



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Le management de la phase
d'intégration post-fusion :
Les enseignements de l'expérience du Centre
Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE, 74)**

Lionel CHEVALLIER

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier les personnes ci-dessous désignées, sans la participation desquelles la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible :

- M. Joël PRIGENT, Directeur Général Adjoint du CHANGE et encadrant mémoire, pour son sens de l'analyse, sa disponibilité et m'avoir permis de comprendre les enjeux et complexités de la présente fusion,
- Mme Anne-Marie FABRETTI, maître de stage, pour son soutien indéfectible, son positivisme et ses réflexions inspirantes,
- M. Claude CHALEAT, pour son esprit d'analyse et pour m'avoir transmis sa « passion » de Saint-Julien, dont il m'a permis de rencontrer les personnes ressources,
- L'équipe de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) pour avoir mis à ma disposition ses matériels et ressources pédagogiques, en particulier son Directeur, M. Patrice LOMBARDO et la responsable de son centre de documentation, Mme Audrey GIROUD,
- Toutes les personnes rencontrées pour avoir accepté d'échanger librement, exprimer leurs ressentis, leurs inquiétudes et leur tristesse parfois.

Sommaire

Introduction	1
1 La création du CHANGE par fusion des hôpitaux d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois	6
1.1 Avant la fusion : une situation très hétérogène des parties prenantes	6
1.1.1 Les établissements en présence	6
1.1.2 Une situation très hétérogène	7
1.2 La fusion : la naissance du Centre Hospitalier Annecy Genevois	8
1.2.1 Justification de la présente fusion et objectifs de l'ARS	8
1.2.2 La conduite du processus de fusion	10
1.3 La phase d'intégration : la situation actuelle	11
2 Le management du processus décisionnel : le rapprochement des activités et des organisations	15
2.1 Le déploiement d'un projet médical commun	15
2.1.1 Le projet médical unique du CHANGE	15
2.1.2 La mise en œuvre actuelle du projet : la mise en lumière des difficultés d'intégration dans le projet de pédiatrie bi-site	19
2.2 Le déploiement d'une organisation et de règles de fonctionnement communes	24
2.2.1 Le modèle de la transversalité globale : des pôles et des directions fonctionnelles bi-site	24
2.2.2 Les modèles alternatifs à la transversalité globale	26
3 Le management de la dimension humaine : le dépassement des antagonismes pour réaliser les synergies nécessaires	31
3.1 Le processus d'acculturation : vers une culture ou identité nouvelle	31
3.1.1 L'épreuve de la disparition de l'entité existante et du deuil de l'organisation actuelle	31
3.1.2 La création d'une nouvelle culture commune ?	37
3.2 Le processus d'appropriation : confiance et potentialisation des acteurs	39
3.2.1 Les valeurs de l'opération de fusion : confiance, respect et égalité de traitement	40

3.2.2 Rôle du temps et potentialisation des acteurs.....	44
Conclusion.....	49
Bibliographie.....	51
Liste des annexes.....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

APR : Analyse Préliminaire de Risques

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHANGE : Centre Hospitalier ANnecy GENEvois

CHRA : Centre Hospitalier de la Région d'Annecy

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

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COCOFU : COmité de COordination de la FUSion

CRC : Chambre Régionale des Comptes

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DAF : Direction des Affaires Financières

DG : Directeur Général

DGA : Directeur Général Adjoint

DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FME : Femme Mère Enfant (Pôle)

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation A Domicile

HISLV : Hôpital Intercommunal du Sud-Léman Valserine

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IRCAF : Institut de Recherche, Audit, Conseil, Formation

MAPPP : Mission d'Appui aux Partenariats Public-Privé
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

OS : Organisations Syndicales

PMI : *Post Merger Integration*
PMU : Projet Médical Unique

RA : Rhône-Alpes
RH : Ressources Humaines

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

Pourtant appelées à la « *prudence dans l'utilisation de l'outil* » dans un rapport fameux de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) consacré à la question et publié en mars 2012¹, les autorités sanitaires persistent à considérer la fusion comme un outil privilégié de recomposition de l'offre de soins dans les territoires : le mouvement aurait ainsi touché plus de 9% des Etablissements Publics de Santé (EPS) au cours des 15 dernières années (1995-2010).

Même si le phénomène excède largement le secteur sanitaire et social², la consultation de la presse spécialisée récente confirme l'actualité de cette assertion ; s'il a déjà amplement réalisé son mouvement de concentration d'établissements au cours de la précédente décennie (2000), l'actualité estivale du secteur sanitaire privé a été marquée par le regroupement de deux géants du secteur : « *les actionnaires de Ramsay Santé et Générale de Santé approuvent la fusion-absorption des sociétés* »³. Dans le même temps, le secteur public poursuit la recomposition de son offre de soins par voie de fusion hospitalière⁴. Les régulateurs du système sanitaire eux-mêmes, généralement cantonnés dans un rôle de donneur d'ordres, ne sont plus épargnés par cette lame de fond⁵.

Traduction fidèle de la locution latine *fusio*, la fusion désigne, en sciences physiques, le passage d'un corps de l'état solide vers l'état liquide. En matière financière, elle est l'opération par laquelle une ou plusieurs sociétés se réunissent pour n'en former plus qu'une seule. La croissance externe est l'un des trois modes de développement de l'entreprise avec la croissance interne et l'alliance stratégique.

Rien ne semble a priori réunir les deux définitions principales de la notion ; pourtant, à y regarder de plus près, il existe au-delà de cette différence par nature, une communauté de résultats : en effet, dans les deux cas, l'opération semble d'abord procéder d'une transmutation d'un état initial vers un état nouveau et provoquer des réactions qui peuvent, à certains égards, paraître proches : « *pour obtenir une réaction de fusion, il faut rapprocher suffisamment deux noyaux qui, puisqu'ils sont tous deux chargés positivement, se repoussent. Une certaine énergie est donc indispensable pour franchir*

¹ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L., *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, IGAS, 2012.

² Outre les fusions d'établissements sanitaires et sociaux, l'actualité récente rapporte également les fusions des Régions administratives, les fusions de corps ou statuts administratifs etc.

³ Dépêche *Hospimédia*, 2 juillet 2015.

⁴ Par exemple : « *Le CHU de Poitiers et le CH de Montmorillon vont fusionner le 1^{er} janvier 2016* », « *Les fusions des CH de Fontainebleau, Montereau et Nemours s'orientent vers une fusion au 1^{er} janvier 2017* », « *Les CH de Longjumeau et Juvisy fusionneront début 2016, Orsay devrait les rejoindre début 2017* », Dépêches *Hospimédia* des 30 juin, 16 juillet et 5 octobre 2015.

⁵ « *L'ARS Rhône-Alpes envisage la fusion avec l'Auvergne sans réduire les effectifs* », Dépêche *Hospimédia*, 6 octobre 2015.

cette barrière et arriver dans la zone, très proche du noyau, où se manifestent les forces nucléaires capables de l'emporter sur la réaction électrostatique »⁶. La lecture d'une telle définition issue des sciences physiques laisse augurer la nature des difficultés liées à la dynamique d'attraction/répulsion en jeu.

Au niveau des organisations sanitaires, il y a lieu de retenir la définition simple de l'IGAS : « *une fusion se définit comme la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes* »⁷. Elle s'intègre dans un ensemble de formes de rapprochements entre établissements de santé, comme les directions communes et les coopérations structurées, et doit être privilégiée pour la conduite d'opérations lourdes de rapprochement opérationnel entre structures.

« *C'est quand on se rapproche que l'on prend conscience de la distance qui nous sépare* ». Un brin énigmatique, cette phrase, issue des réflexions de la Directrice des Ressources Humaines (DRH) du Centre Hospitalier d'Annecy, illustre parfaitement l'ambiguïté et les difficultés sous-jacentes d'une opération de fusion entre deux entités préexistantes. Bilan en demi-teinte pour les uns, des fusions sur la corde raide pour d'autres... Le constat négatif est partagé dans la littérature : la plupart des fusions dans le secteur privé s'est soldé par un échec, mais certaines, plus rares, sont bénéfiques. Changement global à caractère stratégique, la fusion apparaît comme un phénomène complexe intégrant à la fois des aspects techniques et une forte dimension humaine qui confère à chaque opération un caractère unique.

Sur les aspects techniques, l'opération de fusion présente indubitablement une véritable complexité sur les plans juridique, comptable et organisationnel ; il n'en demeure pas moins que « *pour complexe qu'elle soit sur [ces différents plans], la fusion au travers de ses aspects techniques apparaît chose aisée comparée à la fusion des esprits des volontés, des dynamismes et des logiques médicales et soignantes* »⁸. Cette première perspective fait, par ailleurs, désormais l'objet d'un *vade-mecum* récemment publié aux Presses de l'EHESP⁹.

Sur la dimension humaine de l'opération, la fusion est qualifiée par certains de « *révolution culturelle* »¹⁰ en ce qu'elle fait passer les hôpitaux fusionnés d'une logique concurrente à la complémentarité. Tout en représentant une « *rupture majeure* »¹¹ pour le

⁶ Définition des *réactions de fusion*, site internet de l'actualité professionnelle du secteur de l'environnement, www.actu-environnement.com.

⁷ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L., *Op. cit.*, p. 3.

⁸ CALMES G., DEHAINE J-B., *Fusion juridique des établissements publics de santé en 2012. De la théorie à la pratique*, La revue hospitalière de France, janvier-février 2012, n° 544, p.60.

⁹ ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, coll. *Vade-mecum pro*, Presses de l'EHESP, 2015.

¹⁰ BEDIER P., *Former pour accompagner la fusion. Comment préparer le personnel ?*, La revue hospitalière de France, novembre-décembre 1999, n°6, p. 62.

¹¹ *Ibid.*

personnel qui la vit comme une situation d'échec et de deuil de l'ancienne structure souvent idéalisée *a posteriori*, sa réussite requiert de ce même personnel son adhésion et sa contribution aux projets dans sa mise en œuvre. La communauté des scientifiques et des praticiens reconnaît ici qu'en la matière, s'il en est pourtant besoin, il n'existe pas, à ce jour, de mode opératoire intégrant les diverses approches, tous secteurs (public ou privé) confondus¹².

« *Le terme de fusion n'est en rien un euphémisme, mais une métaphore remarquablement explicite si l'on imagine la fusion de deux métaux pour donner un alliage* »¹³. La fusion ne peut être comprise comme une addition de services, d'activités, de structures ou de personnes, ni une soustraction ou une substitution. Elle est une multiplication et, pour ce faire, doit aux termes d'un processus de synergie, emmener les hommes à se projeter au-delà des structures anciennes et en construire et faire vivre une nouvelle.

Si une procédure de fusion doit naturellement être préparée, sa complexité et sa spécificité intrinsèque rendent improbable de pouvoir tout anticiper : nombreux sont les auteurs à considérer que le management post-fusion, durant la phase dite d'intégration ou *Post Merger Integration* (PMI) en anglais, est, dans ces conditions, déterminante et probablement la plus délicate : bien plus qu'une phase complémentaire de la préparation, l'intégration consiste à réaliser la fusion, ni plus ni moins, la consolider et la concrétiser. Le rôle de management apparaît ici central.

S'il n'existe aucun *modus operandi ad hoc*, les chercheurs se sont efforcés d'identifier les clés de la réussite des fusions-acquisition, dans l'analyse des fusions-acquisitions du secteur privé (pour l'essentiel) et déterminer quelques principes d'action à privilégier : alors que plusieurs études sur les fusions hospitalières (notamment des mémoires ENSP¹⁴) ont ciblé leur propos sur l'importance du projet (notamment médical) de l'établissement, il a été établi que les techniques de conduite de projet, à l'origine du projet médical et d'établissement, étaient nécessaires mais insuffisantes : nécessaires sur

¹² Cf. not. LAUDE L., LOUAZEL M., *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, Journal de gestion et d'économie médicales, 2013, vol. 31, n° 2-3, p.93 et s. et KIPPING M., *Assurer le succès des fusions et acquisitions : les contributions d'une approche historique*, le journal de l'Ecole de Paris du Management, juin 2010, n° 86, p. 14 et s.

¹³ DUMOND J-P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers*, Sciences sociales et santé, décembre 2006, vol. 24, n°4, p.97 et s.

¹⁴ Cf. not. TROUDE M., *Les conditions de réussite d'une fusion hospitalière ou l'importance du projet médical. Le cas de la fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et du Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2006 ;

LAVIGNE F., *Le projet d'établissement, garant de la concrétisation d'une fusion. L'exemple de la fusion du Centre Hospitalier de Lavelanet avec une clinique privée*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissements Sanitaire et Social public, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2004 ;
POILLERAT L., *Le projet d'établissement au service de la fusion d'un établissement médico-social*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissements Social et médico-social public, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2003.

les aspects techniques pour en permettre l'anticipation et en garantir l'efficience mais « *insuffisantes en raison des dynamiques sociales et des processus psychiques qui viennent interférer en profondeur dans le processus de restructuration* »¹⁵. C'est ainsi qu'une telle recommandation serait une condition nécessaire mais non suffisante : si le projet peut contribuer au succès de l'opération de fusion notamment en en donnant les objectifs et le sens de l'action, il y a également lieu de s'intéresser à la manière d'y parvenir en pratique.

