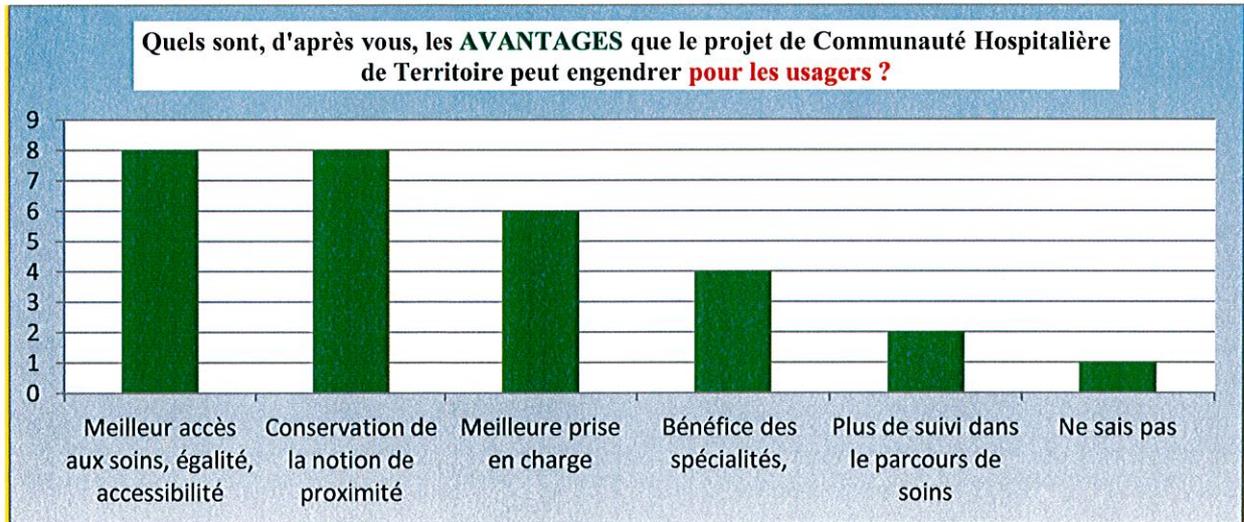
Le projet de CHT est considéré comme un événement positif pour une majorité des répondants. Les notions de *plus de pratiques, plus de connaissances, de partage entre les équipes* sont sources d'amélioration de la qualité des soins et de formation. Cela permet aux professionnels de penser *plus de souplesse dans le fonctionnement et une meilleure organisation du travail*. La *possibilité de promotion professionnelle et l'augmentation de l'activité* apparaissent également comme des avantages.

Mais l'ambivalence face au projet de CHT est aussi présente. Le sentiment de perte précédemment évoqué est ici renforcé par une expression forte concernant le *bouleversement des pratiques et des idées, la perte de repères et l'engloutissement*. Ce sentiment est vécu sur le plan personnel par la *perte de la considération et la perte de la reconnaissance*. La crainte d'une *mobilité et du changement de service* est également exprimée. Le changement du type d'activité est aussi cité : *moins de services techniques, services moins performants, avec un surcroît de l'activité demandée*.

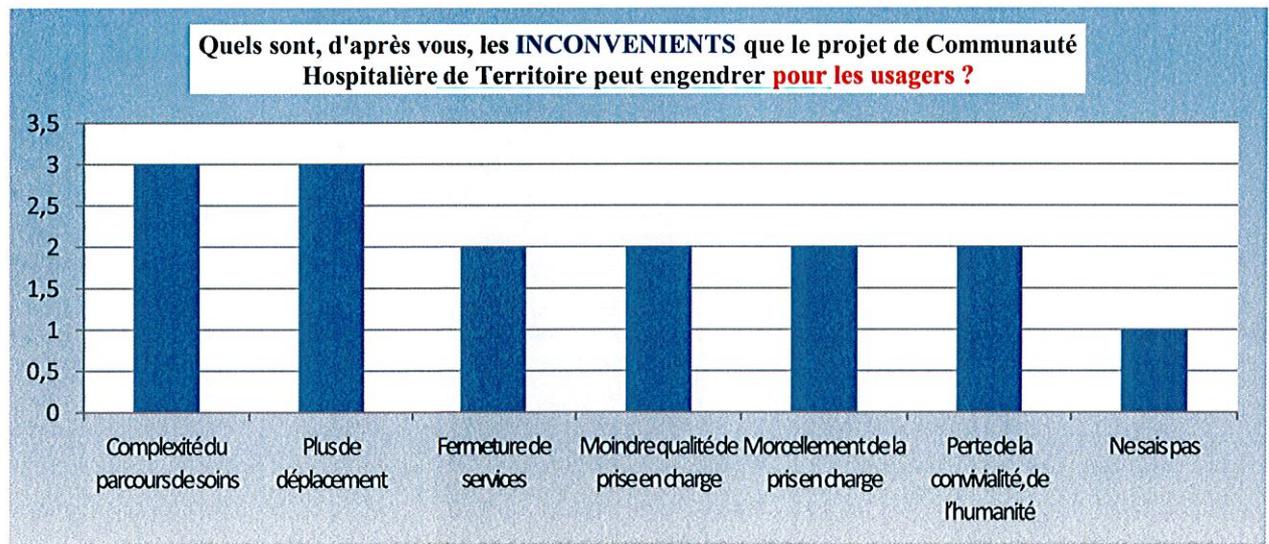
Le projet de CHT doit être également apprécié sous l'angle des avantages et inconvénients qu'il peut engendrer pour les usagers.

Les points de vue sur les avantages ou inconvénients que le projet de CHT peut engendrer pour les usagers.

Graphique 15



Graphique 16



Les notions de *meilleur accès aux soins, accessibilité, d'égalité, de proximité* sont majoritairement citées. Pour l'utilisateur, la CHT est source d'une *meilleure prise en charge, de plus de spécialités* et de *plus de suivi dans le parcours de soins*.

Concernant les points de vue recueillis, les avantages perçus apparaissent plus importants que les inconvénients. Toutefois les perspectives d'amélioration se heurtent aux inconvénients. Les craintes et les réserves sont également présentes en ce qui concerne : la *complexité du parcours*

de soins, les déplacements pour les usagers et la moindre qualité de la prise en charge générés par la fermeture des services. Sont également cités, le morcellement de la prise en charge ainsi que d'une manière plus précise le sentiment de perte de convivialité et d'humanité.

Le projet de CHT entremêle des attentes de nature positive : des avantages d'amélioration et d'accroissement de l'activité. Mais, il suscite également des inquiétudes, des craintes qui s'expriment par ces sentiments de perte.

Ivan SAINSAULIEU dans son ouvrage *l'hôpital et ses acteurs* explique le processus de différenciation organisationnelle : « *les restructurations s'accompagnent de restructurations mentales : idéalisation de l'ancien service, appréhension apocalyptique, sentiment de disqualification, alimenté par les faiblesses de position collectives* ». ³²

La mise en œuvre du projet de CHT au centre hospitalier de Crest comme la traduction concrète de la recomposition de l'offre de soins ne semble pas déroger à cette règle.

Nous allons de ce fait tenter de comprendre l'organisation du processus mis en œuvre à l'occasion de ce changement.

II.1.5. Le changement : entre attentes et craintes un processus social complexe.

Dans leur article : « *La conduite du changement, quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière* ³³ », Etienne MINVIELLE et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS parlent des caractéristiques qui permettent d'appréhender les événements qui se jouent lors du changement.

Ils citent un ensemble de points qui caractérisent ce processus ; nous pensons comme les auteurs que « *le changement est un processus social complexe qui se déploie dans un contexte particulier et qu'il est possible de le décrire et de l'analyser en considérant les relations récursives qui se tissent entre d'une part les caractéristiques du contexte dans lequel le*

³² SAINSAULIEU Ivan, *L'hôpital et ses acteurs - appartenance et égalité*, Editions Belin, mars 2007, page 267.

³³ MINVIELLE, Etienne, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, *La conduite du changement, quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière*, <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion> n°150-2004, pages 29 à 53.

changement émerge et se diffuse et d'autre part, la forme et les effets du processus de changement³⁴ ».

Chacun de ces points peut être mis en lien avec les points de vue recueillis lors des entretiens auprès des décideurs institutionnels et les réponses aux questionnaires des professionnels acteurs.

➤ Les grands enjeux du changement :

Pour les auteurs, il s'agit de la vision « utopique » du changement qui est proposé ou construit. Elle permet aux acteurs de se situer par rapport aux modifications organisationnelles et structurelles qui sont provoquées par le changement.

La CHT est un outil qui répond à des principes à la fois de contrôle des coûts, de sécurisation des soins, et de garantir de l'offre de soins. Dans ce dispositif impulsé par les ARS les directeurs des hôpitaux apparaissent comme les promoteurs principaux du changement. Le directeur du centre hospitalier de Crest l'exprime de cette manière « *on est dans une action, certainement dynamique, un changement d'ère, de génération d'époque et je l'aborde avec une certaine gourmandise parce que je crois que ça correspond à une bonne analyse* ». La reconnaissance du rôle du directeur dans le pilotage du changement ne signifie pas l'absence d'autres promoteurs.

L'attachée d'administration explique que « *c'est bien évident que la CHT, outil de coopération, est de faire coopérer des établissements sur le projet médical commun pour essayer aussi de rationaliser l'offre de soins (...) l'ARS et les pouvoirs publics qui ont mis en place la CHT, en attendent des plus values au niveau de la qualité des soins et pour faciliter le parcours du patient* ». De même la directrice adjointe affirme que cela « *ancre certaines valeurs médicales et soignantes pour pouvoir justement dans un bassin de population faire prendre en charge les différentes problématiques de santé tout en conservant la singularité de chaque établissement* ».

Ces points de vue exprimés montrent l'intérêt que l'administration accorde à ce projet.

Cet intérêt est paradoxalement perçu différemment par le corps médical qui considère que : « *on voit bien que les coopérations font peur. Elles font presque plus peur aujourd'hui aux personnels administratifs de l'hôpital de Crest qu'aux médecins et aux soignants* ». Il semble que l'appréciation soit un peu présupposée !

³⁴MINVIELLE, Etienne, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, op.cit page 37.

Cependant comme nous le rappellent les auteurs suscités d'autres acteurs doivent aussi être porteurs du projet. Au sein du centre hospitalier le président du conseil de surveillance, le représentant syndical, les médecins référents sont également responsables de sa réussite ou de son échec. La démarche de préparation du projet qui s'est caractérisée par la formalisation de l'accord-cadre s'est effectuée au sein de deux petits groupes constitués entre le centre hospitalier de Crest et le centre hospitalier de Valence. Cette démarche a été complétée par une diffusion au sein des instances institutionnelles : directoire, Collège Cadres/ médecins, CME, CTE, DSIRMT.