Sans prétendre proposer une méthode managériale et une organisation cible de nature à piloter le changement, ce mémoire a vocation à s'intéresser plus particulièrement aux problématiques de l'organisation et du management de cette opération spécifique, en ciblant plus spécifiquement sur la phase d'intégration. Même si « *chaque opération est unique et c'est ce qui rend si difficile l'application de recettes* »¹⁶, l'analyse de l'opération de fusion des hôpitaux d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois, qui se trouve actuellement dans sa phase d'intégration post-fusion, offre, tant dans ses réussites que dans ses difficultés résiduelles, une vision pragmatique des facteurs d'échec et de réussite d'une fusion hospitalière.

Dans *Terre des hommes*¹⁷, A. de Saint-Exupéry exhorte : « *pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible* ». Dans quelles conditions le Centre Hospitalier Annecy Genevois peut-il parvenir à créer les synergies nécessaires à la réalisation effective de la fusion entre ses deux composantes de manière à « *rendre possible* » son avenir ? En plus de parfaitement illustrer l'évolution actuelle du métier de directeur d'hôpital, l'ampleur de la question témoigne du défi managérial que représente une fusion d'établissements pour l'équipe de direction de la nouvelle entité. Il s'agit, à la lumière de l'expérience annécienne, d'éprouver les facteurs d'échec et d'identifier les bonnes pratiques managériales, conditions de la réussite d'une telle opération.

La première étape de la réflexion a consisté en une recherche de la littérature existante dans le but d'en maîtriser les concepts théoriques. Cette prospection a été ciblée sur l'organisation et le management des opérations de fusion dans le secteur privé, secteur des entreprises et secteur de la santé.

Ce travail a, ensuite, donné lieu à une analyse rétrospective de l'opération de fusion au CHANGE, la méthode utilisée, les difficultés rencontrées ; un bilan a été dressé au moyen d'entretiens des acteurs de terrain pour mieux comprendre leurs ressentis et les

¹⁵ Cf. DUMOND J-P., *op. cit.*, p. 123.

¹⁶ BARABEL M., SCHIER G., TEBOUL T., *Les fusions d'entreprises sur la corde raide*, L'expansion Management Review, février 2008, n°129, p. 28 et s.

¹⁷ SAINT-EXUPÉRY A., *Terre des hommes*, Gallimard, France, 1939.

conséquences managériales, organisationnelles et, plus généralement, humaines de ces opérations.

Cet examen a, enfin, été mis en perspective au moyen d'un recueil de l'expérience d'autres hôpitaux, plus ou moins proches et avancés dans le processus, afin d'identifier les choix et alternatives envisageables.

Puisque chaque opération de fusion hospitalière est singulière, il conviendra dans un premier temps de présenter l'histoire et le contexte de l'opération CHANGE et son actualité (I). A l'instar de la notion de *réactions de fusion*¹⁸, le premier temps du management de l'opération doit avoir pour objet de mettre en mouvement le processus décisionnel dans l'optique de rapprocher les activités et les organisations (II). Cette démarche pragmatique ne doit pas, pour autant, éclipser le management de la dimension humaine de l'opération, sur laquelle repose l'effectivité de la réalisation des synergies (III).

¹⁸ Cf. *supra*

1 La création du CHANGE par fusion des hôpitaux d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois

Né de la réunion dans une même entité juridique de deux structures antérieurement autonomes, le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA) et l'Hôpital Intercommunal du Sud-Léman Valserine (HISLV), le Centre Hospitalier ANnecy GEnevois porte le changement dans son ADN, jusqu'à le revendiquer fièrement dans son acronyme : CHANGE.

1.1 Avant la fusion : une situation très hétérogène des parties prenantes

1.1.1 Les établissements en présence

L'HISLV était situé sur la commune de Saint-Julien-en-Genevois, en Haute-Savoie, au contact immédiat de la frontière suisse et de l'agglomération de Genève. Il était le plus petit EPS de son territoire de santé.

Il assurait des soins de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), des Soins de Suites et de Réadaptation (SSR), ainsi que des soins de longue durée et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il disposait pour ce faire en 2011 d'une capacité d'hospitalisation de 395 lits et places, dont 228 de MCO, et d'un effectif total de 723 ETP, dont 73 médecins. S'agissant de son activité, l'établissement enregistrait la même année près de 13 000 séjours et un millier d'accouchements, et environ 55 000 consultations, 3 800 actes au bloc opératoire et 21 500 passages aux urgences.

Son bassin de population comptait 135 000 habitants équitablement partagés entre l'Ain (cantons de Bellegarde, Collonges, Ferney-Voltaire et Gex) et la Haute-Savoie (cantons de Cruseilles, Frangy, Saint-Julien-en-Genevois et Seyssel). Avec une croissance démographique deux fois supérieure à la moyenne de la Région Rhône Alpes, le Genevois français offre un environnement très favorable.

Le CHRA était un établissement public de santé intercommunal territorialement rattaché aux 13 communes de l'agglomération d'Annecy. Il était le premier EPS de la Haute-Savoie par sa taille et du fait de ses missions. Pivot de l'offre de soins sur son territoire, il était l'établissement de référence du département et sa zone d'influence s'étend à une population de près d'un million d'habitants.

Employant plus de 2 750 ETP (dont 325 médecins) pour une capacité de 1 077 lits et places (dont 665 en MCO), il réalisait une activité importante : 72 000 séjours, 2 660 accouchements, 246 000 consultations externes, 13 250 actes au bloc opératoire et 74 100 passages aux urgences.

Il offrait un plateau technique complet (bloc opératoire, appareils d'imagerie, laboratoire, accélérateurs de particules...) et intégrait l'ensemble des spécialités de médecine et de chirurgie y compris à un niveau de recours dans les domaines de la cardiologie (chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle) et de la neurologie (neurochirurgie, unité neurovasculaire) ainsi qu'une réanimation polyvalente. L'ensemble de ces activités MCO est pris en charge au sein d'un bâtiment sanitaire reconstruit à neuf en 2008 sur la commune de Metz-Tessy.

1.1.2 Une situation très hétérogène

Il ressort de ce qui précède plusieurs différences de taille dans l'analyse de la situation des deux établissements parties prenantes à la fusion :

- D'un côté, un hôpital (HISLV) de petite taille, situé au cœur d'une zone frontalière, assis sur un bassin de recrutement « à cheval » sur deux départements et jouissant d'un développement démographique exceptionnel,
- De l'autre, un établissement (CHRA) de référence, de taille relativement importante, reconstruit à neuf et bénéficiant de ressources (et réalisant une activité) quatre à cinq fois plus élevées.

C'est dans le domaine des résultats financiers que cette situation hétérogène, objectivée par la publication simultanée en juin 2014 de deux rapports d'observations de la Chambre Régionale des Comptes (CRC), est peut-être la plus évidente :

Dans son rapport sur la gestion de l'HISLV pour les exercices 2007 à 2012, la Chambre note que « *le résultat net consolidé comptable affiché par le CHISLV devient déficitaire dès 2010 du fait de l'évolution du budget principal* ». Recalculé par la CRC, le déficit structurel de l'établissement atteint 2,2M€ en 2011 et 3,7M€ en 2012. « *La dégradation de la situation financière de l'établissement a nécessité en 2012 une aide exceptionnelle de 6,2 M€ de l'ARS : 5 M€ au titre des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) et près de 1,2 M€ destinés à renforcer le fonds de roulement et la trésorerie, sous peine de se retrouver en situation de cessation de paiement* ».

Cette situation financière difficile est liée aux deux difficultés majeures rencontrées par l'établissement : en 2011, les difficultés de recrutement ont contraint l'établissement à fermer de nombreuses capacités d'hospitalisation¹⁹ ; parallèlement, la « *diminution continue du nombre d'entrées dans le secteur de la chirurgie, soit près de 42 % des entrées depuis 2007* » qui s'est traduite, dans les faits par une perte de parts de marché des disciplines chirurgicales au profit du CHRA²⁰, une diminution du taux d'occupation des

¹⁹ 10 lits de SSR gériatrique, 31 lits d'EHPAD, suspension momentanée de l'activité de cardiologie et fermeture de lits de pédiatrie et 12 lits de chirurgie (HS) au cours des mois d'été.

²⁰ A Saint-Julien-en-Genevois, la part de marché en chirurgie sur la zone passe de 30,1% en 2007 à 25,6% en 2011. Dans le même temps, la part de marché du CHRA sur ce segment passe de 6,5% à 11,6%.

unités de chirurgie (69% en 2012) et un désengagement de l'hôpital en la matière (-45 lits sur 95 convertis en lits de médecine).

Dans le même temps, avec un excédent structurel de 6M€ en 2012, la CRC qualifie la situation financière du CHRA de « *saine avec un résultat structurel excédentaire, un taux de marge brute et un taux de capacité d'autofinancement performants* ».

1.2 La fusion : la naissance du Centre Hospitalier Annecy Genevois

La fusion s'est réalisée le 1^{er} janvier 2014 : résultant de la fusion des hôpitaux d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois, le Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE) est un EPS intercommunal qui représente par sa taille le 4^{ème} établissement de la région Rhône-Alpes et dessert un bassin de population de plus de 400 000 habitants. Organisé en 10 pôles cliniques et médicotechniques, le nouvel établissement dispose d'une capacité d'hospitalisation de 1 417 lits et places, dont 869 en MCO et emploie plus de 4 000 ETP (dont environ 400 médecins).

Les conditions de sa naissance expliquent que le CHANGE présente la particularité de déployer son activité sur deux sites principaux, situés à Metz-Tessy et à Saint-Julien-en-Genevois, distants de 30 km et sur deux bassins de vie.

1.2.1 Justification de la présente fusion et objectifs de l'ARS

L'ancienneté, la persistance et l'aggravation récente des difficultés de l'hôpital de Saint-Julien-en-Genevois, issues pour une grande part de son positionnement géographique spécifique, avaient de fait inscrit l'établissement dans une trajectoire administrative récurrente de mariage forcé, successivement envisagé avec l'hôpital d'Annemasse, la Clinique d'Annemasse et enfin le CHRA. L'appréciation du franc suisse face à la monnaie européenne dès la fin de l'année 2010 a accéléré le processus de rapprochement selon la configuration fournie par cette dernière hypothèse ; le processus est bien connu à la frontière genevoise : départs massifs de personnel – fermetures de lits – difficultés financières.

« Les sérieuses difficultés de recrutement rencontrées en 2011 et la prise de conscience de la situation financière ont précipité la décision de fusionner les deux établissements » note la juridiction financière dans son rapport sur la gestion de l'HISLV²¹. Ce sentiment d'urgence ressort clairement des compte-rendus des instances de l'HISLV au sein desquelles la fusion est décidée : Pénurie de médecins, niveau de déficit qui menace l'autonomie de l'établissement... La situation est jugée « *grave et préoccupante* » par le binôme Directeur/Président de CME, qui rejettent l'hypothèse de la mise en place d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) car demandant un temps dont l'hôpital ne dispose plus.

²¹ Chambre Régional des Comptes d'Auvergne-Rhône Alpes, Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier Intercommunal Sud-Léman Valserine (74), p. 9.

Parallèlement, en insistant sur son activité en augmentation de 15% depuis l'ouverture du nouvel hôpital et ses équipements (bloc opératoire et maternité) saturés, la situation du CHRA est jugée compatible avec une telle évolution dans le but d'apporter une réponse sanitaire aux territoires de l'Ain qui sont en attente de propositions.

Incité dans ce sens par l'ARS et parce que « *c'est le seul moyen de s'en sortir* »²², le conseil de surveillance de l'HISLV déclare solennellement, lors de sa séance du 1^{er} décembre 2011, « *sa volonté d'engager avec le CHRA une démarche de fusion tendant à la création au 1^{er} janvier 2013 d'un nouvel établissement de santé multi-site dont l'objet premier est de garantir aux populations un égal accès à des soins de qualité prenant en compte la démographie des deux territoires de santé et leurs spécificités* »²³. Cette demande est acceptée « à la majorité » par l'instance délibérative du CHRA le 27 janvier 2012.

Les conseils municipaux des communes de Metz-Tessy et Saint-Julien-en-Genevois émettent les 15 et 18 octobre 2012 un avis favorable à l'opération de fusion de leurs établissements de santé. Côté Saint-Julien, les attendus de la fusion ressortent clairement de l'avis de son conseil municipal : assurer les financements nécessaires en restaurant l'attractivité du site auprès des personnels médicaux et paramédicaux, structurer les filières et fluidifier les parcours de soins pour les patients ; dans le même temps, la délibération de Metz-Tessy insiste sur la nécessité de conserver une activité de proximité au sein de chaque établissement et de ne pas centraliser sur le CHRA une activité supplémentaire que sa structure ne pourrait supporter.

La fusion est officialisée par arrêté de l'ARS au mois de décembre 2012 et prévue pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2014 ; l'Agence précise ses conditions dans deux considérants :

- « *La réorganisation des activités au sein d'un établissement de santé unique est indispensable pour permettre la structuration de filières de soins garantissant dans ce secteur un parcours de soins coordonnés et sécuriser les ressources humaines sur les deux sites afin de remédier à la situation de fragilité sur le bassin de Saint-Julien-en-Genevois, du Pays de Gex et de Bellegarde-sur-Valserine*
- *La fusion permettra de redynamiser l'offre de soins publics de proximité sur le site de Saint-Julien en assurant le maintien de la maternité et le développement d'un plateau technique chirurgical dédié aux interventions ambulatoires, et aux interventions conventionnelles ne nécessitant pas d'hospitalisation longue et*

²² Propos du Président de la CME de l'HISLV, séance de la CME du 17 octobre 2011.

²³ Extrait du registre des Délibérations du Conseil de surveillance de l'HISLV, Séance du 1^{er} décembre 2011.

d'apporter ainsi une réponse satisfaisante aux besoins de santé de proximité de la population du secteur du Genevois et du Pays de Gex ».

1.2.2 La conduite du processus de fusion

Les grandes lignes de la structuration du processus de fusion ont été dessinées par le DGARS : c'est sur sa demande qu'a été mise en place, dès le 1^{er} janvier 2012, une direction commune entre les deux établissements à la faveur du départ du directeur par intérim de l'HISLV et de la mise en place de la CHT Annecy/Rumilly/Saint-Julien-en-Genevois. C'est encore sur sa demande qu'est mis en place un comité de pilotage composé à égalité de 5 représentants de chaque établissement qui aura pour mission de définir les orientations stratégiques du projet de fusion et notamment le projet médical unique (PMU) du futur établissement. Il requiert également, dans le même courrier, l'organisation de deux appels d'offre pour une assistance d'un consultant externe pour l'élaboration du projet médical unique et la démarche administrative et financière de fusion des deux établissements.

C'est dans ce cadre préétabli, auquel s'ajoute « en interne » l'installation d'un comité opérationnel de la fusion, le *COmité de COordination de la FUsion - COCOFU*, que va se dérouler la mise en œuvre du projet de fusion entre les deux établissements selon deux procédures parallèles :

- Elaboration d'un projet médical unique : lancée le 6 juin 2012, la démarche a réuni à plusieurs reprises les 7 groupes de travail thématiques désignés entre les mois de juillet et septembre pour présentation des orientations détaillées au Comité de pilotage au mois de novembre 2012 et du plan pluriannuel au mois de janvier 2013
- Travail de rapprochement et de fusion technique et administrative qui a impacté de nombreux acteurs et a fait l'objet d'un inventaire exhaustif, d'un calendrier de mise en œuvre et du relevé des procédures à respecter sur chacun des domaines concernés : finances, patrimoine, comptabilité, système d'information, gouvernance, RH etc.

Chacune des étapes techniques de la fusion des CHRA et HISLV a fait l'objet d'un travail de recensement de Cédric ZOLEZZI, directeur adjoint en charge des affaires juridiques et des relations avec les usagers au CHRA, qui a donné lieu à la publication d'un ouvrage aux Presses de l'EHESP²⁴ : des éléments complémentaires sur la préparation de la fusion pourront être précisés au fur et à mesure du développement, en tant que de besoin. Pour plus de détails concernant ces aspects, il y aura lieu de s'y reporter.

²⁴ ZOLEZZI C., préc.

- La procédure de fusion ayant donné naissance au CHANGE apparaît relativement classique, bien que réalisée dans des délais très courts (1 an initialement, 2 années au bilan) : le raccourcissement de la phase préparatoire a nécessairement eu pour conséquence de focaliser l'urgence sur le traitement des processus techniques et reporter une partie des difficultés et de la gestion du changement sur la phase d'intégration post-fusion.
- Au-delà des apparences, elle présente toutes les caractéristiques d'une fusion contrainte : par les événements du côté de Saint-Julien, par l'ARS du côté d'Annecy ; ce dont semble remarquablement témoigner la signature, à la demande expresse de l'ARS, d'un contrat d'engagement début 2013.
- La fusion a installé sous une même enveloppe juridique deux établissements aux situations très hétérogène : d'un côté, un établissement déclinant, fortement déficitaire (et maintenu par des aides exceptionnelles de l'ARS) en proie notamment à de sérieuses difficultés de recrutement liées à son implantation géographique frontalière ; de l'autre, un établissement à la santé financière saine fortement excédentaire et enregistrant une progression d'activité à un rythme soutenu qui a su bénéficier à plein de la concomitance entre la montée en puissance de la T2A et l'ouverture de son nouveau bâtiment sanitaire.
- S'agissant de ses conditions de réalisation, la fusion a su s'appuyer sur les premiers facteurs clés de réussite : identification claire des faits générateurs : situation financière dégradée, problèmes de recrutement, nécessité de réaliser des investissements lourds, important taux de fuite des patients etc. ; absence a priori des facteurs structurels défavorables (temps de trajet trop importants, bassins de vie trop différents, absence de complémentarité dans les activités).

1.3 La phase d'intégration : la situation actuelle

Période de transition, assurément, la situation actuelle de la nouvelle entité peut être qualifiée de complexe à bien des égards :

La préoccupation financière²⁵ issue du diagnostic financier et de l'étude prospective réalisés par le consultant dans le cadre de sa mission d'accompagnement de la fusion financière et comptable reste d'actualité : à ce jour, soit 18 mois après l'acte de naissance

²⁵ Intitulée *Question relative à la viabilité financière du regroupement CHRA/HISLV* ; après avoir souligné que les deux établissements abordaient la fusion « dans des situations diamétralement opposées », le consultant ajoute que « le niveau moyen annuel d'apport au fonds de roulement qui apparaît dans le tableau de financement pluriannuel du CHRA ne permettra pas au groupe hospitalier d'absorber sans risque important le niveau des déficits issus des premiers plans de redressement de l'HISLV, la fusion dans les conditions actuelles d'exploitation de cet établissement mettrait rapidement en péril la situation financière du groupe hospitalier ainsi constitué ».

du nouvel ensemble, la situation initiale décrite ci-avant semble perdurer, et potentiellement menacer la situation globale de la nouvelle entité : ainsi, en 2014, à l'issue du premier exercice de la fusion, la Direction des Affaires Financières (DAF) du CHANGE a enregistré une progression relative de son activité d'hospitalisation à hauteur de 1% en volume et valeur par rapport à l'exercice précédent. Pour autant, ce résultat positif ne doit pas masquer une évolution différenciée de l'activité de ses deux composantes au terme de la première année de la fusion : si le site d'Annecy enregistre une augmentation en volume de +1,8% et de +3% en valeur, le site de Saint-Julien-en-Genevois a, dans le même temps, vu son activité reculer de près de 5% (-4,8% en volume et -7,6% en valorisation).

Par ailleurs, les indicateurs du « *baromètre social* » de la fusion semblent refléter le même état de complexité : l'analyse des données annuelles liées au nombre de départs du site de Saint-Julien, rapportées dans le tableau ci-dessous, ne permet pas de caractériser avec certitude un effet de la fusion en tant que tel. Pour autant, les départs semblent plus particulièrement concerner les personnels d'encadrement. Il doit également être noté une augmentation du nombre d'arrêts de travail : à fin juin, l'établissement comptait 33 arrêts en 2014 et 58 à la même époque en 2015.

<i>Personnels permanents SJU</i>	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Départs	48	49	53	57	52	53
<i>Démissions</i>	32	32	34	34	21	23
<i>Fins de contrat</i>	16	17	19	23	31	31
TOTAL des départs EPS	103	113	116	117	128	119

Une enquête de terrain a également permis de constater un état d'esprit relativement négatif sur le site le plus exposé à l'issue de l'opération. A l'instar du rapport d'expertise commandé par le CHSCT d'avril 2015 qui a mis en lumière certaines difficultés culturelles ou identitaires consécutives, les personnes interrogées sur le site de Saint-Julien ont toutes exprimé l'idée d'une fusion asymétrique, voire inégalitaire et, conséquemment, leur sentiment d'avoir été absorbé par le CHRA sans qu'il soit tenu compte de leur histoire et de leur identité. Le sentiment d'un manque de transparence et de communication dans la phase préparatoire et d'une gestion de l'opération dans l'urgence ont renforcé la conviction que la variable technique avait pris le pas sur l'humain, par manque d'anticipation. Même si un certain nombre d'entre eux est capable de citer des résultats positifs dans la fusion, l'inquiétude et la déréliction semblent alimenter les rumeurs, bien souvent dénuées de tout fondement.

- La fusion juridique a été réalisée au 1^{er} janvier 2014 ; s'est alors ouverte la phase d'intégration destinée à consolider, voire réaliser la fusion dans les actes et dans les esprits.
- Certains éléments permettent de caractériser une double distance, géographique et psychologique, classique dans ce type d'opération dont il faut traiter les conséquences dans la phase d'intégration pour réaliser les synergies nécessaires.
- S'il était nécessaire de le préciser, les enjeux tenant à la réussite des synergies espérées dans le cadre de la fusion sont, à la lumière de ces éléments, manifestes.

L'analyse de la situation actuelle laisse transparaître les enjeux, pour le Centre Hospitalier ainsi créé, de la phase d'intégration post-fusion. Elle retranscrit une situation complexe qui mobilise à l'heure actuelle une large part de l'énergie de la Direction Générale de l'établissement mais également des directions fonctionnelles, et des moyens de leur direction.

Si l'heure n'est évidemment pas au bilan de cette opération, la fusion dans les actes paraît assez avancée moins de deux années après l'avènement de la fusion juridique (II). En revanche, la fusion dans les esprits reste encore largement à réaliser (III). C'est l'intervention du management dans ces deux niveaux d'interventions qu'il convient maintenant d'analyser.

2 Le management du processus décisionnel : le rapprochement des activités et des organisations

A l'instar de la première phase de la *réaction de fusion* qui a pour objet de « *rapprocher suffisamment deux noyaux* », la fusion entre deux entités (hospitalières) doit s'efforcer de réduire la distance géographique qui les sépare. Il s'agit de procéder à la fusion dans les actes, et de rapprocher les activités et les organisations et méthodes de travail.

Le rôle du manager est ici de faciliter cette combinaison : le CHANGE a suivi ces recommandations prétoriennes par le déploiement d'un projet médical unique pour les deux structures (1) et d'une organisation commune très intégrative *ab initio*, largement inspirée du modèle annécien, pour le porter (2).

2.1 Le déploiement d'un projet médical commun

« *Le projet médical [...] définit la stratégie médicale de l'établissement et [...] comprend notamment : 1° les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins* ». Il ne fait aucun doute, à la lecture de l'article D6143-37-1, que le projet médical unique est au cœur de l'intégration des activités sur le territoire et tient une place déterminante dans le management de la distance géographique issue de la fusion.

Le projet médical de fusion représente une organisation théorique rationnelle des synergies prévisionnelles (médicales et organisationnelles) par une réflexion sur la répartition géographique et l'optimisation des activités entre les deux entités parties à la fusion. Il a pour ambition, dans une logique nationale de recomposition de l'offre de soins, de dépasser les autonomies traditionnelles des anciennes structures et de répondre à la question : comment organiser les activités entre les différents sites de manière à répondre aux besoins de la population et dans un souci d'optimisation et d'efficacité de la prise en charge ?

En la matière, la phase préparatoire de la fusion intègre généralement, sur la demande systématique des ARS, la réalisation d'un projet médical de fusion (1). Pour autant, son déploiement n'est pas sans susciter quelques interventions du manager (2).

2.1.1 Le projet médical unique du CHANGE

Tantôt présenté comme la pierre angulaire du dispositif ou comme le socle de la fusion, le projet médical unique du CHANGE avait pour but ultime « *qu'un même patient, où qu'il soit dans notre nouvel établissement, soit soigné de la même façon, et puisse attendre de nous l'excellence et la performance* ».

Le processus d'élaboration du PMU s'est construit à partir d'une méthode participative accompagnée par deux consultants : plus de cent personnes, venant de tous les pôles et de tous les services des deux hôpitaux ont été sollicitées à partir du mois de juin 2012. Un groupe projet, constitué de 8 personnes et véritable chef d'orchestre des travaux, a proposé la constitution de sept groupes de travail thématiques²⁶, accompagné leurs responsables désignés par les présidents de CME et recueilli les orientations proposées au fur et à mesure de l'avancée des travaux. Enfin, le comité de pilotage - qui réunit les représentants des Conseils de surveillance, des Directoires, des Comités Techniques (CTE) de chaque établissement ainsi que l'Agence Régionale de Santé - donne les orientations essentielles et acte les propositions issues des groupes de travail.