Malgré cela les professionnels considèrent à 65 % avoir été peu ou insuffisamment informés du projet. Faut-il considérer ce résultat comme insuffisance d'information ou plutôt comme une prudence à l'égard du projet ? Dans l'entretien le délégué syndical expose son point de vue de la manière suivante : « (...) si on les a bien associés à la genèse du projet, si on a bien expliqué, si on a bien levé les freins, et si on a bien été capable de leur démontrer ce que ça allait leur apporter, eh bien on s'aperçoit par expérience, qu'à terme ils sont aussi moteurs parce qu'en fait en fin de compte, ils accompagnent le changement mais ils amènent aussi leur expérience dans ce changement, et du coup, ils évitent parfois certains travers ».

Ce point de vue nous renvoie à la notion de temps nécessaire au projet.

➤ La gestion de la temporalité :

Pour les auteurs la gestion de la temporalité apparaît comme un aspect essentiel du pilotage du changement opéré : « cette association d'échéances, construite et imposée, donne au déroulement du projet un rythme alterné de compression – atteindre les échéances avec une connaissance relativement précise de l'objectif poursuivi et des moyens pour y parvenir – et de décompression – développer de nouveaux horizons, apprendre, fixer de nouvelles échéances³⁵ ».

Le projet de Communauté Hospitalière de Territoire qui nous concerne est une démarche imposée par l'ARS qui précise un calendrier : ce projet s'inscrit dans le cadre des travaux préparatoire du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 4 (SROS).

³⁵MINVIELLE, Etienne, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, op.cit page 43.

Pour les établissements, des projets de coopération sont présents depuis de nombreuses années ; la fédération de chirurgie existe depuis 10 ans et *l'expérience était vraiment très positive* nous rappelle le chef de service de chirurgie. Pour le chef de service des urgences « *nous travaillons en fédération depuis 2007 (...) On est un pool de médecins et ça je crois que personne ne peut le contester* ».

Cette temporalité apparaît également dans le discours des décideurs institutionnels à l'évocation de l'accord cadre. Pour la présidente de la CME, « *l'accord cadre n'est pas la CHT, c'est un des axes de la CHT qui est quand même bien plus vaste. Elle n'est pas encore constituée. Elle va se constituer je dirais par les orientations de l'accord cadre peut-être avec d'autres structures* ». Même si pour le directeur du centre hospitalier de Crest la CHT *n'attendra pas quatre ou cinq ans*, à ce stade il est difficile à dire si elle évoluera sous une forme juridique plus précise de type Groupement de Coopération Sanitaire. Peut-être faut-il rappeler ce point de vue du chef de service des soins palliatifs « *la communauté hospitalière de territoire se heurte à toutes les influences de tout le monde, à tous les groupes de pouvoirs parce que chacun défend son pré carré, ça c'est évident* » Aussi on peut comprendre que le temps présente une valeur qui varie selon le type d'acteurs, chacun à ses propres échéances liées à des stratégies singulières qui peuvent plus ou moins coïncider avec l'état d'avancement du projet.

Pourtant le besoin de stabilité est nécessaire selon le président du Conseil de surveillance car « *les choses ne sont jamais écrites pour 20 ans (...) il peut y avoir des accords locaux. Mais ces accords locaux, il faut à la fois que la tutelle les partagent, il faut aussi qu'elle en garantisse une certaine stabilité et mise en œuvre opérationnelle* ».

➤ Le développement de l'apprentissage de la connaissance d'une nouvelle réalité.

D'une part, dans un contexte connu pour être ouvert aux nouvelles idées, Etienne MINVIELLE et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS soulignent que : « *le processus de changement engage une dynamique de connaissance seulement si les acteurs acceptent d'apprendre. D'autre part, dans chacune des opérations apparaissent de nouveaux savoirs affectifs, expression tangible d'un apprentissage³⁶* ».

Les échanges inter-établissement que va générer la CHT vont influencer inévitablement les pratiques professionnelles en occasionnant un élargissement des connaissances et des

³⁶ MINVIELLE, Etienne, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, op.cit page 44.

compétences comme le précise le chef de service de gériatrie : « *le fait de profiter de la compétence des autres établissements et d'avoir des échanges et être reconnu au niveau des autres* ».

Toutefois pour que les échanges et la dynamique s'installent les professionnels devront y trouver un intérêt. Le centre hospitalier aura la responsabilité d'être encore plus innovant et plus attractif. C'est d'ailleurs un des axes forts que met en avant le chef de service des urgences : « *Par rapport à ce qu'on a ici, on n'a quand même pas encore trop d'échanges dans le paramédical. Je pense qu'il faut l'envisager, c'est clair. Peut-être pas faire des échanges comme nous médecins mais faire des formations pourquoi pas interactives, - pas que nous petit hôpital périphérique, eux aussi ils peuvent venir voir comment nous on fonctionne (...) au travers de formations ponctuelles* ». Toutefois les freins à cette dynamique ne sont pas ignorés. *Forcément c'est la mentalité. La psychologie des gens, y'a toujours des gens qui détiennent des choses et ce n'est pas à eux de venir vers le plus petit. Ce sera très difficile, c'est toujours nous petit hôpital de proximité qui devront aller vers eux* ». Ce travail de collaboration et d'échanges est à construire, « *il est à initier pour pouvoir justement ancrer et faire en sorte que les valeurs soient partagées* » (...) *il faut inciter un petit peu les agents à sortir de leur structure parce que ça me semble important qu'il puisse envisager de voir comment s'opère les pratiques professionnelle* » nous précise la directrice adjointe.

« *Bien sûr* » nous dit le délégué syndical « *alors y'aura des résistances comme dans tout changement parce qu'il y a toujours des résistances au changement mais je pense que l'important au départ c'est de bien associer les gens, bien leur expliquer ; car quand on explique bien, quand on prend le temps, c'est jamais du temps perdu le temps de l'explication, c'est du temps que l'on retrouve plus tard, après on le retrouve dans la fluidité dans la dynamique* ».

➤ Un arbitrage entre les approches volontaristes et négociées.

Selon le style plus ou moins volontariste adopté, « *vont se dessiner des résistances ou des approbations. Cette divergence d'approche se traduit par le recours à une démarche soit déductive "top down" soit inductive "bottom to top". Chacune de ces démarches renvoie à un profil du promoteur que ce soit dans une approche volontariste ou dans une démarche imposée³⁷* ».

³⁷ MINVIELLE, Etienne, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, op.cit page 46.

La démarche inspirée au centre hospitalier de Crest relève d'une association des approches déductive et inductive.

Conscient des problématiques posées par le management d'un projet à fort enjeu, le directeur du Centre Hospitalier a souhaité « *bien la médiatiser, bien la vendre (...), Il est important de donner l'information et de donner la confiance. Si on leur montre que l'hôpital est dans une démarche dynamique, je pense qu'ils suivront* ».

Il est important également de traduire les aspirations des professionnels car nous dit la présidente de la CME « *Tout ne descend pas, ça remonte à certains moments, dans une CHT on n'est pas englobé dans un magma qui n'a plus de sens mais qu'on sait vraiment défendre la proximité et la qualité, la qualité de prise en charge du patient, la qualité de vie au travail aussi parce que je crois qu'on est un peu à un virage et soit on sait le prendre correctement soit tout le monde va y perdre* ».

Pour les cadres, il s'avère qu'ils sont partagés nous dit l'attachée de direction : « *Ils se rendent compte de cette nécessité de coopérer, d'aller vers la Communauté Hospitalière de Territoire, mais ils sont proches des équipes et ils sont charnières, pour eux le positionnement n'est pas facile* ».

Pourtant les cadres ne sont-ils pas partie prenante de la dynamique hospitalière ?

Renforcée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », la gouvernance hospitalière favorise l'apparition de nouvelles fonctions et élargit le champ d'action des cadres hospitaliers. Or, ceux-ci assument d'ores et déjà de lourdes responsabilités, du management aux changements organisationnels, en passant par l'encadrement des équipes. Qu'ils soient cadres de santé, techniques, ou administratifs, ils sont au centre d'un processus complexe de décision et de flux d'information.

De ce fait Henry MINTZBERG, dans son ouvrage intitulé « *Le management, voyage au centre des organisations* » nous dit : « *Pour mener une action commune, il est nécessaire de rassembler des hommes et de coordonner leurs actions à l'aide de moyens de l'organisation. Le*

manager est chargé de coordonner et de diviser le travail. Son action s'inscrit dans le cadre d'une structure organisationnelle. Cette action suit un but qui se traduit par une stratégie »³⁸

Ainsi la mise en œuvre du projet de CHT est conditionnée par des facteurs de cohérence et de pertinence des personnels d'encadrement. Pour cela, les cadres doivent développer des compétences et des savoirs-faire parfois nouveaux. Les cadres sont soumis à l'injonction d'obtenir des résultats avec les ressources dont ils disposent, tout en fédérant une énergie collective. Ils doivent être acteurs majeurs dans la recherche de sens autour du projet institutionnel. Cette perception n'est pas indifférente dans une organisation où la culture soignante doit prédominer sur les intérêts économiques et personnels. Cette perception peut également permettre de conjuguer les ressources humaines de l'organisation et la CHT perçue comme un outil de rationalisation, d'augmentation de l'activité et de l'attractivité de la structure.

➤ Un nouage d'alliances pour créer un leadership collectif :

« Le changement est naturellement porteur de rapprochement entre des univers culturels différents, et il s'accompagne forcément d'un questionnement sur le partage du leadership. Les modes de diffusion du changement constituent ainsi des procédés de construction du réseau d'alliance différents mais qui tous, paradoxalement, ont d'autant plus de chance de réussir qu'ils se réalisent sous l'injonction d'un environnement qui le contraint³⁹ ».

Si les phénomènes de résistance au changement sont incontournables dans le changement organisationnel que génère la CHT, le rôle de chacun peut être apprécié différemment.

Si l'on se réfère à Henry MINTZBERG⁴⁰ qui propose plusieurs modèles organisationnels en les différenciant selon le type de structure, le contexte, le système de décision, les circuits de communication, les analyses du secteur hospitalier rapprochent souvent l'organisation de l'hôpital au modèle organisationnel de type « *configuration professionnelle* ».

³⁸MINTZBERG, Henri, *Le management, voyage au centre des organisations*. Paris : Les éditions d'organisation. 1989. Page 206.

³⁹MINVIELLE, Etienne, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, op.cit. Page 46.

⁴⁰PICHAULT, François & NIZET, Jean, *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Editions du seuil, février 2000. Page 30.

En effet, une part du personnel employé par l'hôpital est constituée de médecins. Ceux-ci possèdent une expertise très pointue sur laquelle l'institution hospitalière s'appuie pour organiser leur travail. C'est ce que Henry MINTZBERG appelle la « *standardisation des qualifications* » ; les travailleurs doivent posséder des qualifications spécifiques acquises lors d'une formation longue dans une institution d'enseignement. Cette caractéristique constitue la condition préalable à leur appartenance à l'organisation. Une fois leurs compétences reconnues, les professionnels sont autonomes dans la conception et la réalisation de leurs tâches quotidiennes. Ils travaillent donc de façon très individuelle. Cette autonomie s'accompagne d'un système de pouvoir souvent décentralisé. Les médecins ont la possibilité de contrôler une partie des décisions qui les concernent en participant à des comités permanents, des groupes de projets et d'autres instances de décision.

Mais le personnel d'un hôpital n'est pas uniquement composé de médecins. Si ces derniers ont une grande autonomie dans l'organisation, une catégorie de personnel, en est souvent réduite à une mission d'exécution : mettre en œuvre des tâches et atteindre des buts formalisés. Dans ce contexte qui s'apparente selon MINTZBERG⁴¹ à la « *configuration bureaucratique* », le travail du personnel est coordonné principalement par ce que l'on appelle la « *standardisation des procédés* » : le travail est réalisé dans le respect de règles et de procédures définies. C'est le cas exemplaire des personnels techniques et agents de services hospitaliers qui assurent les prestations de support : fonctions hôtelières, de maintenance, de distribution des repas, d'aide technique... Cette partie du personnel doit souvent respecter une structure hiérarchique bien établie, parfois même contraignante.

Les soignants qui ont pour à la fois la mission de répondre aux demandes spécifiques des patients et de mettre en œuvre des tâches complexes, pourraient s'apparenter plus à une « *configuration adhocratique* » selon Henry MINTZBERG⁴². Celle-ci signifie que les professionnels travaillent dans le cadre de groupes de projet et qu'ils possèdent une autonomie importante. La coordination se réalise principalement par la communication. Le pouvoir est localisé dans les équipes avec pour chacune le responsable hiérarchique, ou le cadre de proximité. Cette configuration se caractérise par une certaine décentralisation. Ceux qui assurent la direction jouent un rôle actif en assurant la coordination d'ensemble de l'organisation et en préparant et souvent en influençant fortement les décisions stratégiques.

⁴¹ PICHAULT, François & NIZET, Jean, *op.cit.* Page 51.

⁴² *Ibid*, page 53.

Ces trois approches permettent de comprendre pourquoi dans un modèle organisationnel qui repose sur des logiques différentes ; cela suppose que des individus travaillent ensemble et qu'ils élaborent des règles, partagent des pratiques.

Lorsque les échanges sont équilibrés entre l'individu et l'organisation, alors le sentiment d'appartenance apparaît. Ce sentiment d'appartenance permet de relier entre eux les acteurs. Ivan SAINSAULIEU nous dit « *à l'hôpital se forment des groupes cohérents et solides via une interaction fréquente. Pas de conviction ancrée sans mise en pratique de ses idées ; pas de pratique fréquente pour un idéal qui ne soit organisé ; pas de pratique organisée qui ne procure un vif sentiment d'appartenance* ». ⁴³

Mais pour autant certains de nos entretiens montrent que la notion d'appartenance rencontre quelques difficultés. Le Président du Conseil de surveillance note en cela « *la difficulté du personnel à se sentir totalement concerné par le projet d'établissement (...), c'est que tout ce travail de coopération est compris entre un certain nombre de partenaires, soit parce que leur profession fait que, soit parce que ils sont dans un certain nombre d'instances et pendant ce temps là, une partie de la communauté paramédicale a probablement un peu de mal à suivre avec le risque d'ailleurs que certains considèrent que au fond c'est pas trop son sujet, que les aides-soignantes qui interviennent en gériatrie ne sont pas immédiatement concernées* ».

On retrouve cette même inquiétude dans le point de vue développé par la présidente de la CME : « *Si des processus décisionnaires ne sont pas clairs, pour moi ils ne sont pas clairs pourtant je pense que je suis suffisamment impliquée dans les instances ; mais pour moi ils ne sont pas clairs, je ne vois pas comment ils peuvent être clairs au niveau du personnel* ».

Pour autant le centre hospitalier de Crest applique une disposition spécifique de la nouvelle gouvernance qui prévoit la mise en place des pôles au sein de l'établissement. Quatre pôles sont constitués, un pôle administratif et trois pôles cliniques. Ces pôles sont des regroupements d'activités et de services qui sont appelés à devenir de véritables unités de production de soins. Cette nouvelle responsabilisation est soumise à une démarche de contractualisation interne qui valide et définit des objectifs et engagements, via les contrats de pôles. La notion de pôle est également présumée fournir d'autres formes de coopération susceptibles de faciliter l'affectation des personnels. Les soignants, notamment, continuent d'être affectés à un service, mais en cas

⁴³ SAINSAULIEU, Ivan, op.cit. Page 11.

d'absence ou de besoin ponctuel, leur mobilité d'une unité à l'autre est facilitée à l'intérieur du pôle. Les pôles sont supposés générer également une nouvelle réflexion sur la prise en charge des patients, sur les projets avec la contractualisation des objectifs. Pour cela il faut que la démarche soit perçue positivement par les professionnels ; ce qui est encore loin d'être le cas au centre hospitalier de Crest. Cinq ans après la réforme, un seul pôle a formalisé son projet et son contrat de pôle. Les pôles sont dans certains cas accusés de dissoudre les services et de menacer les spécialités. La polyvalence au sein des pôles et entre les pôles apparaît comme une menace, la défense des frontières du service est revendiquée au nom de l'identité au travail. L'identité de chacun à l'hôpital est toujours une question cruciale ; elle est trop souvent synonyme d'une logique de fermeture, d'un repli sur du singulier irréductible.

Il semble ainsi qu'une démarche de coopération a d'autant plus de chance d'aboutir dès lors qu'elle s'organise autour d'un projet partagé, avec une conception proche du métier, de l'intérêt du patient, de l'Éthique autour des pratiques professionnelles. Elle crée ce que Renaud SAINSAULIEU appelle des « *lieux de socialisation* » Ces lieux permettent la construction de groupes professionnels, d'une identité professionnelle qui vont contribuer au développement d'un nouveau modèle culturel.

Pour autant, si la nouvelle gouvernance contient dans ses principes l'occasion de penser l'hôpital autour d'un nouveau modèle culturel, comment cette culture se conjugue-t-elle avec le changement organisationnel qui va s'opérer dans le cadre du projet de CHT ?

II.2. L'influence du processus de changement sur la culture institutionnelle.

La culture est incontournable dans la pratique du changement. La psychologie sociale, qui s'intéresse au mode de constitution de la culture nous enseigne que les valeurs et attitudes d'une personne se façonnent au cours de son éducation puis à l'occasion de toutes ses expériences sociales : insertion dans un groupe professionnel, pratique répétée d'un métier, exercice de responsabilité... Dans le champ professionnel les conduites et pratiques des individus découlent d'une grande part de la culture de leur groupe d'appartenance, ou du moins des principes qu'ils ont fini par assimiler par apprentissage, c'est-à-dire l'exercice quotidien du métier.

Dans cette seconde partie nous allons donc nous intéresser plus particulièrement à ce qui relève de l'immatériel, de l'identité professionnelle, des valeurs et de la culture institutionnelle. Le changement qui accompagne le projet de Communauté Hospitalière de Territoire entraîne-t-il une redéfinition des normes qui guident les professionnels dans leurs actions ? Le processus de changement peut-il avoir une influence sur les règles du métier, les valeurs professionnelles, à savoir, les critères qui permettent d'évaluer ce qui est « bien » ce qui est « juste » ?

II.2.1. Que signifie la notion de culture à l'hôpital ?

L'hôpital est considéré comme une entreprise au sens sociologique du terme. Comme une entreprise, l'hôpital est constitué à partir d'un réseau d'acteurs multiples. Il repose sur une entité économique, juridique, sociale et culturelle. On peut considérer que la notion de culture de d'entreprise hôpital recèle une importance majeure ; elle peut constituer aussi bien une force qu'une faiblesse.

Pour Renaud SAINSAULIEU « *l'entreprise offre une culture, c'est-à-dire une structure de valeurs et de normes, une manière de penser, un mode d'appréhension du monde qui oriente la conduite des divers acteurs existants dans l'entreprise*⁴⁴ ».

⁴⁴ SAINSAULIEU, Renaud, *l'entreprise une affaire de société*, Presse de Sciences Po, Janvier 1992, page 212.

La culture nous dit Renaud SAINSAULIEU se complète par un système symbolique : « *ayant pour fonction de sédimer l'action des membres de l'organisation, de leur servir de système de légitimation et de donner ainsi une signification à leur pratique et à leur vie* ».

Nous nous référons également à cet autre auteur Ivan SAINSAULIEU, qui dans *L'hôpital et ses acteurs - appartenance et égalité*, expose que ; « *l'on retrouve au sein de l'hôpital des formes d'appartenance collective, quasi communautaire*⁴⁵ ».

Ces formes d'appartenance peuvent-elles être identifiées au travers de la structure hospitalière et dans le discours ? C'est que nous avons recherché dans le cadre des entretiens réalisés auprès des décideurs institutionnels.

II.2.2. L'appartenance collective du point de vue des décideurs institutionnels.

Lors de l'entretien, le Président du Conseil de Surveillance nous dit : « *un petit hôpital repose sur l'appartenance à une communauté et ça je trouve que l'on ne le travaille pas tout à fait assez* ».

Pour le délégué syndical il faut veiller à ce que les valeurs de l'hôpital perdurent et s'adaptent à l'évolution prévisible : « *Nous on a des valeurs qui nous sont propres, des valeurs qui correspondent à notre taille d'hôpital de proximité (...) il ne faut pas qu'elles se diluent dans l'accord avec un établissement de la taille de Valence (...) on a aussi une valeur qui nous est propre : l'adaptabilité importante* ».

Pour l'attachée de direction : « *L'hôpital est très attaché à ça. Mais c'est vrai qu'un hôpital de proximité peut très bien défendre son projet d'établissement s'il est cohérent, s'il avance dans le sens de la marche et s'il fédère tout le monde* ».

Ces points de vue peuvent-ils être rapprochés d'une culture institutionnelle ?

Ivan SAINSAULIEU développe l'idée que l'appartenance à la « *notion d'établissement*⁴⁶ » peut être appréhendée comme un élément fédérateur qui va donner « *une certaine fierté* » à ses

⁴⁵ SAINSAULIEU, Ivan, *L'hôpital et ses acteurs - appartenance et égalité*, Editions Belin, mars 2007, page 142.

agents. Mais ce sont surtout de véritables cultures philanthropiques qui confèrent une appartenance à l'ensemble des salariés de l'établissement dans le cas d'une filière de soins. Dans cette approche *« tous sont habitués à dire nous »*. C'est dans ces établissements que l'on trouve le plus de sentiment d'appartenance communautaire. La culture commune de ces filières de soins montre qu'un engagement à la fois collectif et individuel est possible, non par décret ou humanisme vague, mais du fait de la correspondance entre idée et pratique.

Pour le médecin chef de service de chirurgie, l'importance réside surtout dans le maintien de l'activité chirurgicale complète : *« nos professionnels nous diront aujourd'hui qu'on ne peut pas tout concentrer l'activité chirurgicale du Val de Drôme à Valence. On ne peut pas concentrer toute l'activité chirurgicale sur un seul site. (...) Pourquoi je ne pas je veux dire profiter de poursuivre ce qu'on a fait depuis 10 ans »*.