Le travail préalable de définition des grandes orientations du projet médical a fait l'objet d'une restitution auprès des trios de pôles et directions fonctionnelles et le document a été communiqué aux membres des instances dont la consultation est juridiquement requise en matière de création d'un nouvel établissement²⁷. Les groupes de travail se sont à nouveau réunis dans un deuxième temps pour décliner les orientations en projets concrets, rédigés sous la forme de fiches synthétiques. Le plan pluriannuel de mise en œuvre du projet médical unique a été présenté au comité de pilotage de la fusion le 9 janvier 2013.

Sur le fond, les grandes orientations ont été définies dans un premier temps dans chaque grand domaine d'activité médicale, visant globalement une structuration des filières et une fluidification des parcours de soins, tout en actant des choix stratégiques pour le site de Saint-Julien dans le sens imposé par les exigences de l'ARS : maintien de la maternité, évolution de l'activité chirurgicale, renforcement de la couverture des besoins médicaux du bassin Bellegarde/Pays de Gex. A partir de ces orientations, les groupes de travail ont défini 57 projets concrets classés en 10 axes stratégiques qui consacrent les exigences de proximité et de coordination des soins exprimées par l'ARS.

A) 1^{ère} exigence : « *assurer une réponse satisfaisante aux besoins de santé de proximité de la population du secteur du Genevois et du Pays de Gex* »

La première ambition du projet médical est de réaffirmer les missions sanitaires de chaque site et il porte, en filigrane, la volonté de renforcer l'offre globale à destination de la patientèle du bassin de Saint-Julien. La constitution d'une offre complète de proximité intéresse l'ensemble des secteurs de Médecine, Chirurgie et Obstétrique :

²⁶ Urgences, Femme Mère Enfants (FME), Médicotechnique, Chirurgie, Médecine, Activités transversales et Gériatrie.

²⁷ CHSCT, CTE, CME, Directoire et Conseils de surveillance des deux établissements.

Le projet médical fait le pari d'une maternité sur deux sites, et de confirmer (et moderniser) la maternité du Genevois compte tenu de la présence actuelle d'obstétriciens et de la vigueur du taux de natalité du secteur.

Hôpital historiquement tourné vers l'activité de chirurgie, le site de Saint-Julien a vocation à le demeurer au terme du PMU : en organisant une offre multi-site, avec une chirurgie moins lourde, ambulatoire et diversifiée sur le site frontalier, le projet médical permet de proposer l'ensemble des spécialités chirurgicales à des niveaux de recours différents aux patients des deux bassins, dans le domaine de la chirurgie programmée comme de la chirurgie d'urgence. Au terme de ce projet, le site de Saint-Julien n'a perdu aucune spécialité qui préexistait et a vu se développer de nouvelles offres chirurgicales, comme l'ophtalmologie.

En matière médicale, cette disposition passe par l'organisation d'une réponse médicale de proximité et de niveaux de réponses adaptées dans des disciplines actuellement non prises en charge à Saint-Julien, comme la neurologie, les consultations avancées de dermatologie, la rhumatologie et l'endocrinologie. C'est cette même exigence de proximité qui a présidé au choix de maintenir les capacités actuelles des services de prises en charge gériatriques sur chacun des sites et de développer l'offre de prise en charge à destination des personnes âgées.

Le projet garantit enfin l'accès aux soins urgents des populations desservies en consolidant la présence existante d'un service d'accueil des urgences sur chaque site.

- B) 2^{ème} exigence : permettre une structuration de filières de soins garantissant un parcours de soins coordonnés »

L'organisation des filières et la gradation de l'offre doit être un impératif pour l'ensemble des filières médicales. L'idée générale du projet est d'organiser les disciplines en filières de soins entre les sites, en conservant une logique de proximité de l'offre de soins de part et d'autre et en développant une offre de surspécialité graduée entre les deux sites pour une prise en charge optimale du patient en fonction de ses besoins et de son lieu habituel de vie.

En matière d'Obstétrique, la configuration projetée par le projet médical fait droit à la classification réglementaire des maternités en fonction de leurs niveaux de recours : maintien des deux maternités, dont l'une de premier recours ayant un projet centré sur les accouchements à bas risque (Saint-Julien) et l'autre de niveau IIB, disposant d'un plateau technique polyvalent permettant de prendre en charge des grossesses à risques et des accouchements difficiles tout en assurant la prise en charge de proximité (Annecy).

En matière chirurgicale, le projet a retenu une option consistant à créer sur le site de Saint-Julien un plateau chirurgical tourné vers les interventions à courte durée de séjour (dont l'ambulatoire) et la gérontochirurgie. Le projet organise des filières de prise en

charge sur les deux sites qui reposent sur la spécialisation de chaque site sur une typologie d'activité et la volonté de redynamiser la chirurgie programmée sur le site de Saint-Julien. La répartition des activités entre les sites repose sur la complexité des interventions, avec une chirurgie moins lourde et ambulatoire sur le site de Saint-Julien et une chirurgie de recours ou exigeant un plateau technique plus complet sur Annecy.

Déjà convoquée pour les disciplines chirurgicale et obstétricale, cette logique doit devenir le modèle de structuration des filières médicales du nouvel établissement, en commençant par les disciplines à forte attractivité que sont la cardiologie, la pneumologie, la neurologie et la cancérologie. Le projet consiste à combiner l'optimisation du recours aux plateaux techniques spécialisés avec une sécurisation et un développement des surspécialités médicales et de l'éducation thérapeutique afin d'améliorer l'offre de service à la population. L'organisation graduée ainsi retenue doit permettre à chaque patient d'être orienté vers le service le plus approprié à son état de santé quelle que soit sa porte d'entrée au sein de la nouvelle entité, en urgence comme en matière programmée. La prise en charge en urgence (médicale comme chirurgicale) fait également l'objet d'une organisation en filière pour assurer à chacun une prise en charge de qualité adaptée à son état.

De façon parallèle, les exigences de niveaux de prise en charge sont renforcées dans le secteur des personnes âgées. Pour ce faire, une filière de soin globale et performante est mise en place dans le but de proposer aux séniors une offre ambulatoire, hospitalière, de SSR ou de soins de longue durée, voire d'EHPAD, homogène sur l'ensemble du territoire. La structuration inter-sites des activités médicotéchniques et transversales obéissent à une réalité proche et fait l'objet d'une intégration à des degrés divers : un hôpital unique implique la mise en place d'organisations reproductibles dans les activités médicotéchniques qui viennent en soutien à l'activité de soin, tout en prenant en compte les particularités propres à chacun des sites. Pour y parvenir, le choix de la fusion (une structure unique à un ou deux sites selon les cas) s'est imposé, pour les laboratoires, les PUI et les stérilisations. Pour les autres activités transversales, c'est le choix de la collaboration intensive et de la mutualisation des moyens qui a prévalu : les activités transversales sont organisées en commun, dans un cadre unifié afin d'assurer des pratiques harmonisées et performantes.

A l'issue de la mise en œuvre du projet médical de fusion, le site de Saint-Julien doit devenir un hôpital semi-urbain de proximité : il est, pour l'essentiel, un établissement de première intention. Accueillant les patients par le biais de son service d'urgence et de sa policlinique complète de consultations, il offre une possibilité de diagnostic efficace débouchant sur des soins techniques et une hospitalisation sur place dans une gamme très large de spécialités médicales comme chirurgicales ou une orientation du patient vers

la structure extérieure la plus appropriée, le site d'Annecy en première intention ou tout autre établissement de recours en fonction des nécessités de l'état du patient.

En plus d'assurer une réponse graduée à leurs besoins de santé aux populations du Genevois français sous la forme de filières de soins, les logiques de proximité et de coordination des soins à l'œuvre dans ce projet poursuivent l'ambition de permettre au site de Saint-Julien de gagner en attractivité vis-à-vis des patients et des praticiens et donc de soulager le site d'Annecy d'une partie de l'activité relative aux patients en provenance du Genevois. Par ailleurs, la mise en place d'équipes médicales communes dans chaque spécialité, au terme desquelles chaque praticien sera invité à exercer successivement sur chacun des sites doit participer de la nécessaire harmonisation des pratiques et optimisation de la permanence des soins entre les deux sites.

- S'il ne suffit pas à lui seul, la réalisation d'un PMU est une condition nécessaire, en ce qu'il concrétise la fusion par rapprochement des activités des deux entités et lui donne un cap.
- Le PMU du CHANGE constitue un exemple de recomposition de l'offre de soins sur un territoire concerné par la fusion des deux établissements. Il n'est pas forcément reproductible en fonction des contextes et nécessités locales.
- Le PMU fait l'objet de choix conditionnés par des réalités locales mais également par des injonctions de l'ARS. Il s'inscrit encore dans un contexte national de reconfigurations hospitalières qui suit une logique de gradation des soins en niveaux de recours depuis la 3^{ème} génération des SROS *a minima*.
- La réorganisation des soins en filières de prise en charge entre les deux sites doit permettre à chacun de trouver sa juste place en fonction de ses compétences, son positionnement et son plateau technique : une telle organisation présente l'avantage d'une perspective centrée sur le patient et ses besoins.

2.1.2 La mise en œuvre actuelle du projet : la mise en lumière des difficultés d'intégration dans le projet de pédiatrie bi-site

Les enjeux et mécanismes d'intégration à l'œuvre peuvent être plus clairement identifiés et mis en perspective à travers la présentation du déploiement actuel du projet emblématique de la pédiatrie bi-site dans le cadre de la fusion. Ce projet présente notamment l'intérêt de se situer au creuset des enjeux les plus structurants du projet médical unique : en effet, le maintien impératif du fonctionnement de la maternité nécessite l'intervention multidisciplinaire de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes et de pédiatres pour les prises en charge respectives de l'accouchement, de la parturiente et de l'enfant. C'est en cela que ce projet semble cumuler, autour du fonctionnement de la

maternité, les difficultés spécifiques à chacune de ces spécialités et cristalliser les points de fragilité les plus prégnants de l'opération de fusion elle-même.

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet pédiatrie du projet médical unique du CHANGE, un dispositif d'offre de soins bi-site proposé par les équipes de pédiatrie, soutenu par le pôle Femme Mère Enfant (FME), et élaboré en concertation avec la direction, est prévu pour une mise en œuvre à partir du mois de novembre 2015. Il a pour objectif de faire face aux différentes difficultés rencontrées depuis plusieurs mois sur les deux sites.

Sur le site de Saint Julien, le système repose sur un dispositif intérimaire coûteux, fragile et limité dans son offre de soins à la population :

- Les difficultés de recrutement de spécialistes pédiatres pour exercer sur le site de Saint Julien sont majeures et constantes depuis plusieurs années, malgré le dynamisme de l'équipe de pédiatrie et le soutien de la direction dans ce domaine. Cette situation oblige à un recours massif à l'intérim, en vue d'assurer la présence 24h/24 d'un pédiatre, pour encadrer le service d'hospitalisation complète et la sécurité du site d'accouchement à Saint Julien. Ce coût (600 k€) ajouté à celui de l'intérim médical d'anesthésie représente l'équivalent de 20 postes de praticiens hospitaliers.
- Du fait de leurs interventions ponctuelles, les professionnels intérimaires, même si des efforts ont été réalisés pour en fidéliser certains, ne sont pas, par nature, particulièrement investis dans la continuité du service, ce qui rend complexe le maintien d'une hospitalisation complète en pédiatrie : sur les 22 lits prévus, seuls 6 fonctionnent actuellement.

Dans le même temps, le site annécien connaît une problématique autre tenant aux limites d'une garde unique assurant la pédiatrie générale et la néonatalogie :

- Compte tenu de l'activité développée et de la spécialisation requise pour les prises en charge en néonatalogie, l'existence d'une seule ligne de garde assurant, à la fois, les urgences pédiatriques, la prise en charge des unités d'hospitalisation de pédiatrie, la sécurisation des accouchements et la néonatalogie, est devenue difficilement soutenable .
- Cette situation s'est d'ailleurs traduite par le départ de plusieurs pédiatres qui se sentaient insuffisamment spécialisés en néonatalogie, pour assurer la garde en sécurité. S'y est ajoutée une difficulté de recrutement de pédiatres spécialisés en néonatalogie, amenés du fait de cette polyvalence, à avoir une activité insuffisamment centrée sur leur spécialité.

Le projet aujourd'hui porté par le pôle FME avec l'appui de la direction tend à créer des synergies à tous les niveaux en s'appuyant sur les forces et les besoins propres à chaque site : il vise à étoffer l'équipe médicale de pédiatres du CHANGE par le recrutement de pédiatres bi-site et combiner une double garde néonatalogie/urgences pédiatriques sur le site d'Annecy et l'astreinte de néonatalogie sur le site de Saint-Julien en Genevois. La mise en œuvre de ce projet doit permettre de redynamiser l'offre de soins publics de proximité pour le bassin genevois en y maintenant une maternité et d'évoluer sur le site d'Annecy vers une maternité de niveau III de référence sur la zone Haute-Savoie-Pays de Gex.