Il importe pour la présidente de la CME de ne pas perdre de vue un principe fondamental qui est l'intérêt pour le patient : *« parce que tout ce qui n'est pas réalisé dans la notion d'intérêt du patient local et la proximité, si on fait tout diriger à un moment par une autre structure, ça n'a pas de sens. Ceux qui connaissent les patients, ceux qui connaissent les réalités locales, ceux qui connaissent les typologies de patients, l'organisation des soins c'est ceux qui y travaillent localement. Donc c'est comment, pour moi, on implique ces professionnels de proximité dans la réflexion et dans la construction des projets »*.

Pour Ivan SAINSAULIEU cette forme s'apparente à la notion d'appartenance à une communauté exogène qui se fonde sur la relation au patient : il s'agit le plus souvent *« de la communauté de petit monde fermé. Cette conscience se manifeste par l'attachement aux autres membres du service, c'est un lieu de collaboration avec les collègues, de confiance dans le médecin chef et sa capacité d'innovation. Ce sentiment se manifeste par l'attachement au travail collectif et aux patients qui sont source d'une confiance réciproque, d'une coopération vitale et d'une défense des intérêts du patron et du service ⁴⁷»*.

Celle-ci constitue le fondement d'un travail dont l'enjeu est de préserver la notion d'humanité.

⁴⁶ Ibid. Page 143.

⁴⁷ SAINSAULIEU, Ivan. op.cit. Page 147.

On retrouve ce principe dans le point de vue énoncé par le chef de service des urgences : « *les patients le disent bien quand ils viennent ici ; c'est un hôpital familial ce n'est pas pareil qu'à Valence où c'est l'usine, ce n'est pas pareil du tout...* »

Les personnels sont particulièrement soudés. Mais la contrepartie de cette satisfaction individuelle est « *la loi du silence sur les zizanies internes même si l'individu est la victime, voire le bouc émissaire du conflit (...) L'ambiance peut être détestable au-dedans, rien ne doit filtrer à l'extérieur.* ».

Une expression particulière est également perceptible aux détours des entretiens ; Il s'agit de ce que l'auteur désigne comme le type de « *communautaire endogène*⁴⁸ » qui comprend un héritage culturel vivant du fait de l'ancienneté du personnel, une frontière physique marquée autour d'interactions intenses et personnelles entre les collègues, de faibles rapports avec les unités ou personnes extérieures, une capacité autonome collective et un investissement fort du personnel.

« *Je suis à peu près persuadé que la médecine et l'unité de soins palliatifs a (lapsus) un avenir à l'hôpital de Crest (...). Depuis toujours, depuis le début. J'avais essayé de refaire ce qui était une idée de Madame D. (ex chef de service en soins palliatifs) vu les relations qu'elle avait avec les autres !!!* ».

Cette unité a une notoriété que le corps médical par la voix du chef de service exprime suffisamment :

« *En parlant des soins palliatifs, je pense que y'a une crainte parce que justement Crest est la seule unité de soins palliatifs de Drôme Ardèche qui de ce fait là, est bien implanté, c'est aussi un des points fort de Crest ; ça fait la notoriété aussi de l'hôpital et après effectivement une marque imprimée par l'équipe, par les médecins qui dirigent cette unité. La crainte c'est justement de devoir travailler avec une autre équipe qui n'a pas forcément la même philosophie. Je pense que c'est essentiellement là où les soins palliatifs sont en difficulté.*

Voilà, je crois que le prédécesseur du chef de service était très, très connu, au niveau de ses formations, de toutes ces transmissions qu'elle a pu faire et imprimer quelque chose d'important, et je ne suis pas sûr à l'heure actuelle que ce soit la même chose sur Valence

⁴⁸ SAINSAULIEU, Ivan. op.cit. Page 151.

sachant qu'en plus Valence ils n'ont pas d'unité, ils sont sur des lits dédiés donc on est déjà sur deux choses complètement différentes... ».

Dans cette approche la collaboration est plus vulnérable, la logique d'ouverture et de coopération entraîne un risque aléatoire, des menaces de perte de contrôle, d'hétéronomie du fait d'une polyvalence trop forte, déstabilisatrice. Cette logique nous dit Ivan SAINSAULIEU présente *« des risques dans la construction identitaire du fait du divorce ou au contraire du fait de la fusion avec le malade ⁴⁹ »*. Pour l'auteur ce type de service fonctionne davantage comme une famille, car face à un risque circonscrit, s'installe dans la durée et la fidélité, un héritage du passé en partage ».

L'unité de soins palliatifs représente un axe culturel fort dans l'établissement, mais qui peut également être un frein au changement. La communauté médicale l'exprime de cette façon *« Je ne pense pas que l'idée de dire on sait faire et on reste entre nous est la bonne solution. Qu'est-ce qu'on a à apporter aux autres comme savoir-faire, comme dans l'échange, dans la diffusion de notre savoir-faire ? Mais pour moi, l'enfermement sur soi-même et le passé, c'est mortel »*.

Comme nous avons pu le faire apparaître la culture institutionnelle recèle des prismes différents en fonction des acteurs et des équipes. Mais au-delà des spécificités d'établissement et de services, peut-on identifier une autre culture.

Ivan SAINSAULIEU nous explique que la culture institutionnelle se conjugue également avec une culture professionnelle. Cette culture professionnelle *« passe avant toute autre dimension collective⁵⁰ »*

Le sentiment d'appartenance renvoie davantage au corps professionnel qu'aux services de l'hôpital. Les professionnels hospitaliers, en tant que qu'individus dans chaque service développent leur rôle d'acteur et structurent leur champ d'action. Au sein des services, les normes sont souvent implicites mais leur respect conditionne l'appartenance au collectif de

⁴⁹ SAINSAULIEU, Ivan. op.cit. Page 151.

⁵⁰ SAINSAULIEU, Ivan .op.cit. Page 144.

professionnels. Chaque équipe possède ainsi un ensemble de normes qui peuvent se traduire en termes de valeurs.

Les paramédicaux participent à une culture professionnelle, de par leur formation et les références conceptuelles qui les guident dans leurs actions. Pour les infirmières, nous dit Ivan SAINSAULIEU, éléments clefs du service de soins, partagées entre rôle propre et rôle d'intermédiaire ; « *les infirmières participent à la fois d'une culture professionnelle et de service dans leur rôle de frontière avec le médecin et les autres personnels* ».

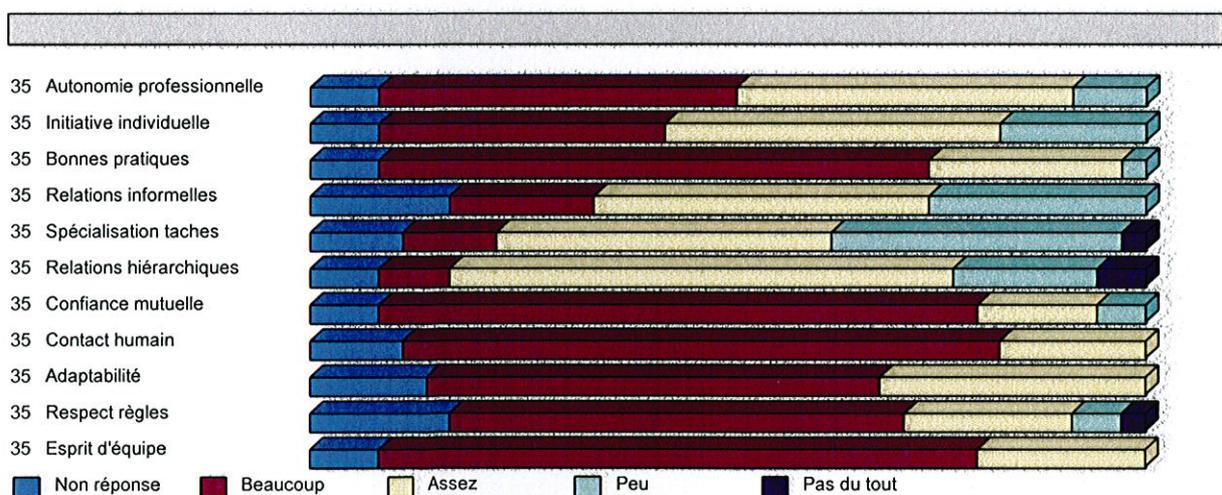
Institution et profession s'imposent comme référence à l'hôpital, mais cela ne suffit pas pour justifier les valeurs générales d'accueil, d'accompagnement, de la personne demandeuse de soins.

Aussi nous souhaitons nous intéresser à ces valeurs qui caractérisent les soignants

II.2.3. L'importance des valeurs professionnelles pour les professionnels acteurs.

Dans le cadre de notre questionnaire adressé aux professionnels acteurs nous leur avons demandé de nous indiquer pour les valeurs suivantes, le niveau d'importance qu'ils accordent à chacune d'entre-elles.

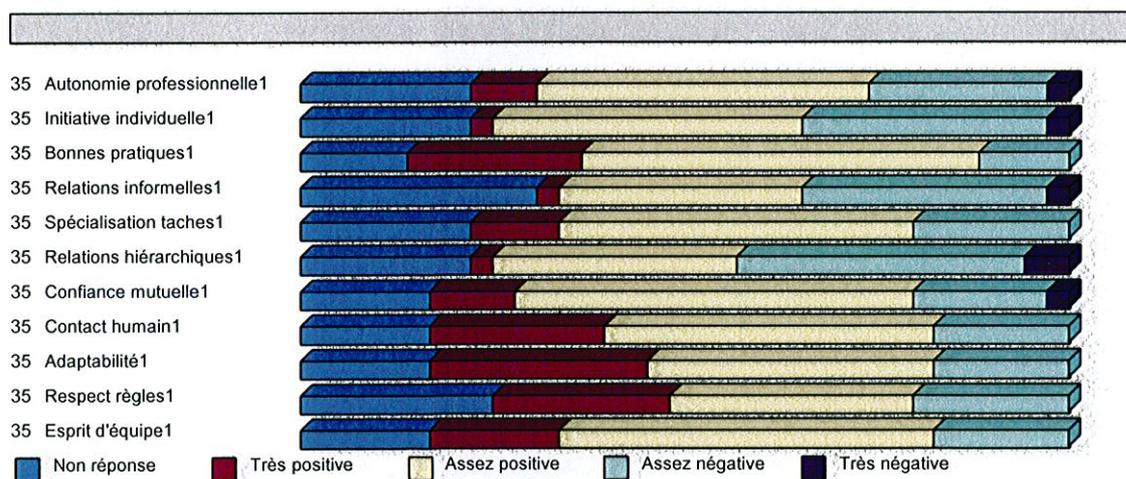
Graphique 17



L'engagement envers des valeurs qui se justifient par elles-mêmes et qui suppose une certaine personnalisation de l'activité du travail et une relative autonomie organisationnelle anime majoritairement les professionnels répondants au questionnaire. De même la valeur qui se réfère à la notion de bonnes pratiques apparaît avec une certaine acuité comme un critère essentiel. Ce qui leur apparaît également important pour la pratique, c'est la confiance mutuelle, le contact humain, l'adaptabilité, l'esprit d'équipe ; ces quatre valeurs sont signifiées comme étant « beaucoup » importantes. Les valeurs relations informelles, spécialisation des tâches, relations hiérarchiques sont appréciées avec une moindre importance.

Nous avons souhaité également connaître la perception que les professionnels acteurs ont de l'influence que la CHT va avoir sur ces valeurs. Nous tenons à préciser que du fait de la caractéristique de cette question, nous considérons que les réponses apportées par les professionnels relèvent d'avantage des représentations. Aussi nous réfèrerons cette définition de Jean-Claude ALBRIC « toute représentation est donc une forme de vision globale et unitaire d'un objet, mais aussi d'un sujet. Cette représentation structure la réalité pour permettre une intégration à la fois des caractéristiques objectives de l'objet, des expériences antérieures du sujet, et de son système d'attitudes et de normes ». ⁵¹

Graphique 18



Pour les professionnels acteurs, les valeurs qui se réfèrent aux relations entre professionnels sont toutes influencées d'une manière «assez négative». Trois valeurs sont relativement altérées : les

⁵¹ ALBRIC, Jean. *Pratiques sociales et représentations*, - 4^e édition. Paris : PUF, 2003, page 13.

relations informelles, les relations hiérarchiques et le contact humain. L'autonomie professionnelle et l'initiative individuelle conservent une perspective assez positive malgré une certaine érosion. L'adaptabilité et le respect des règles restent relativement inchangés.

Il nous apparaît que les professionnels acteurs expriment l'idée que les rapports entre les professionnels vont évoluer vers une forme moins naturelle et plus normative.

- Cette évolution normative, ainsi exprimée, peut-elle faire l'objet d'une interprétation ?

Elle peut traduire la crainte d'une remise en cause des normes de travail qui offrent aujourd'hui aux professionnels, une relative familiarité, des contacts humains de qualité et une confiance mutuelle. La perte de ces valeurs fait davantage de place à des éléments tout aussi déterminants pour l'exercice du métier, ceux nécessaires dans une phase de changement : l'adaptabilité, le respect des règles, les bonnes pratiques.

Elle peut également traduire une certaine transformation vers des valeurs moins centrées sur les relations interpersonnelles, sur la confiance et l'esprit d'équipe mais plus vers un dispositif de professionnalisation, qui se conjugue avec la performance, le développement de l'activité et les spécialisations.

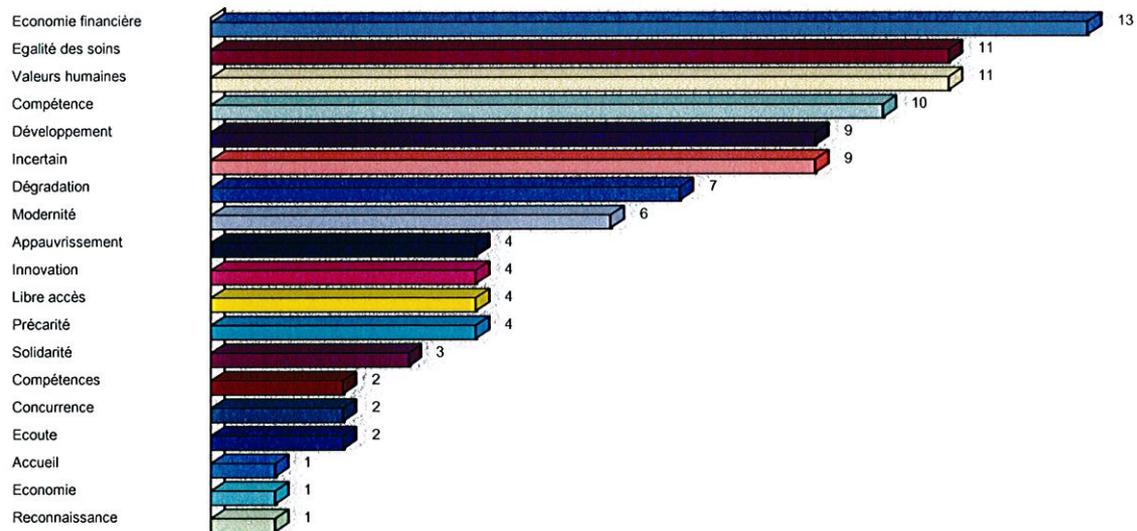
Ces évolutions montrent l'une et l'autre que les professionnels accordent au projet de CHT suffisamment d'importance pour penser que leur métier est en profonde évolution.

On peut également comprendre dans cette approche, la dichotomie qui se joue là aussi en termes de culture et qui se conjugue entre histoire professionnelle et nouvelle gestion hospitalière.

II.2.4. Le changement impacte-t-il la culture professionnelle ?

Nous avons demandé aux professionnels acteurs : si vous deviez retenir 3 termes, parmi la liste présentée, pour qualifier l'hôpital dans les cinq ans tel que vous l'imaginez, quels seraient vos choix ?

Graphique 19



La notion d'économie financière est perçue comme une donnée incontournable conjuguée aux arguments stratégiques actuels et aux risques incertains de dégradation et de disparition de secteurs d'activité. Les termes de gestion : développement, innovation, concurrence sont également cités. Il semble que les professionnels considèrent comme nécessaire cette évolution qui se fonde sur une rationalisation de l'activité dans une perspective de modernité et de développement des compétences.

Mais parallèlement les mêmes interlocuteurs développent, dans cette question, un discours tout à fait différent. Ce discours porte sur une approche qu'ils jugent plus valorisante : les valeurs humaines, l'égalité des soins, le libre accès. Les soins s'imposent au cœur et à l'esprit des soignants, la culture du soin est alors plus forte.

L'engagement envers ces valeurs suppose qu'un paradigme humaniste, continue d'animer de nombreux professionnels. Cette culture du soin, véritable culture professionnelle chez les paramédicaux s'inscrit dans une problématique historique, juridique et politique des établissements publics de santé en général : les notions de charité et d'assistance aux plus démunis.

Dans ce contexte culturel, la quête d'efficacité économique que les politiques publiques de santé tendent à promouvoir par le biais d'indicateurs et de tableaux de bord se heurte aux dimensions qualitatives des pratiques professionnelles. Si pour l'administration, l'évolution de la culture soignante vers un modèle empreint de l'efficacité de l'offre de soins se justifie, ce discours qui s'appuie sur les valeurs de gestion n'est accepté qu'avec ambivalence par les professionnels concernés.

Quelle que soit la perception repérée, il semble qu'elle a suffisamment d'importance pour introduire chez beaucoup de professionnels l'idée d'un métier et d'une structure de soins en profonde évolution qui va modifier l'identité professionnelle.

Mais dans quelle mesure cette évolution peut-elle modifier l'identité professionnelle ?

II.2.5. Culture du soin et identité professionnelle, un avenir en demi-teinte.

Claude DUBAR⁵² dans son ouvrage « la socialisation : construction des identités sociales et professionnelles » élabore une définition du concept d'identité comme un produit de socialisations successives. La socialisation peut-être alors perçue comme un processus de construction de l'identité individuelle « *identité pour soi* » et comme fondement de l'ordre social « *identité pour autrui* ». Il souligne la dimension particulière de la socialisation professionnelle et des changements ou transformations identitaires qu'elle entraîne. Il présente la configuration identitaire comme le résultat d'une double transaction entre l'individu et les institutions. L'hôpital nous paraît, en tant qu'institution, parfaitement adapté à l'analyse de la socialisation des professionnels.

L'identité définit ce que sont les individus, ce qui les caractérise dans toutes les situations. Or les individus ne sont pas les mêmes dans leur intimité ou sur leur lieu de travail. Il est d'usage de distinguer l'identité privée de l'identité professionnelle. L'identité privée renvoie à l'identité des individus dans la sphère de leur vie intime alors que l'identité professionnelle caractérise l'individu dans son milieu professionnel.

⁵² DUBAR, Claude. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin, 1996, page 96.

Cette identité professionnelle nous dit l'auteur « *est régulièrement confrontée aux transformations technologiques, organisationnelles et de gestion d'emploi des entreprises et des administrations. Elle est vouée à des ajustements et des reconversions successives* ». ⁵³

Suivant la prégnance de « *l'identité pour soi* » ou de « *l'identité pour autrui* » l'articulation avec le changement va être différente.

- On peut repérer dans une prégnance forte à « *l'identité pour soi* », un attachement à la stabilité du travail, une représentation négative du changement. Ces professionnels ont construit une identité professionnelle autour de savoirs pratiques acquis sur le tas. La stabilité dans le travail constitue un point de référence central de telle sorte que les individus regroupés sous cette identité ne souhaitent aucune évolution professionnelle.
- Dans une adhérence plus grande à « *l'identité pour autrui* », les professionnels vont accorder une grande importance aux mobilités antérieures, aux connaissances acquises et au désir de progresser. La trajectoire antérieure constitue le gage d'un futur positif. Ils font acte d'appartenance à l'entreprise et vont adhérer aux projets. Les individus regroupés autour de cette forme adhèrent plus facilement aux transformations. Ils participent activement à l'institutionnalisation de nouveaux modèles. Mais en même temps, ils manifestent une attitude critique par rapport à toute forme d'autoritarisme, d'incompétence et de mode de gestion traditionnel. L'adhésion est conditionnelle ; elle ne se réalise que si elle permet la progression personnelle et l'atteinte d'une plus grande autonomie personnelle.

Ainsi dans le cadre du projet de CHT, les notions de culture et d'identité doivent être considérées de manière conjointe, notamment dans cette phase de préparation à la mutation.

Comment les décideurs institutionnels et les professionnels acteurs appréhendent-ils ces notions au terme de cette mutation ?

Notre enquête ne nous renseigne que très peu sur ce dernier point. À la question posée aux décideurs institutionnels : si vous aviez à décrire l'hôpital dans les quatre cinq ans à venir, comment le verriez-vous, quels seraient les changements qui se seront produits durant ces quatre cinq dernières années ?

⁵³ DUBAR, Claude. Op. cit, page 114.

Nous n'avons pas obtenu de réponse sur les notions d'évolution de culture, de changement et d'impact sur les identités professionnelles. Très certainement que notre question était trop imprécise ou du moins elle plus la structure hospitalière que ses acteurs.

Pour autant, nous pouvons formuler l'opinion suivante :

Nous pensons nécessaire que les professionnels acteurs comprennent le sens pour s'approprier le changement. Confronté au projet, chaque professionnel est interpellé sur sa culture, sur son identité, ses valeurs et ses principes. Il va alors s'interroger sur son intérêt à participer à ce changement, ce qu'il va y perdre ou y gagner et si cette modification va correspondre à ses valeurs et au sens qu'il donne à son métier et à son engagement. Si les réponses à son questionnement sont négatives, l'adhésion au changement sera vaine, voire pourra provoquer un refus total.