C'est ainsi qu'à compter de novembre 2015, le choix a été fait de fermer le service de pédiatrie du site de Saint-Julien et de mettre fin à l'intervention des pédiatres intérimaires qui interviennent actuellement pour assurer sur 24h la double prise en charge de la maternité et du service de pédiatrie. L'organisation suivante vient se substituer à la précédente : les jeunes patients seront désormais pris en charge au sein des unités de chirurgie de spécialité dont relèvent leur pathologie ou, en médecine, au sein d'une unité d'hospitalisation de très courte durée dont la capacité est doublée de 2 à 4 lits.

Du lundi au samedi (en journée), est organisée la présence d'un pédiatre du CHANGE pour assurer le matin le suivi des nouveaux nés, les sorties de la maternité ainsi que l'évaluation. L'après-midi, le pédiatre sur le site de Saint Julien prendra en charge, une activité de consultations spécialisées, jusqu'alors inexistante, permettant l'accès de la population, à un avis pédiatrique difficilement accessible sur ce territoire.

En dehors de ces heures d'intervention, est actée la mise en place d'une double garde sur le site d'Annecy et la sécurisation de l'activité de la maternité du site de Saint Julien : cette double garde permet de distinguer la pédiatrie générale et l'activité de néonatalogie sur le site d'Annecy. Le néonatalogue de garde sera également chargé d'assurer la sécurité du site d'accouchement à Saint Julien. Il se déplacera sur site en cas de besoin en période de garde. Le second pédiatre de garde prendrait son relai comme c'est le cas aujourd'hui. Le pédiatre sera conduit sur site par un chauffeur, toujours disponible, au moyen d'un véhicule prioritaire également immédiatement mobilisable. Par la suite, si un transfert s'avérait nécessaire, il serait assuré dans le cadre d'un transport SMUR (1 équipage SMUR basé sur le site de Saint Julien).

L'implémentation de ce projet est interdépendante de l'organisation de l'anesthésie bi-site qui est un autre point de tension dans la mise en œuvre du projet médical de fusion et le maintien de l'activité de la maternité avec une problématique proche de la pédiatrie : départs des anesthésistes résidant sur St-Julien et remplacement par des intérimaires, situation aggravée par la tension démographique nationale sur la spécialité. L'activité d'anesthésie sur le site de Saint-Julien (Bloc, maternité) est aujourd'hui prise en charge

par 6 à 7 anesthésistes volontaires qui assurent une présence sur la journée et une garde sur place de 24h.

Pour autant, reposant sur un nombre d'anesthésistes volontaires insuffisant et temporairement affaibli par la décision de renoncer à un intérim médical insatisfaisant et coûteux, cette organisation se trouve contrainte par l'absence ponctuelle d'anesthésiste sur le site de Saint-Julien ; dans ces cas, une procédure dégradée prévoit une évaluation initiale de la situation clinique de la femme à son arrivée par la sage-femme, une mise en contact avec l'obstétricien de garde qui prend la décision de transfert ou non de la patiente et de ses modalités en relation avec le régulateur du centre 15 dans l'hypothèse d'un transport médicalisé.

Le projet repose, ici encore, sur la volonté d'étoffer l'équipe d'anesthésistes du CHANGE avec des nouveaux recrutements orientés bi-site. Il s'agit à terme de parvenir à la rotation de tous les anesthésistes de la structure sur les deux sites²⁸ et d'assurer la présence de 2 anesthésistes chaque jour et un anesthésiste chaque nuit.

Ce dispositif qui permet de proposer aux patients quel que soit leur lieu de résidence l'ensemble des modalités de prises en charge en pédiatrie a été construit par les professionnels après avoir envisagé d'autres scénarii qui se sont avérés moins pertinents. L'ensemble des pédiatres a pris l'engagement de s'investir dans cet exercice professionnel bi-site. La mise en place du projet présente de multiples avantages au premier rang desquels la sécurisation de la maternité de Saint-Julien et l'amélioration de la prise en charge des enfants via la création d'une filière pédiatrique graduée et intégrée entre les deux sites, mais également une action certaine sur l'optimisation des ressources et l'amélioration de l'attractivité médicale.

En dépit de ces bénéfices incontestés, le projet implique un changement d'organisation qui soulève questionnements et inquiétudes de la part des professionnels. Le pôle FME a souhaité permettre leur expression et apaiser les tensions engendrées par le projet en ouvrant une tribune de libre échange au cours de son colloque annuel intitulé « *gestion des risques en périnatalité pour une activité bi-site* » et donner une perspective d'anticipation des difficultés potentielles par le biais de la mise en place d'une Analyse Préliminaire de Risques (APR) propre à ce projet.

Les appréhensions exprimées lors de ce colloque se sont concentrées sur la double garde de pédiatrie sur le site d'Annecy dont l'un serait également chargé d'assurer la sécurité des accouchements du site de Saint-Julien distant de 30 km (sous la forme d'une astreinte); certains professionnels présents ont mis en avant le danger matérialisé par la distance entre les deux sites en cas de nécessité de réanimation de la mère ou de

²⁸ Avec un effectif de 30 anesthésistes à terme, cela correspond à 1 garde de 24h par médecin et par mois.

l'enfant. Ce nouveau protocole de prise en charge reposerait, selon eux, sur un transfert de responsabilité sur les sages-femmes et les anesthésistes présents sur le site de Saint-Julien : les sages-femmes ont exprimé un sentiment d'abandon et d'insécurité en l'absence de pédiatre sur place et les anesthésistes leur crainte de devoir prendre en charge une réanimation néonatale qu'ils ne pratiquent souvent plus pour beaucoup depuis de nombreuses années. Les discussions ont alors rapidement dérivé sur la situation anormale qui consisterait à ce qu'un cas de danger grave pour la mère ou l'enfant ne puisse être pris en charge par aucun urgentiste ou anesthésiste-réanimateur pourtant présent sur place et que le pédiatre d'astreinte ne puisse rejoindre le site dans un délai compatible avec l'état de l'enfant : il s'agirait même, selon un des participants du colloque, de « *faire tourner une maternité sans anesthésiste ni pédiatre* ». Dans la réalité du projet, ces craintes, bien que réelles, paraissent pour une large part infondées : la présence médicale est en effet largement assurée sur le site de Saint-Julien en cas de nécessité, par le biais du service d'accueil des urgences 24/7 mais également la présence d'un anesthésiste au cœur du projet ; dans le nouveau dispositif, le pédiatre qui serait amené à se déplacer viendrait en renfort des médecins déjà présents sur place ;

Derrière ce débat, c'est bien la question du devenir de la maternité et plus globalement du site de Saint-Julien qui transparait : c'est la raison pour laquelle d'autres intervenants ont souhaité rappeler l'exigence du maintien de l'offre de soins sur le territoire du Genevois et l'origine véritable des difficultés actuelles qui tient à la problématique (nationale et locale) du recrutement des professionnels relevant des spécialités concernées : sans probablement être idéal, c'est bien à la combinaison de ces problématiques que le présent projet a vocation à répondre dans le respect de la réglementation et de la manière la plus efficiente.

- Le projet de pédiatrie bi-site est un projet emblématique de la fusion, qui fait l'objet d'une opposition franche à différents niveaux, médical, soignant et administratif.
- L'expérience annécienne montre, s'il en était besoin, que le projet médical unique doit faire l'objet d'un accompagnement dans son déploiement : il s'agit de faire œuvre de pédagogie, d'explications et d'écoute.
- Sans emporter la conviction de tous, l'organisation de cet échange a permis aux craintes de s'exprimer et d'envisager leur réalité et les pistes de solution entre professionnels. La réalisation d'une APR peut être de nature à apporter une réponse systématique aux potentielles difficultés recensées.
- Le projet de pédiatrie bi-site apporte une bonne illustration des difficultés et enjeux qui ont cours dans les rapprochements. Il s'agit des craintes et appréhensions des personnels et de la nécessité de définir les limites de la rationalisation pour réaliser les synergies prévisionnelles.

2.2 Le déploiement d'une organisation et de règles de fonctionnement communes

Différents modèles d'organisation pour porter la phase d'intégration d'un projet de fusion ont pu être recensés à l'analyse des expériences de plusieurs établissements : ils reposent schématiquement soit directement sur la direction de l'établissement, soit sur les pôles d'activité dans le cadre de leur délégation de gestion. La question ici posée est celle de déterminer l'organisation dont l'objet est d'assurer un fonctionnement bi-site homogène, performant et en capacité d'accompagner le changement.

Au CHANGE, cette organisation repose largement sur les directions fonctionnelles et les pôles d'activité à qui il appartient, dans le cadre de la mise en œuvre de la fusion, d'intégrer les activités de l'HISLV dans leurs périmètres respectifs selon une configuration bi-site. Ce choix s'est imposé de manière contingente sous le double effet de la pression du temps et de la bi-appartenance du directeur par intérim de l'HISLV (par ailleurs DGA du CHRA) qui a œuvré dans le sens de l'alignement, dès la phase préparatoire de la fusion, de l'organisation polaire de l'HISLV sur celle du CHRA.

Dans la réalité, deux temps peuvent être distingués dans la mise en place de l'organisation retenue pour la création de la nouvelle entité : le premier temps est caractérisé par le choix clair de la Direction en faveur d'une gouvernance bi-site, pôles et directions fonctionnelles, dans une logique intégrative des activités. L'installation d'une direction de site avait été initialement envisagée pour permettre au site de conserver une meilleure cohérence et unité mais n'a finalement pas pu être mise en place durant cette première phase. En conséquence, à la suite de l'organisation de la présence alternée des différents directeurs fonctionnels à tour de rôle sur le site de Saint-Julien, le nouveau chef d'établissement a, dans un deuxième temps, opté pour l'installation d'une nouvelle directrice rattachée à la Direction Générale, en charge des affaires générales (50%) et du management opérationnel du site de Saint-Julien (50%). L'actualité est également à la remise en place des directeurs référents de pôle, dispositif abandonné à la fin de l'année 2010 après montée en charge des cadres gestionnaires de pôle.

2.2.1 Le modèle de la transversalité globale : des pôles et des directions fonctionnelles bi-site

Plusieurs raisons peuvent expliquer le choix en faveur de la transversalité ; il s'agit néanmoins le plus souvent d'un choix qui s'impose au regard de la situation : dans l'expérience de la fusion entre le CHU de Brest et le CH de Carhaix (29), le départ progressif des directeurs en poste à Carhaix a fait du choix de la compétence

transversale des directions fonctionnels la seule option possible dans le but d'assurer une continuité du service sur le site centre-breton. A Annecy, le choix de la transversalité s'est imposé en cohérence avec la configuration bi-site des pôles d'activité et dans la suite de l'impossibilité initiale de mettre en place une direction référente de site.

C'est en se fondant sur une analyse préliminaire des déterminants du sentiment d'appartenance des personnels que le nouvel établissement haut-savoyard a fait du pôle d'activité le véritable noyau du dispositif d'intégration des deux anciennes structures dans une nouvelle entité. Préféré à la dimension du service ou de la structure hospitalière entendue dans son intégralité, le niveau du pôle d'activité s'est ainsi vu assigner la charge de mener les actions d'intégration des services et de leurs personnels dans son périmètre par le biais de rencontres et l'harmonisation des objectifs et des manières de fonctionner. Au-delà des aspects techniques administratifs et financiers, la première année de la fusion a été portée pour une large part par l'encadrement supérieur, soignant et administratif, de chaque pôle ou direction fonctionnelle et consacrée à la réalisation d'un état des lieux des organisations et à la connaissance des interlocuteurs principaux de part et d'autre au premier chef desquels les cadres de proximité.

Commun à chaque fusion, le premier temps du processus d'appropriation consiste dans un travail d'écoute et d'apaisement, de lien et de mise en relation des interlocuteurs des deux sites. Ce travail nécessite une disponibilité importante de chacun, et consomme un temps considérable, alors nécessairement consacré aux déplacements sur site à échéance régulière et au rôle de relai et de soutien des équipes sur place. Seul ce travail primitif d'instauration de relations de confiance permet d'avancer dans une deuxième phase vers une harmonisation des règles et méthodes de travail entre les sites et de diffuser la culture de la performance du nouvel établissement.

Après avoir essentiellement reposé sur les directeurs fonctionnels et les cadres de pôle dans la première phase du processus d'intégration dans une logique transversale, les liens entre les deux sites ont pu se développer à tous les niveaux : les échanges entre les deux sites ont été organisés au niveau de l'encadrement de proximité, prioritairement par discipline mais également plus largement dans le cadre des séminaires des cadres. Ceci est également vrai au niveau opérationnel avec des partages de tâches sur des activités communes dès que cela a été possible²⁹. Aujourd'hui, le lien de confiance semble établi au niveau de l'encadrement de proximité dans leur relation avec les pôles mais, en dehors de quelques secteurs précurseurs, l'intégration des équipes au niveau opérationnel reste pour une large part à construire.