L'enjeu pour les acteurs décideurs institutionnels consiste donc à parvenir à une situation d'échange de type gagnant/gagnant et d'être promoteur de stratégie d'acteurs où chacun dispose d'un espace de négociation, d'implication et de décision.

Nous retiendrons toutefois deux approches, développées lors des entretiens des décideurs acteurs, qui montrent que travail de définition des objectifs et des stratégies demandent encore à être réfléchi.

Une approche « optimiste » énoncée par la présidente de la CME : *« Moi je le vois positivement. Je le vois positivement avec un développement d'activité si on ne perd pas trop de temps dans la réorganisation qu'il faut savoir faire à un moment ; la communauté hospitalière de territoire c'est une chance. À nous d'en faire un réel outil d'organisation des soins dans l'intérêt des équipes et des usagers.*

N'attendons pas les autres ».

Une approche « plus réservée » énoncée par la directrice adjointe : *« Moi je pense que dans trois ou quatre ans (...) l'hôpital de Crest, je ne sais pas s'il gardera son identité « hôpital de Crest » (...) pour pouvoir durer c'est réaliser une activité qui corresponde vraiment aux besoins de la population ; et je pense qu'à Crest y'a tout un pan qui est occulté et qui à mon avis devrait être investigué (...) c'est un hôpital de proximité, il doit s'inscrire dans un réseau, un réseau avec les libéraux avec tous les acteurs sociaux, les bénévoles, les associations... »*

L'institution ne donne pas immédiatement un sens à ceux qui y travaillent mais elle procure tout de même des satisfactions. Les professionnels savent l'opinion que les patients ont de l'hôpital et de leurs pratiques. Ils trouvent un certain réconfort à recevoir leurs appréciations positive, leurs hommages, leurs remerciements. Mais cette perception ne peut pas ignorer que l'hôpital vit une profonde mutation avec la vision plus stratégique de la prise en charge des patients au niveau du territoire de santé.

Dans la première partie de notre recherche nous avons décrit l'organisation structurelle initiée par la CHT et ses incidences sur le centre hospitalier de Crest. Dans une seconde partie nous nous sommes attachés à croiser les résultats de notre enquête aux concepts enfin d'en comprendre le sens. À ce stade nous pouvons réaliser une synthèse autour du questionnement conduit et apporter une réponse à la problématique.

III) QUELS ENSEIGNEMENTS POUVONS-NOUS RETENIR DE CETTE ÉTUDE ?

III.1.Synthèse et retour sur les hypothèses.

Soulignée comme un point essentiel lors de notre enquête, la communication sur le projet de communauté hospitalière de territoire semble avoir été différente suivant les professionnels :

- Concernant les décideurs institutionnels, le travail de concertation et de réflexion a permis l'élaboration d'une stratégie affichée au travers d'un document « l'accord cadre ». Il reste, qu'individuellement, chacun s'accorde pour développer une vision singulière de la CHT, qui mériterait d'être partagée.
- Concernant les professionnels acteurs, il apparaît une insuffisance de communication que compense partiellement l'information diffusée en interne. Le projet est encore plus ou moins compris, plus ou moins explicité et l'impact sur les pratiques encore mal identifié.

Notre analyse montre tout de même que cette démarche engagée œuvre à la redéfinition et à la renégociation des rapports d'influence et des pouvoirs au sein de l'institution.

Le projet est appréhendé dans des sens contraires :

- pour le centre hospitalier de Crest : le gain en performance et en attractivité est perçu comme un réel bénéfice mais l'évolution suscite des craintes de pertes de services et une dépendance à l'établissement de référence.
- pour les professionnels : l'apprentissage de nouvelles pratiques et les échanges inter établissement sont des événements positifs mais les sentiments de pertes des repères, de perte de la considération sont exprimés comme des bouleversements, voire un engloutissement.
- Pour les usagers : le bénéfice d'une meilleure accessibilité et la conservation de la notion de proximité n'empêchent pas les effets de la réorganisation qui complexifie

le parcours de soins, morcelle les prises en charge et génère des déplacements supplémentaires.

Au regard de la littérature sur le changement et les notions de culture et d'identité professionnelle, notre recherche nous confirme le caractère déstabilisant du projet de CHT pour les professionnels. Pour beaucoup, il s'agit effectivement d'un changement qui porte sur une partie de soi, combiné à un dispositif et une organisation du travail qui se modifie.

Le caractère déstabilisant doit toutefois être pondéré. D'une part, il concerne moins de la moitié des personnes répondantes ; nous rappelons également le fait que notre échantillon est trop faible pour en déduire une analyse quantitative formelle. D'autre part, le changement est porteur d'espoir d'amélioration et le projet génère une certaine vision utopique qui peut s'entendre comme favorable à la créativité.

Le positionnement des professionnels qu'ils soient décideurs institutionnels ou professionnels, acteurs paraît se construire selon trois dimensions qui s'articulent entre elle :

- La première dimension se révèle être la notion de temps. La temporalité est appréciée de manière singulière par les professionnels. Les étapes initiales du projet sont franchies par l'accord cadre ; la poursuite du projet se fait au travers du positionnement des décideurs et de leurs choix stratégiques.
- La seconde dimension est inhérente à la dynamique qui s'exprime autour de l'appropriation du projet par les professionnels. L'adhésion ou la résistance sont le résultat d'une transaction que le professionnel établit avec le projet, en fonction du sens qu'il y donne et de l'intérêt qu'il représente pour lui.
- Enfin, la troisième dimension s'écarte du point de vue individuel pour s'intéresser aux champs collectifs et aux interactions qui les caractérisent. Dans ces champs collectifs, les rapports sont socialement et historiquement déterminés. Le changement contraint les individus à redéfinir, à reconstruire cet espace social, et à modifier certaines routines précédemment construites.

Il semble que ce soit à partir de ces trois dimensions que se joue le changement culturel dans le cadre du projet de CHT au centre hospitalier de Crest. Ce changement culturel concerne un rééquilibrage des rapports professionnels et des normes de travail. Les valeurs professionnelles s'en trouvent impactées mais pas totalement transformées. Centrées sur les représentations et la perception des professionnels acteurs cela ne nous permet pas d'en formuler des explications particulières. Tout au plus, nous pourrions formuler comme une autre hypothèse, la rationalisation de l'activité hospitalière entraîne une reconstruction identitaire des professionnels du soin.

Cette évolution constatée, et l'importance que les professionnels y accorde doit nous conduire à nous interroger sur sa pertinence.

Concernant l'évolution vers la rationalisation de l'activité hospitalière, les points de vue des professionnels sont sévères et ils s'appuient sur des argumentaires qui trouvent leur légitimité dans le sens des soins aux patients. La course à l'efficacité n'a guère de sens face à la maladie, la souffrance et la mort...

Pour autant, le souci de l'efficacité est également légitime. Peut-on ignorer le nécessaire besoin de dépenser moins et de dépenser mieux ? Peut-on accepter que l'attachement des professionnels à leurs prérogatives et à leur autonomie s'avère justifié et empêche toute évolution par une meilleure organisation du dispositif de soins ?

Le projet de CHT vise à mettre à disposition de la population une coordination efficace face à certaines organisations inadaptées et aux gâchis qu'elles engendrent. Dans ces conditions il apparaît justifié que les politiques publiques puissent servir pour impulser sur les acteurs et éventuellement face aux oppositions structurelles et catégorielles, les orientations nécessaires au changement attendu.

Reste à trouver le chemin qui permet de l'expression de la créativité et de l'engagement des professionnels. Il semble que l'enjeu soit de trouver les pistes de travail pour l'élaboration de projet adéquats permettant de respecter les valeurs de ceux qui assurent les soins, de garantir la cohérence de leur engagement, tout en assurant une place réfléchie à la recherche de l'efficacité.

III.2. Quelles perspectives d'actions pour le Centre Hospitalier de Crest ?

Nous souhaitons aborder cette partie par une attention qui attribue des perspectives d'actions qui vont intéresser tant décideurs institutionnels que les acteurs professionnels.

Dans le contexte spécifique de la mise en place de la CHT, il est nécessaire que le centre hospitalier de Crest se fixe comme perspectives :

✦ La détermination d'un référentiel partagé permettant l'harmonisation des pratiques.

Le changement organisationnel et structurel rend nécessaire que les professionnels puissent se référer et s'identifier au travers de valeurs et de nouveaux objectifs déterminés. Ces éléments sont la base d'une culture partagée clairement élaborée et définie. La formalisation des documents institutionnels : projet d'établissement, projet médical, projet social seront autant de cadres auxquels les professionnels décideurs et acteurs vont pouvoir se référer. Pour les professionnels paramédicaux un autre outil va participer à ce dispositif et permettre l'harmonisation des pratiques : le projet de soins infirmiers, de rééducation, médico-techniques. Nous rappelons que : *« le projet de soins est l'un des socles constitutifs, du projet d'établissement au même titre que le projet médical et le projet social ; le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche ».*⁵⁴

Il présente les valeurs soignantes du personnel paramédical et fixe par là-même le cadre de référence qui donne sens aux pratiques. Son but est la dispensation adaptée, personnalisée et coordonnée des soins de toute nature aux usagers, tout en garantissant aux professionnels les conditions de travail optimales. Il doit garantir la qualité et la cohérence des activités de soins.

✦ Le développement d'une communication féconde entre les professionnels, les partenaires, les usagers.

⁵⁴ ARHIF, Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Guide d'élaboration et d'évaluation, décembre 2006, page 3

L'harmonisation des pratiques, la définition de valeurs communes et partagées conditionnent des formes de communication multiples et diversifiées.

Les groupes de travail et les réunions institutionnelles permettent aux professionnels l'expression et le retour d'expérience. Ce dispositif peut être renforcé par des rencontres proposées aux professionnels libéraux. De même des rencontres de type journée portes ouvertes peuvent permettre aux usagers et aux professionnels libéraux de mieux connaître le dispositif de soins. L'opportunité est offerte de faire découvrir le site du nouvel établissement mais également son organisation, ses prestations et sa position dans le territoire de santé. Cette « ouverture » participe au décloisonnement du Centre Hospitalier vers la médecine de ville ; elle participe également à l'évolution des mentalités, au changement de culture en agissant sur une image de marque et en montrant les compétences humaines et techniques qui caractérisent la structure de soins.

Le développement de l'activité et l'ouverture vers d'autres spécialités favorisent l'attractivité de l'établissement. Mais les habitudes des usagers sont liées à leur connaissance de l'hôpital de proximité. Pour cela il importe de conduire une politique de communication à l'attention des usagers, afin d'expliquer les nouvelles missions et pratiques. L'utilisation des canaux de communication existants : presse écrite, radio, affichage sont des ressources à mobiliser. De même l'implication des représentants des usagers dans les instances, le conseil de surveillance (CS), le conseil de la vie sociale (CVS) de l'Ehpad, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC), est un moyen permettant de faire avancer la culture institutionnelle de proximité et de faciliter l'appropriation par les usagers de l'offre sur soins sur le territoire.

✚ La promotion d'un dispositif de professionnalisation par la formation.

La professionnalisation est un vecteur de l'amélioration des pratiques professionnelles. Les projets de formation du centre hospitalier de Crest qui associent les formations institutionnelles, les dispositifs de formation tout au long de la vie (EFTLV) et le développement professionnel continu (DPC) doivent permettre le développement des compétences nouvelles requises par l'évolution des activités de soins. L'enrichissement professionnel peut s'acquérir également par l'organisation d'une mobilité inter services et inter établissement. A une mobilité imposée souvent négativement perçue, il est préférable une mobilité souhaitée ou mobilité découverte. Les échanges inter services et inter structures peuvent être facilités par des dispositifs de

formation qui fédèrent des actions au sein d'un établissement et qui les mutualisent aux établissements partenaires. La professionnalisation se développe également par l'implication et la responsabilisation des agents sur des axes de références qui contribue à la qualité de la prise en charge : accueil, prestations hôtelières, nutrition, projet de vie, relation d'aide...

Les professionnels sont aussi des acteurs dans les formations dispensées. Le partage des savoirs, la transmission des compétences sont à mettre au service des champs d'expertise des professionnels. L'établissement prestataire de formation développe des actions, des colloques, des journées thématiques qui confèrent à ses professionnels reconnaissance et valorisation de leur travail.

III.3. Quelle fonction pour le coordonnateur des soins ?

L'objectif de ce travail étant de monter en quoi un projet de création d'une communauté hospitalière de territoire peut conduire les professionnels à mettre en œuvre des stratégies d'adhésion ou de résistance au changement, ils nous semblent opportun d'exploiter cette étude pour mieux concevoir notre fonction de coordination de soins.

Dans la perspective de mutation organisationnelle et structurelle que le centre hospitalier s'apprête à connaître, le coordonnateur des soins doit être le garant des valeurs fondatrices du soin pour préserver le sens de l'activité soignante. La connaissance approfondie des métiers, des référentiels et de l'évolution réglementaire constitue un repère pour les équipes paramédicales. La fonction de coordonnateur des soins se doit de jouer un rôle facilitateur dans ce changement et cette mutation culturelle que connaissent les professionnels.

Son positionnement stratégique dans le directoire et sa présence au conseil de surveillance lui permet d'être lui aussi décideur institutionnels. Sa position de président de la CSIRMT lui commande d'être un décisionnaire averti de par les échanges et de par la confrontation des points de vue des représentants des catégories soignantes. Sa fonction lui permet d'accompagner, de conseiller les professionnels, de les soutenir lors de propositions créatives et de savoir déceler les potentiels.

La position transversale et stratégique du coordonnateur des soins lui permet d'agir sur les organisations et d'être le garant du respect des projets institutionnels. Cette fonction évolue

désormais vers une ouverture sur le territoire de santé et le nécessaire travail en complémentarité avec les partenaires institutionnels, les structures médico-sociales et les partenaires libéraux.

Le rôle du coordonnateur des soins est alors de sortir « des murs de l'hôpital » pour aller à la rencontre des professionnels intervenants dans la réponse aux problèmes de santé des usagers. Le coordonnateur des soins peut être à l'initiative de politique volontariste d'ouverture sur le territoire et vers l'ensemble des structures de santé qui le composent.

Mais au-delà de cette fonction de coordination, la communication apparaît comme primordiale, auprès de l'ensemble des professionnels et des usagers. Cette communication se doit d'être pédagogique afin d'expliquer les raisons du projet. C'est là tout l'enjeu du coordonnateur des soins : être en mesure de concilier les orientations stratégiques de politique publiques de santé, les attentes des professionnels et des usagers avec l'histoire institutionnelles et les cultures en mutation.

CONCLUSION

*« L'évolution des dépenses de santé de notre pays a conduit les gouvernements successifs à reformer successivement le système santé depuis les années 1970. Or l'augmentation de ces dépenses a toute les chances de se poursuivre. D'abord à cause du vieillissement de la population et du développement des maladies liées à l'âge ; ensuite du fait des progrès médicaux et de l'élévation des exigences de la population en matière de soins ; enfin, en raison des multiples de facteurs de consommation médicale générés par les conditions de vie et de travail : maladies imputables aux pollutions et aux mauvaises habitudes alimentaires ; mal être lié aux stress de toutes sortes, à la solitude et au gigantisme urbain... ».*⁵⁵

La configuration sanitaire poursuit cette évolution depuis toutes ces années. Face aux objectifs d'assurer une offre égalitaire des soins et de rationaliser les dépenses de santé, les politiques publiques de santé développent de nouvelles organisations. La loi HPST renforce le principe de la coopération hospitalière en incitant le développement des dispositifs d'alliance entre des partenaires. La CHT permet à des établissements publics de santé de s'adapter à cette exigence en se tournant vers l'extérieur et en associant des structures sur une zone géographique. Les missions et prérogatives de chacun des établissements de santé se trouvent de fait modifiées et font l'objet d'une reformalisation à l'échelle du territoire afin de répondre aux besoins des usagers.

Cette redéfinition des projets génère au sein des structures un processus de changement qu'accompagnent ou subissent les professionnels. L'analyse conduite au sein du centre hospitalier de Crest nous montre l'importance du positionnement des acteurs et la nécessité de comprendre le sens des stratégies d'adhésion ou de résistance au changement. Le changement doit passer par le désir et la volonté des acteurs. Il ne suffit pas d'expliquer ni de comprendre pour changer : ce qui est primordial c'est que les professionnels appréhendent une dynamique qui les conduise à la découverte, la création et l'acquisition de nouveaux modèles relationnels et de capacités collectives. Cette appropriation dans ses aspects individuels et collectifs suppose aussi que les professionnels qui soient décideurs ou acteurs, ne restent pas sur les acquis et qu'ils sachent se remettre en question. Le changement provoquera un questionnement important entre

⁵⁵ EUZEBY, Alain, Les enjeux économiques nationaux de la santé, cours IEP 2011-2012.

celui qui va l'instaurer et celui qui change. Il va s'agir d'un lent processus de mutation, une structuration progressive avec des éléments culturels et d'identité professionnelle.

Le processus de changement influence la culture institutionnelle car il réinterroge les valeurs. La culture est à l'origine du sentiment d'appartenance ; elle est fédératrice et elle repose sur un référentiel partagé. Cette culture est créatrice de liens et il est nécessaire de tenir compte des cultures professionnelles et des cultures des services existantes pour travailler à faire naître une culture nouvelle. Cette prise en compte de l'existant et l'accompagnement vers un nouveau référentiel culturel nécessite également de disposer de temps.

Le changement vecteur d'une mutation culturelle est un processus long et difficile à accompagner, mais sans nier les difficultés à résoudre, il permet une réelle évolution du système hospitalier.

Promouvoir une culture du changement suppose de considérer des aspects d'ordre humain, organisationnel, technique ... Cela implique, outre une volonté forte en termes de management, de prendre en compte les représentations des acteurs à l'égard du changement.

L'objectif étant d'assurer des soins de qualité à tous, tout en recherchant l'optimisation des ressources allouées à l'hôpital et sans éluder la réflexion sur l'aptitude de chaque acteur ou institution à répondre aux besoins. L'hôpital public doit trouver aujourd'hui sa place dans un territoire de santé et jouer un rôle central en matière de soins préventifs, curatifs et palliatifs.

Certains disent que tout est en condition de devenir et de flux, et que rien n'a d'existence définie une fois pour toutes, à la seule exception d'une structure permanente au delà des changements, à partir de laquelle, par des réorganisations, chaque chose naît naturellement.

Aristote

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ABRIC, Jean. *Pratiques sociales et représentations*, - 4^e édition. Paris : PUF, 2003, 241 pages.
- BERNOUX, Philippe. *La sociologie des organisations*, 6^e édition. Paris : Edition le Seuil 2009, 382 pages.
- BLANCHET, Alain. & Al. *Les techniques d'enquête en sciences sociales* - Edition Dunod, 1988, 208 pages.
- CLEMENT, Jean-Marie. *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires, analyse critique et perspectives*, Bordeaux, Édition les études hospitalières, collection ouvrages généraux, 2009, 130 pages.
- DUBAR, Claude, *Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin, 1996, page 276.
- HOLCMAN, Robert. *La fin de l'hôpital public* - édition Lamarre, août 2007, 104 pages.
- ISEOR. *Management innovant de l'hôpital et des organisations sociales* - colloque Professionnalisme des Consultants - édition management Socio-Économique, Paris 1995, 354 pages.
- LASCOUMES, Pierre & LE GALES, Patrick. *Sociologie de l'action publique* - édition Paris, édition Armand Colin, août 2011, 128 pages.
- MAISONNEUVE, Jean. *La dynamique des groupes* - Que sais-je ? PUF novembre 2011, 128 pages.
- MANNONI, Pierre. *Les représentations sociales* - Que sais-je ? PUF avril 2006, 127 pages.
- MINTZBERG, Henri. *Le management, voyage au centre des organisations*. Paris : Les éditions d'organisation. 1989. 703 pages.
- MULLER, Pierre. *Les politiques publiques*. Collection Que sais-je ? Édition 2009, 127 pages.
- PIERRU Frédéric. *Hippocrate malade, de ses réformes*, édition du croquant, savoir/agir, mars 2007, 319 pages.
- PICHAULT, François & NIZET, Jean. *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Paris : éditions du seuil, février 2000, 333 pages.
- POURTOIS, J. Pierre & DESMET, Huguette. *Epistémologie et instrumentation en sciences sociales* – Liège – Bruxelles : Éditeur Pierre Mardaga, 1988, 235 pages.

QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Édition Dunod, 1995, 288 pages.

SAINSAULIEU, Ivan. *L'hôpital et ses acteurs - appartenance et égalité*, Paris : Éditions Belin, mars 2007, 267 pages.

SAINSAULIEU, Renaud. *L'entreprise une affaire de société*, Paris : Presse de Sciences Po, Janvier 1992, 352 pages.

TRIADOU, Patrick, *Santé publique en réforme, de l'excellence à la performance*, Paris : Éditions Weka, 1^{er} trimestre 2011, 398 pages.

ARTICLES ET REVUES

Les territoires de santé, Colloque de l'institut de droit social et sanitaire (13 décembre 2007) sous la direction de Nathalie MARTIN-PAPINEAU, Université de Poitiers Collection de la faculté de droit et des sciences sociales.

CORNILLEAU, Gérard. *Crise et dépenses de santé Financement et politiques à court-moyen terme in revue Ofce* N° 12 / 20 février 2012, 20 pages.

DORAY, Pierre. *Cahiers de recherche sociologique*, n°18-19, 1992, p 308-311.

LOPEZ, Alain, *L'établissement de santé à la croisée des chemins*, Gestions Hospitalières, la revue des décideurs hospitaliers août/septembre 2003.- Page 48/154 ...

MINVIELLE, Etienne. CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *La conduite du changement, quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière*. Revue Française de gestion, 2004/3 n°150, pages 29 à 53.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991.

- 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, JORF n°206 du 6 septembre 2003.