²⁹ Exemples des secteurs de l'HAD, de l'imagerie et du laboratoire pour les secteurs du soin ; Exemples du déploiement du DPC médical pour la Direction des Affaires Médicales ou de l'intégration des activités de Qualité/Gestion des risques dans une organisation transversale.

- L'évaluation de ce modèle global laisse transparaître des bénéfices incontestables : en regroupant les activités selon une logique de spécialité, il présente l'avantage de conférer immédiatement à la nouvelle structure une réalité et une apparence d'unicité ; en agissant sur la communauté d'intérêts, il est également le vecteur d'une plus forte intégration des équipes médicales (apports mutuels en connaissance, meilleure coordination des activités de soins etc.). Par ailleurs, il simplifie la gestion en reposant sur la « simple » extension des structures de gouvernance existantes.
- En tant que modèle intégratif le plus abouti *ab initio*, le modèle s'expose également à de redoutables arguments défavorables. L'éclatement d'un site hospitalier antérieurement autonome et la perte d'identité qui en découle peuvent être perçus avec une certaine violence par les personnels concernés. La multiplication des interlocuteurs, et le remplacement possible des interlocuteurs habituels par des personnalités jusqu'alors inconnues peuvent alimenter le développement potentiel d'un sentiment d'absorption. Au-delà des risques associés tenant au manque de réactivité et au management à distance des nouvelles organisations, la place centrale conférée aux pôles d'activité ne manque pas de faire resurgir les risques de balkanisation, d'écarts dans l'implication de chaque structure et pose finalement la question du maintien de la cohérence institutionnelle à un moment critique de la vie de l'institution : c'est ainsi que, plus de cinq années après la fusion entre les centres hospitaliers de Brest et Carhaix, on peut lire dans un communiqué de l'ARS Bretagne : « *l'établissement est certes fusionné mais les organisations par spécialité demeurent encore diverses* »³⁰.

2.2.2 Les modèles alternatifs à la transversalité globale

- A) Un aménagement au modèle de la transversalité globale : la mise en place d'un directeur référent de site

Lorsqu'elle n'est pas décidée *ab initio*, la nécessité de présence et de coordination appelle naturellement l'institution d'une direction de site : l'exemple finistérien a révélé une reconstitution progressive quasi « naturelle » de ce dispositif, sans remettre en cause pour autant le choix initial de la transversalité ; le directeur de site joue alors un rôle de coordonnateur et de référent et intervient à différents niveaux : en tant que représentant du Directeur Général, sa première mission est la déclinaison sur place de la stratégie du

³⁰ Offre de soins : le CHRU de Brest et l'hôpital de Carhaix valident de nouveaux axes d'étude pour affermir leur fusion », dépêche *Hospimedia* du 1^{er} juillet 2015.

nouvel ensemble mais il joue également un rôle d'alerte et de conseil sur les interventions des directions fonctionnelles.

Sur le territoire Haut-savoyard, le directeur « en charge du management opérationnel du site de Saint-Julien » mis en place au cours de l'été dernier est conçu par la Direction Générale de l'établissement comme un processus empirique dont la force principale doit être de s'adapter aux organisations et personnes en place. Pour ce faire, il lui appartient de se rapprocher de chaque direction fonctionnelle afin de déterminer son niveau d'intervention dans chaque processus. Il doit également trouver sa juste place avec les pôles d'activité dans le respect des délégations de gestion et des missions de chacun. Le directeur référent de site doit être le vecteur d'un travail matriciel, de réseau qui rapproche les structures de décision des interlocuteurs « de terrain ». Il a un rôle de facilitateur et une mission d'accompagnement des pôles et de relai des directions fonctionnelles sur place.

Sa première mission est de rassurer et sécuriser les personnels du site : il s'agit d'assurer une mission de management de proximité et de coordonner l'intervention des directions fonctionnelles sur le site de Saint-Julien. Dans cette optique, le directeur référent de site est l'instrument privilégié de l'accompagnement du changement, qui passera à Annecy par l'approfondissement du sentiment d'appartenance via les pôles d'activité. Dans son rôle d'intermédiation avec les pôles d'activité et la direction, il appartiendra enfin au directeur référent de réaliser un diagnostic des forces et faiblesses de l'organisation du site et de proposer un plan d'actions pour que le site de Saint-Julien trouve sa juste place au sein de l'offre de soins du CHANGE.

➤ Dans une configuration bi-site post-fusion, la mise en place d'un directeur référent de site représente une opportunité intéressante à bien des points de vue, dont il convient néanmoins de mesurer les limites : il permet de créer du lien, dans la phase de turbulences post-fusion, et d'apporter de la fluidité dans la résolution des problèmes et conflits inévitables. En plus de faciliter l'action des différents intervenants, il permet également de mettre fin à la politique du « bureau vide »³¹ et d'apporter une première réponse au sentiment d'abandon exprimé par certains interlocuteurs. En revanche, les désavantages de ce dispositif doivent également être pris en considération : il présente le risque d'ajouter à la complexité et d'abonder dans le sens de la multiplication des interlocuteurs ; mais le risque principal tient probablement au retour en arrière, à la désintégration par la restauration de l'indépendance antérieure de l'ancienne structure.

³¹ Expression relevée lors des entretiens avec les agents de Saint-Julien.

B) Une véritable alternative à la transversalité globale : faire de la plus petite entité un pôle d'activité à part entière

Au-delà de modèles intermédiaires qui consisteraient à dissocier le sort des activités en fonction de leur nature³², certains établissements ont opté pour l'unité et la logique de la cohérence spatiale : organiser l'intégration d'un établissement de taille moyenne dans un ensemble plus vaste sous la forme d'un pôle unique.

Tel est le choix fait dernièrement par le CHU de Poitiers lors de sa prochaine fusion (au 1^{er} janvier 2016) avec le CH de Montmorillon : le site de Montmorillon va devenir le 10^{ème} pôle d'activité du nouvel ensemble. Pour effectuer ce choix, le CHU de Poitiers a étudié les différents scénarii qui se présentaient et réalisé un état des lieux des forces et faiblesses de chacun et appelé les instances représentatives des personnels à donner leur avis.

Dans ce format choisi par le CHU de Poitiers « à l'unanimité », la directrice référente du pôle devient également directrice référente du site de Montmorillon. Il s'agissait, selon cette dernière, d'intégrer le centre hospitalier distant de 50 km environ de la manière la plus douce, tout « *en lui permettant de conserver son âme et son identité* ».

➤ Une telle configuration présente en effet les impacts positifs et négatifs inverses de la transversalité : il va dans le sens du maintien d'une unité et d'une cohésion des personnels du site, du maintien d'une cohérence de fonctionnement et des interlocuteurs actuellement en place. Pour autant, s'il présente l'avantage d'apaiser l'opération, le risque est grand dans ce cas de nier la réalité de la fusion et de continuer à fonctionner de manière indépendante : les objectifs de la fusion tenant au bénéfice pour le site de Montmorillon de l'attractivité et l'implication des personnels médicaux du CHU peuvent paraître plus complexes à réaliser. Dans tous les cas, c'est la réalité de l'intégration des deux entités qui sera posée : un tel choix demande nécessairement une vigilance particulière des autorités centrales pour assurer l'intégration par le biais d'une contractualisation précise avec le pôle.

Actuellement en cours de déploiement selon un calendrier et une démarche préétablis, le PMU n'a pas encore à ce jour pu faire l'objet d'un bilan sur son niveau de réalisation et de mise en œuvre effective. Le rapprochement des activités et organisations est actuellement en cours au moyen de deux dispositifs : le projet médical qui est une feuille de route pour l'ensemble du personnel et contribue, en plus de « réduire » la distance

³² Intégrer certaines activités dans des pôles transversaux et faire des activités restantes un pôle à part entière.

géographique, à donner du sens au changement dans l'optique de réduction de la distance psychologique ; la mise en œuvre d'une nouvelle organisation poursuit ce même double but de rapprocher les hommes.

Les premières analyses semblent révéler qu'il n'existe pas un modèle unique de mise en œuvre mais presque autant de modèles qu'il y a de spécialités. Reposant sur la base du volontariat, il est possible à ce jour de distinguer schématiquement 3 modèles principaux :

- A défaut de volontaires :
 - o rotation de tous les personnels médicaux sur les deux sites dans le cas où l'activité ne pourrait être assurée à défaut
 - o aucune intervention bi-site dans le cas où les ressources médicales permettent un fonctionnement autonome sur chaque site
- Une partie de l'équipe médicale volontaire exerce en bi-site de manière alternative

Pour autant, le choix en faveur de la transversalité se justifie à l'aune de l'organisation cible : est visé le modèle d'une équipe médicale commune pour chaque spécialité tout en assurant la présence de un ou plusieurs éléments fixes affectés à titre principal sur chacun des sites et le reste de l'équipe qui « tourne » sur les deux sites. Dans cette perspective, chaque service sera unique et bi-site, à l'instar des pôles et directions fonctionnelles, avec mutualisation des fonctions de support aux soins (notamment les secrétariats médicaux) ; seule cette configuration permet en effet de répondre aux exigences de permanence, de complémentarité d'activité et d'harmonisation des pratiques sur les deux sites.

Pour y parvenir, plusieurs stratégies peuvent être suivies :

- le principe du volontariat : la direction ne souhaite pas abandonner le principe du volontariat et contraindre les praticiens actuels à partager leur activité sur deux sites ; la stratégie tend plutôt à offrir une affectation bi-site supplétive aux nouveaux recrutements dans le cadre du CHANGE. Pour le reste, il sera nécessaire de procéder à l'harmonisation complète des règles du jeu et des objectifs mais aussi parfois des hommes.
- L'organisation : il n'est pas certain que l'organisation elle-même soit déterminante mais elle peut faciliter ou rendre complexe des situations propices au conflit. Les deux solutions alternatives présentent chacune des bénéfices et inconvénients opposés mais peuvent lues dans une temporalité différente : dans cette optique, le dernier scénario peut être vu comme une phase liminaire (et transitoire) pour favoriser l'acculturation des personnels et éviter d'envenimer la situation à court terme mais a plus de chance de favoriser l'intégration à long terme. Dans ce schéma, le scénario de la transversalité pourrait se greffer dans un deuxième temps. Dans tous les cas, l'organisation d'une présence sur place sous la forme

d'un directeur référent de site paraît être un bon aménagement, au moins de manière transitoire.

- L'utilisation des outils : à l'instar des outils informatiques modernes³³ qui tendent à rapprocher les conditions d'exercice des individus dans leur cadre de travail, les outils peuvent se révéler être des moyens puissants pour faire évoluer les organisations.
- La formation : réduire la distance géographique imposera également d'accompagner les cadres intermédiaires dans cette nouvelle forme de management que représente le management à distance : la gestion multi site est une difficulté supplémentaire en ce qu'elle sépare physiquement le cadre de ses collaborateurs ; elle représente une évolution importante de leur métier et de la relation professionnelle et nécessite pour eux de s'appuyer sur l'encadrement de proximité.

Les lois de la physique nous enseignent que deux noyaux ainsi rapprochés, chargés d'énergie positive, se repoussent. Il faut alors une certaine énergie pour renverser la réaction électrostatique. Dans le champ des organisations, on constate le même effet de répulsion *a priori* ; c'est le management de la dimension humaine qui permet, en la matière, d'inverser cette tendance naturelle en réduisant la distance psychologique entre les personnels des deux entités (III).

³³ Dictée numérique, agendas partagés, dossiers patient informatisés, numéro de prise de RDV unique etc.)

3 Le management de la dimension humaine : le dépassement des antagonismes pour réaliser les synergies nécessaires

Il est ici question de la fusion des esprits et de la réduction de la distance psychologique entre les deux entités parties prenantes. La réalisation des synergies nécessaires à l'opération de fusion passe par un dépassement de la confrontation initiale, condition obligatoire de la création d'une nouvelle entité avec son propre système de valeurs.

Deux processus sont à l'œuvre dans cette étape, dont l'objet est d'éviter absolument (ou de remédier) à l'installation d'un sentiment d'absorption et d'aliénation de l'entité la plus exposée : le processus d'acculturation (1) qui tend au dépassement du deuil de l'ancienne structure et à la création d'une culture nouvelle commune aux deux parties prenantes et le processus d'appropriation (2) qui vise à augmenter l'implication des acteurs. Il appartient au manager d'en accompagner la réalisation.

Processus actuellement en cours au CHANGE, l'expérience haut-savoyarde nous enseigne que la rapidité de la procédure de fusion a pour effet de reporter une partie des difficultés, dont la gestion du changement, sur la phase d'intégration. Le véritable enjeu de cette phase est de limiter, voire faire disparaître, le sentiment d'absorption qui s'est installé dans la communauté saint-juliénoise, par défaut dans la réception du message envoyé par le management.