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Articles L 6131-1 à 6131-4 - Articles .L. 6133-1 à L. 6133-7. JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, JORF n° 102 du 3 mai 2005.

- Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux regroupements de coopération sanitaire et modifiant le code de santé publique, JORF n° 302 du 29 décembre 2005.
- Circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements.
- Décret n°2010-438 du 30 avril 2010 portant diverses dispositions relatives aux communautés hospitalières de territoire. JORF n°0102 du 2 mai 2010.
- Décret n°2010-1242 du 20 octobre 2010 relatif aux instances communes de représentation et de consultation du personnel et aux pôles de territoire dans le cadre des communautés hospitalières de territoire, JORF, n°0246 du 22 octobre 2010.
- Décret 2011-206 du 23 février 2011 relatif aux comptes combinés des communautés hospitalières de territoire. JORF n°0047 du 25 février 2011.

AUTRES :

- Accord-cadre entre le centre hospitalier de Crest et le centre hospitalier de Valence, novembre 2011.
- BACHELOT-NARQUIN Roselyne, « *Communauté hospitalière de territoire : quel discours de la méthode ?* » 63^e congrès du Syndicat National des Cadres Hospitaliers (SNCH) Jeudi 11 Juin 2009.
- EUZEBY, Alain. *Les enjeux économiques nationaux de la santé*, cours Master 2 Politiques publiques de santé 2011-2012 IEP Grenoble.
-
- MADELMONT, François. *Les nouvelles formes de gouvernance et de gestion*, Master 2 Politiques publiques de santé 2011-2012 IEP Grenoble.
- Dictionnaire de sociologie, sous la direction d'AKOUN et ANSART, Tours, collection Le Robert Seuil, 1999, 587 pages.
- Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, Guide d'élaboration et d'évaluation, ARHIF, décembre 2006.
- Guide méthodologique des coopérations territoriales, direction générale de l'offre de soins, Anap, appui santé & médico social, mars 2011.
- La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre, ANAP, appui santé & médico social, mars 2011.

- Procès verbal de la Commission Médicale d'Etablissement, séance du 1 avril 2011, centre hospitalier de Crest.
- Procès verbal du Comité Technique d'établissement, en séance du 28 mars 2011, centre hospitalier de Crest.
- Procès verbal de la CSIRMT, séance du 7 avril 2011, centre hospitalier de Crest.
- Procès-verbal du Conseil de Surveillance séance du 20 janvier 2011, centre hospitalier de Crest.
- Procès-verbal du Conseil de Surveillance séance du 14 mars 2011, centre hospitalier de Crest.
- Projet Médical de la Communauté Hospitalière de Territoire (document de travail), centre hospitalier de Crest. 2011.

Sources internet :

www.ars.rhonealpes.sante.fr/.../RHONE-ALPES

www.sante.gouv.fr/les-territoires-de-sante

www.sante.gouv.fr

www.anap.fr

www.santé.weka.fr

www.erudit.org

TABLES DES MATIÈRES

Remerciements.

Liste des sigles utilisés

Sommaire.

INTRODUCTION :

La Communauté Hospitalière de Territoire, une nouvelle organisation de l'offre de soins hospitalière.....	Page 1
Le centre hospitalier de Crest, confronté à un exercice de territorialité au sein de la CHT du Centre-Nord-Drôme.....	Page 5
Méthodologie d'enquête.....	Page 8
Les outils d'enquête	Page 9
- L'entretien semi directif à la base des interviews.....	Page 11
- Le questionnaire.....	Page 12
L'annonce du plan.....	Page 16

I) DE L'ORGANISATION TERRITORIALE AU PROJET DE COOPÉRATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE.....Page 17

<u>I.1. La Communauté Hospitalière de Territoire, une solution fédérative pour les établissements publics de santé.....</u>	Page 17
1.1. De la logique ascendante ou descendante, la création d'une CHT.....	Page 17
1.2 Structuration et gouvernance de la CHT.....	Page 18
1.3 Gestion financière et managériale de la CHT.....	Page 20
<u>I.2) Chronologie du projet de CHT du Centre Nord- Drôme.....</u>	Page 21
2.1. L'injonction de l'ARS et ses attendus.....	Page 21
2.2. L'accord cadre, une réponse à la demande de l'ARS.....	Page 22
2.3. A la rencontre de points de vue parfois contraires.....	Page 24

II) ENTRE CHANGEMENT ET CULTURE, QUELS ÉCLAIRAGES CONCEPTUELS SUR LE PROCESSUS DE CRÉATION DE LA CHT ?Page 30

<u>II.1 Le changement comme adaptation de l'organisation et de ses acteurs.....</u>	Page 30
1.1. Élément de définition du concept de changement.....	Page 30

TABLES DES MATIÈRES

Remerciements.

Liste des sigles utilisés

Sommaire.

INTRODUCTION :

La Communauté Hospitalière de Territoire, une nouvelle organisation de l'offre de soins hospitalière.....	Page 1
Le centre hospitalier de Crest, confronté à un exercice de territorialité au sein de la CHT du Centre-Nord-Drôme.....	Page 5
Méthodologie d'enquête.....	Page 8
Les outils d'enquête	Page 9
- L'entretien semi directif à la base des interviews.....	Page 11
- Le questionnaire.....	Page 12
L'annonce du plan.....	Page 16

I) DE L'ORGANISATION TERRITORIALE AU PROJET DE COOPÉRATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE.....Page 17

<u>I.1. La Communauté Hospitalière de Territoire, une solution fédérative pour les établissements publics de santé.....</u>	Page 17
1.1. De la logique ascendante ou descendante, la création d'une CHT.....	Page 17
1.2 Structuration et gouvernance de la CHT.....	Page 18
1.3 Gestion financière et managériale de la CHT.....	Page 20
<u>I.2) Chronologie du projet de CHT du Centre Nord- Drôme.....</u>	Page 21
2.1. L'injonction de l'ARS et ses attendus.....	Page 21
2.2. L'accord cadre, une réponse à la demande de l'ARS.....	Page 22
2.3. A la rencontre de points de vue parfois contraires.....	Page 24

II) ENTRE CHANGEMENT ET CULTURE, QUELS ÉCLAIRAGES CONCEPTUELS SUR LE PROCESSUS DE CRÉATION DE LA CHT ?Page 30

<u>II.1 Le changement comme adaptation de l'organisation et de ses acteurs.....</u>	Page 30
1.1. Élément de définition du concept de changement.....	Page 30

1.2. La connaissance du projet de CHT par les professionnels acteurs.	Page 32
1.3. La perception que les professionnels acteurs ont du changement.....	Page 34
1.4. Le projet de CHT entre avantages et inconvénients.....	Page 36
1.5. Le changement : entre attentes et craintes, un processus social complexe.....	Page 42
<u>II.2. L'influence du processus de changement sur la culture institutionnelle.....</u>	Page 52
2.1. Que signifie la notion de culture à l'hôpital?	Page 52
2.2. L'appartenance collective du point de vue des décideurs institutionnels.....	Page 53
2.3. L'importance des valeurs pour les professionnels acteurs.....	Page 57
2.4. Le changement impacte-t-il la culture professionnelle ?	Page 59
2.5. Culture du soin et identité professionnelle, un avenir en demi-teinte...	Page 61
 III. QUELS ENSEIGNEMENTS POUVONS-NOUS RETENIR DE CETTE ÉTUDE ?.....	Page 65
<u>III.1. Synthèse et retour sur les hypothèses.....</u>	Page 65
<u>III.2. Les perspectives d'actions pour le centre hospitalier de Crest.....</u>	Page 68
<u>III.3. Quelle fonction pour le coordonnateur des soins ?.....</u>	Page 70
 CONCLUSION	Page 72
 BIBLIOGRAPHIE.....	Page 74
 ANNEXES	Page 78
 <u>ANNEXE 1</u> : TABLEAU DES ENTRETIENS.	
 <u>ANNEXE 2</u> : LETTRE D'INFORMATION AUX PERSONNES INTERVIEWÉES.	
 <u>ANNEXE 3</u> : GUIDE D'ENTRETIEN.	
 <u>ANNEXE 4</u> : LETTRE D'INFORMATION AUX PERSONNES DESTINATAIRES DU QUESTIONNAIRE.	
 <u>ANNEXE 5</u> : QUESTIONNAIRE.	
 <u>ANNEXE 6</u> : TABLEAU DE TRAITEMENT DES QUESTIONS 8 et 9.	

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLEAU DES ENTRETIENS.

ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION AUX PERSONNES INTERVIEWÉES.

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN.

ANNEXE 4 : LETTRE D'INFORMATION AUX PERSONNES DESTINATAIRES DU QUESTIONNAIRE.

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE.

ANNEXE 6 : TABLEAU DE TRAITEMENT DES QUESTIONS 8 et 9.

Résumé

En France, depuis la création de l'assurance maladie en 1945, la hausse des dépenses de santé dépasse régulièrement celle du Produit Intérieur Brut obligeant les pouvoirs publics à dégager des moyens de financement supplémentaires et des économies de fonctionnement tout en évitant de mettre en cause la qualité des soins. Depuis une dizaine d'années la politique sanitaire a opté pour une recomposition de l'offre de soins dans le cadre des territoires de santé. Cette recomposition se traduit par le regroupement d'établissements de santé dans la perspective d'une meilleure coopération et d'une mutualisation des moyens. L'exemple du centre hospitalier de Crest est emblématique de cet exercice de territorialité. L'Agence Régionale de Santé enjoint l'établissement de développer son offre de soins dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire Centre-Nord Drôme. L'objectif de cette étude est de décrire le processus de changement engagé au sein de la structure, et d'appréhender les possibles mutations culturelles et identitaires en devenir. Il apparaît que la Communauté Hospitalière de Territoire génère un changement culturel qui se manifeste par un rééquilibrage des rapports professionnels et des normes de travail. Promouvoir une culture du changement suppose de considérer des aspects d'ordre humain, organisationnel, technique ... Cela implique, outre une volonté forte en terme de management, de prendre en compte les représentations des acteurs à l'égard du changement.

In France, since the creation of health insurance in 1945, the rise in health spendings regularly increases the gross domestic product forcing the public authorities to generate additional funding and operational savings while avoiding jeopardizing the quality of care. Since a decade, health policy opted for a reorganization of provision of care within the health territories. This reorganization leads to clustering health institutions in the perspective of better cooperation and pooling resources. The example of the hospital of Crest is emblematic of this exercise of territoriality. The Regional Agency of Health orders the establishment to expand its offering of care within the Community Hospital of Territory Centre-Nord-Drôme. The objective of this study is to describe the process of change taking place within the structure, and to understand the possible cultural and identity change in the making. It appears that the Community Hospital Territory generates a cultural change that occurs in rebalancing the professional relationships and working standards. Promote a culture of change requires to consider human, organizational and technical aspects... It implies having a strong desire in terms of management, and taking into account the representations of the actors towards the change.

Mots Clefs

- Communauté Hospitalière de Territoire - Changement -

- Culture institutionnelle – Identité professionnelle – Mutation culturelle-