3.1 Le processus d'acculturation : vers une culture ou identité nouvelle

L'analyse sociale de la fusion des établissements d'Eaubonne et Montmorency dont il était le directeur et préfigurateur a fait prendre conscience à P. FORCIOLI que « *l'hôpital est un corps vivant et multiforme. Il n'y a pas deux établissements identiques. Chaque hôpital a sa culture, son histoire, son territoire. [...] ses professionnels le façonnent chacun à leur manière* »³⁴. Ce processus se décline en deux temps successifs, parfois indistincts.

3.1.1 L'épreuve de la disparition de l'entité existante et du deuil de l'organisation actuelle

De par leur prétention d'étudier la relation de l'individu avec son activité professionnelle et l'analyse des processus psychiques qui sont mis en jeu, les études sur le sujet empruntent les champs lexicaux caractéristiques de la sociologie et de la psychologie du travail et des organisations.

³⁴ FORCIOLI P., *Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux*, Gestions hospitalières, juin-juillet 2003, n° 427, p. 469.

Dans son ouvrage *L'olympes des managers : culture d'entreprise et organisation*, C. HANDY distingue quatre types de cultures organisationnelles, chacun placé sous l'égide d'un Dieu de l'organisation³⁵. Au-delà de la caricature que représente chacun de ces idéaux-types culturels pris isolément, il y a lieu de déterminer au sein de chaque organisation quels en sont les traits dominants dans l'optique de les catégoriser : c'est ainsi que les administrations traditionnelles relèvent le plus souvent de l'entreprise bureaucratique (culture de la fonction). C'est pourtant majoritairement de la combinaison de ces quatre cultures que se constitue la culture d'une organisation.

A) L'identification des différences culturelles et identitaires dans la fusion du CHRA et de l'HISLV

Nombreux sont les articles de recherche qui considèrent la taille de l'établissement comme l'un des déterminants majeurs de sa culture d'entreprise et de son organisation. Or, la fusion qui a donné naissance au CH Annecy Genevois a réuni deux entités très différentes, en termes de taille notamment, et confronté leurs cultures d'établissement : avant le 1^{er} janvier 2014 coexistaient deux EPS chacun implanté sur son propre bassin de santé³⁶.

Ce rapport de 1 à 4 en ce qui concerne la taille des établissements semble être de nature à expliquer (au moins pour partie) les différences d'organisation des établissements et de culture professionnelle, et la perception qu'ont les agents de leur travail : de manière générale, l'hôpital de Saint-Julien-en-Genevois répondait, à la manière d'une petite et moyenne entreprise (PME), à une organisation simple et familiale, tandis que le CH d'Annecy présentait tous les caractères d'une entreprise de taille intermédiaire (ETI).

a) *Etat des relations professionnelles*

Les interlocuteurs de l'ex-HISLV font état d'un climat social apaisé, de relations professionnelles fondées sur un climat de confiance et qui dépassent le strict cadre professionnel : trait caractéristique des entités de petite taille, chaque membre du personnel est identifié dans sa fonction et son positionnement dans l'organisation, les

³⁵ HANDY C., *L'olympes des managers : culture d'entreprise et organisation*, Edition d'Organisation, 1986.

Zeus ou la culture du club : dans ce modèle, le chef charismatique développe un réseau de relations personnelles, dont les tenants sont basés sur l'estime et la confiance,

Apollon ou la culture de la fonction : culture de l'ordre et des règles (bureaucratie), organisation de type pyramidal dans laquelle chacun a un rôle à jouer prédéfini

Athéna ou la culture de projet : culture fondée sur le savoir, l'expertise et la rationalité, seuls éléments de nature à déterminer le pouvoir et la personne du chef

Dionysos ou la culture existentielle : culture de l'indépendance et de la coordination des talents individuels

³⁶ Cf *supra*, partie 1.

partages et mutualisations de ressources (humaines et logistiques) sont courants et la collaboration professionnelle laisse souvent place à l'inclination dans la sphère privée : pour témoigner de cet « esprit de famille », un interlocuteur donne l'exemple de l'Amicale du personnel prise en charge par des retraités de l'établissement. De la même manière, l'hôpital inscrit ses activités dans la vie locale, notamment au niveau de la Ville et des associations communales.

Dans son rapport d'expertise sur la prévention des risques remis au CHSCT, le consultant affirme que « *l'établissement de Saint-Julien est caractérisé par une identité culturelle forte* ». Bien que d'ordre général, ce propos a été plusieurs fois illustré au cours des entretiens par l'évocation de la figure du village gaulois, « *camp retranché qui vit dans l'opposition depuis des décennies* » selon les propos d'un cadre de santé en référence à l'association de défense de l'hôpital née au début des années 1990 pour s'opposer à la disparition de l'établissement par suppression ou absorption au sein d'un ensemble plus large.

Dans le même temps, corollaire probable de sa taille, l'établissement annécien est considéré comme plus impersonnel : son ampleur est telle qu'elle n'autorise pas la connaissance de chacun et les relations sont perçues comme cantonnées à la sphère professionnelle. Le cadre normal des relations se situe au niveau du service, voire du pôle d'activité.

b) Fondements de l'organisation

L'HISLV, du fait de sa taille, était organisé de manière simple : la ligne hiérarchique était assez courte et l'accès au directeur aisé du fait de l'absence de strates intermédiaires. Cette organisation permet d'éviter l'écueil de la multiplication des niveaux hiérarchiques que certains semblent voir dans l'organisation passée et actuelle de l'établissement annécien : s'il est ici bien évident que la multiplication du nombre d'interlocuteurs augmente les temps de décision, la taille apparaît bien ici comme un facteur de complexité. Cette perception transparait également de la gouvernance des deux établissements : bien que tous les deux astreints à une gouvernance bicéphale organisée autour de deux autorités hiérarchiques (direction et corps médical), qui peuvent collaborer et s'affronter selon leurs logiques propres, la technostructure apparaît comme plus impérieuse et développée à l'hôpital d'Annecy.

Conséquence du choix historique en faveur d'une organisation calquée sur le modèle de la clinique ouverte, les médecins saint-juliénois apparaissaient comme installés et peu impliqués : l'organisation reposait alors sur les cadres de proximité qui apparaissaient dès lors aux personnes interrogées comme motivées, investies et porteuses du changement. Le modèle annécien reposait pour sa part sur une organisation plus classique, au terme

de laquelle le développement des projets relève des personnels médicaux, les autres personnels apparaissant plus désengagés.

Un fonctionnement médico-administratif de type « artisanal » à Saint-Julien constitue une autre différence notable de culture professionnelle entre les deux établissements. Les professionnels issus de l'HISLV regrettent une décision plus collégiale et plus participative, un temps important consacré aux explications sur les mesures, leurs sens et leurs enjeux et un personnel associé et donc concerné. Ils ne retrouvent pas ce fonctionnement familial ou artisanal dans le nouvel établissement qu'ils décrivent comme bureaucratique, rappelant le modèle industriel et axé sur la performance : en embrassant les propriétés de la culture d'assurance qualité, la tradition de l'oralité dans la transmission des informations recule et, avec elle, les marges de manœuvre laissées aux agents dans l'exercice de leur profession. Si elle a pour avantage d'inscrire le nouvel établissement dans une démarche de performance, la superstructure administrative replace chacun dans son rôle et la place qu'il occupe et met un terme à l'association (réelle ou ressentie) des personnels aux décisions en dehors du déroulement normal des instances.

La caractérisation de ces différences culturelles transparait également dans la politique de communication interne développée par les deux entités : il existait bien deux manières de traiter les sujets. Tandis que le site annécien semblait privilégier une communication institutionnelle, empreinte de positivisme et vecteur de valorisation et de promotion des acteurs et des projets, le site genevois privilégiait la culture du tutoiement et du récit des difficultés du quotidien (communication de partage et d'appropriation).

Au regard de ces éléments, il est permis de catégoriser les deux entités antérieures à la fusion : tandis que le centre hospitalier d'Annecy semble intégrer de manière classique le modèle de prédilection des entreprises de service public, à savoir l'entreprise bureaucratique (Apollon), l'hôpital genevois semble se rapprocher du modèle de l'entreprise communautaire (Zeus).

En donnant naissance à un établissement plus important en taille et organisée selon le modèle bureaucratique, la fusion pour les cadres de Saint-Julien est synonyme d'une diminution de leurs responsabilités, perception en toute logique moins ressentie parmi la population des cadres de l'ancien CHRA.

B) Les apports de la psychologie et de la sociologie du travail et des organisations

Sans qu'il soit toujours aisé pour le profane de les différencier, certains auteurs proposent de dépasser le volet culturel pour appréhender l'intégration qui doit s'opérer au niveau identitaire : dans une double enquête quantitative et qualitative auprès de professionnels de santé issus d'établissements hospitaliers en état de fusion au niveau de l'entité globale

(fusion d'établissements) ou de ses composantes (fusion de services), Jean-Paul DUMOND a entendu caractériser à travers la notion de « deuil », l'épreuve culturelle et identitaire que représentent les fusions pour les professionnels : « *La valeur traumatique de ces opérations est souvent associée à une séparation et à une perte, en particulier, d'identité, qui a valeur de deuil.* »³⁷

« *Porteuses de bouleversements, d'angoisse, les fusions d'établissements constituent une transformation sociale majeure qui affecte en profondeur le rapport des individus à l'institution hospitalière puisque le cadre pérenne de travail que celle-ci proposait se modifie, voire disparaît* »³⁸. Son analyse permet d'en préciser le mécanisme, à travers les trois dimensions du positionnement de l'individu dans la sphère professionnelle :

- La première dimension, dite transactionnelle, correspond aux rapports de pouvoir de l'individu avec l'employeur et entre les individus aux termes desquels s'évaluent les contributions et les rétributions de chacun : en réorganisant la ligne hiérarchique, en redéployant certaines activités ou en aménageant les conditions de travail, les fusions modifient les frontières implicites d'influence et reconfigurent en cela les équilibres transactionnels établis.
- La deuxième dimension, dite normative, renvoie aux normes implicites qui s'établissent au sein des collectifs de travail, à la manière des valeurs professionnelles. Comme toute restructuration, la fusion déconstruit cet univers normatif au sein duquel se nouent les enjeux de compétences, de conception du travail et d'influence entre les équipes. Indice de l'ampleur de cette manifestation : Cette perception amène les professionnels à considérer que c'est leur métier lui-même qui a changé avec la fusion.
- La troisième dimension est hybride, en ce qu'elle se situe au centre des préoccupations individualistes et holistes dont relèvent les deux premières dimensions. Elle repose sur l'hypothèse de la confusion d'une partie de Soi avec l'environnement professionnel et l'organisation devient un élément de la construction de l'individu. Parce qu'elle implique la mort d'une organisation, d'un service ou d'un établissement, la fusion constitue une violence qui porte atteinte à l'intégrité même de l'individu : c'est en ce sens qu'intervient la notion du deuil ; cet effet serait décuplé à l'hôpital, où la valeur affective de l'activité professionnelle est vécue avec tant de proximité et d'intimité qu'elle en devient consubstantielle à la personne.

Comme toute déconstruction de l'unité psychologique, cette perte du sentiment d'identité organisationnelle née de la fusion peut déclencher une « crise d'identité

³⁷ DUMOND J-P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers*, Sciences sociales et santé, décembre 2006, vol. 24, n°4, p.99.

³⁸ *Ibid.*

organisationnelle »³⁹, qui provoque une inquiétude des membres de l'organisation et se manifeste par des blocages par peur et refus de l'altérité et une distanciation de l'individu par rapport à l'organisation.

La fusion des CH d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois ne fait pas exception à la règle : la disparition des deux entités parties à la fusion est d'abord vécue par les personnels comme un renoncement à un cadre familial, rassurant qui laisse place à une plus grande incertitude et la crainte de l'avenir. A ce sentiment parfaitement décrit par la littérature s'ajoute la frustration née d'un sentiment d'échec pour l'hôpital de Saint-Julien qui n'est déjà plus ce qu'il a été et qui ne sera probablement pas ce qu'il aurait rêvé d'être. C'est la raison pour laquelle ce sentiment est vécu de manière plus ardente sur le site genevois. Et c'est bien le symptôme de ce deuil, puis de la peur de l'avenir qu'il faut voir dans les discours négatifs véhiculés quotidiennement sur le site.

Ces réactions négatives sont souvent mis au compte d'un prétendue « résistance au changement » dont nombreux sont les auteurs à contester l'existence même : pour reprendre le raisonnement par l'absurde du Pr VILLEMUS : il n'existe pas de gène collectif qui inciterait naturellement les gens à résister. Il existe en revanche des personnes qui ne voient pas l'intérêt qu'ils auraient à changer : cette notion doit donc être analysée comme un symptôme d'une situation particulière, résultant de l'incertitude face à l'avenir, du manque d'information sur les enjeux ou encore la perception d'une forme d'injustice dans les changements demandés.

³⁹ LAKHDAR L., FERID Z., *Fusion-acquisition : de la destruction à la création de valeur. Rôle de la GRH dans l'intégration identitaire*, Humanisme et Entreprise, janvier 2008, n°286, p. 29 et s.

- S'il n'existe pas de résistance au changement *a priori*, le changement est vécu comme une épreuve parfois intime par les personnels, dont le résultat peut s'approcher des caractéristiques d'une résistance au changement *a posteriori*.
- « Une analyse de ces caractéristiques est à faire pour mieux comprendre, même si la fusion est officiellement réalisée, ce qui relève de cette identité dans les blocages, les dysfonctionnements et dans le mal-être au travail de certains salariés ». Cette recommandation du rapport IRCAF paraît être un préalable nécessaire au rétablissement d'un équilibre plus solide dans l'intégration des deux entités : avoir connaissance des différences culturelles et identitaires doit permettre aux managers de mieux les prendre en compte dans la mise en œuvre de l'opération.
- L'analyse des situations respectives démontre un niveau de renoncement plus important pour les personnels de Saint-Julien puisque, de par sa taille et le poids du CHRA dans le nouvel ensemble, la nouvelle structure se rapproche clairement des caractéristiques du CHRA.
- « le terme de fusion n'est en rien un euphémisme » ; il exprime, pour JP DUMOND « une disparition pour une renaissance »⁴⁰. On touche ici du doigt les spécificités des fusions, qui sont les seules opérations à mettre en jeu les trois dimensions psychologiques ci-dessus évoquées de manière cumulative. Il ne fait guère de doute que l'interférence en profondeur des dynamiques sociales et des processus psychiques propres aux fusions vient éclairer l'incitation de l'IGAS à la prudence dans l'utilisation de l'outil : « En définitive, en raison des difficultés qu'elle soulève et des risques qu'elle présente, la fusion doit demeurer une opération rare, à réserver aux cas où elle paraît effectivement indispensable »⁴¹.

3.1.2 La création d'une nouvelle culture commune ?

« Les différences culturelles ne sont pas *a priori* un facteur d'échec d'une fusion-acquisition »⁴². La construction d'une nouvelle identité collective nécessite l'acceptation de l'évolution et la fin de la période de deuil.

La création d'une culture commune nouvelle est un enjeu majeur de la fusion ; pour autant, créer une culture ou une identité commune ne se décrète pas et requiert l'assentiment de chacun. Elle ne peut résulter de la duplication sur la nouvelle entité de la culture d'une de ses composantes, quand bien même cette dernière aurait fait ses preuves. Une telle attitude a toutes les chances d'apparaître aux yeux des personnels

⁴⁰ DUMOND J-P., *op. cit.*, p. 124

⁴¹ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L., *op. cit.*, p. 5.

⁴² BARABEL M., SCHIER G., TEBOUL T., *op. cit.*, p. 13.

concernés, comme une provocation accréditant leurs craintes de disparition par absorption ou substitution.

Là encore, il n'existe pas de mode opératoire précis ; les chercheurs ont néanmoins cherché à identifier les conditions favorisant cette intégration identitaire.

La première condition favorable à cette évolution est le changement intégral de l'organisation. Le Pr VILLEMUS définit l'organisation à partir de ses trois composantes : les personnes, les objectifs et les règles. Changer l'organisation revient à modifier ces trois éléments. De la désignation de personnes nouvelles aux postes d'autorité (nouveau Directeur Général, nouveau DRH etc.), de la définition de règles nouvelles (règles de décompte d'heure, règles de réduction du temps de travail etc.) ou encore d'objectifs communs doit émerger une nouvelle culture CHANGE. C'est à ce prix que la phase d'intégration aboutira au recul de l'idée d'une imposition à Saint-Julien du cadre de référence annécien, que certains ont pu percevoir dans la conduite de l'opération, pour reconstruire ensemble un nouveau système de valeurs.

La littérature a également pu mettre en lumière le rôle des chantiers d'intégration dans l'organisation d'une réflexion autour de la définition des valeurs communes de la nouvelle entité pour avancer dans ce sens. Le rôle du manager est d'aménager les conditions nécessaires à la rencontre des interlocuteurs et de permettre leur apprentissage en commun. La fusion peut également être le moment propice pour revoir la nature du management dans le sens d'une plus grande responsabilisation des acteurs⁴³ : une telle évolution va dans le sens du management à distance qui éloigne les cadres de leurs collaborateurs et les « oblige » à une plus grande autonomie.

Enfin, le management doit s'efforcer de détourner les attentions du passé afin de les focaliser sur l'avenir. Il doit, pour ce faire, utiliser tous les instruments de mobilisation des acteurs : en premier lieu, si le projet est insuffisant à lui seul pour construire une nouvelle identité organisationnelle, il peut permettre aux individus de se mobiliser autour de nouveaux objectifs, de nouveaux défis.

Par la constitution de filières de prise en charge, en donnant une orientation de l'organisation centrée non plus sur elle-même mais sur le patient, le PMU du CHANGE peut également contribuer à détourner les agents de leurs anciens réflexes d'établissements autonomes. Il s'agit, dans la lignée des réformes récentes, d'amener les professionnels de santé à penser leur action à un niveau territorial et non plus de chaque établissement.

⁴³ Cf *infra*, partie 3.2.2.

Enfin, la désignation d'un ennemi commun, qui menace la prospérité et l'existence même d'une composante de l'établissement⁴⁴, peut également contribuer à décentrer les regards et dépasser les antagonismes.

- Hormis l'effet du temps sur les esprits, la création d'une nouvelle culture commune nécessite une intervention des managers sur les différents leviers identifiés.
- Dans la phase d'intégration post-fusion, le management du CHANGE devra s'efforcer d'actionner l'ensemble des leviers à sa disposition : évolution des organisations des deux parties prenantes vers une organisation tierce nouvelle, activation de chantiers d'intégration, rénovation de la conception du management de la nouvelle entité et actions destinées à focaliser les attentions sur son avenir.

Inscription de leur action dans une optique territoriale, organisation non plus égocentrée mais focalisée sur le patient, désignation d'un ennemi commun... C'est de la participation des acteurs au processus, et partant, du processus d'appropriation, dont dépend l'issue de la constitution d'une culture commune et la réalisation des synergies par dépassement des antagonismes.

3.2 Le processus d'appropriation : confiance et potentialisation des acteurs

« *La fusion s'est faite sans nous* » ; plusieurs fois exprimé lors des entretiens réalisés à Saint-Julien, ce sentiment n'est pas sans rappeler les fusions inégalitaires décrites dans la littérature.

En réalité, l'inégalité est consubstantielle à la notion de fusion : s'ajoute à la crainte naturelle du petit d'être « mangé par le gros » selon le syndrome du loup et de l'agneau, l'association usuelle des termes fusion et absorption dans le langage courant qui laisse supposer que la fusion n'aurait en réalité d'autre issue que la dévoration d'une structure par l'autre.

La réussite des fusions dans les structures publiques tient d'abord à leur capacité à se mettre à distance de ces fantasmes notamment liés à un vocabulaire emprunté au capitalisme boursier le plus primitif : une fusion réussie est celle qui aura démultiplié les forces de ses composantes et fait naître une entité nouvelle au terme d'un processus de synergie. Les facteurs clés du succès tiennent pour l'essentiel à la capacité des responsables d'obtenir l'adhésion et l'implication des parties prenantes dans le but de répondre à la répulsion primitive provoquée par la fusion.

⁴⁴ C'est le cas de l'important secteur concurrentiel dans la zone d'attractivité du site de Saint-Julien (*Hôpital Privé des Pays de Savoie*).

3.2.1 Les valeurs de l'opération de fusion : confiance, respect et égalité de traitement

Au-delà du simple calcul économique, les valeurs de respect et de confiance sont un préalable indispensable à la réalisation des synergies vitales à tout projet de fusion : à la base de toute relation humaine, ces valeurs doivent constituer l'état d'esprit de la fusion. Mélange de rationalité et de sentiment, ces notions désignent usuellement l'estime et la considération dans la relation que l'on établit avec l'autre. Le respect est une condition de la confiance, elle-même.

Le principal vecteur de l'instauration d'un tel système de valeurs relève de la stratégie de communication interne à l'établissement.

A) L'instauration (ou la restauration) d'un climat de confiance

La transparence des décisions participe de l'instauration d'un tel climat : il s'agit de dire ce que l'on fait, et de faire ce que l'on dit. Le rapport de l'IGAS insiste particulièrement sur cet aspect de l'implication managériale : « *des objectifs clairs, notamment d'efficience, doivent être définis et affichés de manière transparente par les directions d'établissement* »⁴⁵. Au-delà des objectifs, les évolutions prévisionnelles et leurs conséquences sur les salariés doivent pouvoir être évoquées de manière claire, objective et rassurante : les incertitudes sur les conditions de travail doivent être dans la mesure du possible minimisées. Il en va de la crédibilité des responsables du projet et de l'apaisement des tensions, fantasmes (et rumeurs) que le changement peut générer. Dans tous les cas, le manque de communication nuit à la crédibilité des autorités et au projet lui-même⁴⁶ : le discours avant la fusion ne peut pas être : « *ne vous inquiétez pas, rien ne changera* »⁴⁷.

Au-delà de la transparence des choix qui sont effectués, l'information communiquée doit être de nature à convaincre, à donner du sens au changement. « *Les restructurations échouent parce qu'elles sont trop souvent fondées sur la seule rationalité technique et économique, légitimées par des contraintes toujours étrangères à l'organisation, dénuées de sens, de vision et de toute perspective porteuse* »⁴⁸. Dans son rapport, l'IGAS recommande aux acteurs de « saisir les faits générateurs ». La fusion qui a donné lieu au CHANGE concentre la quasi-intégralité des faits générateurs objectifs cités par l'IGAS : une offre de soins sur le territoire du Genevois français menacée par une situation financière profondément dégradée résultant notamment de problèmes de recrutements

⁴⁵ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L., *Op. cit.*, p. 50.

⁴⁶ « *Absence physique des directeurs alors qu'il était annoncé qu'ils seraient présent générant un sentiment de promesse non tenue, voire de provocation* », rapport IRCAF, p. 48.

⁴⁷ *La fusion, point de vigilance sur la dimension RH*, Guide pratique de la coopération n°4, URIOPSS Rhône-Alpes, juin 2014.

⁴⁸ CALMES G., SEGADE JP. Et LEFRANC L., *Coopérations hospitalières, l'épreuve de vérité*, éd. Masson, cité in BEDIER P., *op. cit.*, p. 64.

médicaux et non médicaux irrésolus, d'un taux de fuite des patients sur les secteurs concurrentiels en forte croissance et la nécessité de réaliser des investissements lourds que l'établissement n'est pas en mesure de réaliser seul.

Dans le cas présent et bien que subie par les deux parties, les arguments de l'opération ont été compris et la fusion acceptée comme inéluctable par les personnels de Saint-Julien ; l'affirmation est moins certaine pour les annéciens pour lesquels les enjeux (notamment de saturation du site) semblaient moins impérieux. La démarche suivie pour la construction du projet médical unique s'est appuyée sur les « *opportunités stratégiques pour une véritable union des deux sites* »⁴⁹ et permis de concrétiser ce rapprochement dans 57 projets classés en 10 axes stratégiques. Si l'on se réfère dans la phase d'intégration au projet de référence (pédiatrie bi-site), il est possible de dire qu'il était connu des différents intervenants puisque décrit depuis plusieurs années. L'ouverture d'un espace de libre expression lors du colloque annuel du pôle FME en septembre 2015 avait pour ambition de rassurer les plus sceptiques et de désamorcer les craintes et appréhensions infondées. Au-delà de l'énergie déployée pour la fusion technique et administrative, le maire de Saint-Julien a pu regretter qu'une telle démarche d'information et de force de conviction en mode projet n'ait pu être reproduite pour le rapprochement des activités de gestion et services support.

Transparence et argumentation des choix relèvent pour une large part du dispositif de communication mis en œuvre dans le cadre de l'opération de fusion : c'est ce qui lui confère selon la recherche une place de premier ordre dans la réussite ou l'échec de telles opérations : elle permet aux individus d'en comprendre l'essence et de se positionner. Le plan de communication de la phase préparatoire a fait appel à l'ensemble des formes de communication généralement mises en œuvre dans les processus de fusion : une communication planifiée ou institutionnelle (descendante) via les outils tels que les *lettres de la fusion* mais également une communication interactive (bidirectionnelle) avec l'organisation d'une consultation des personnels sur le choix du nom du futur établissement ou encore la fête de la naissance au mois de janvier 2014 qui a réuni plus de 500 personnes des deux sites. La stratégie de communication développée au cours de la phase d'intégration va plus particulièrement dans le sens d'une communication d'appropriation et de démonstration des bénéfices de la fusion pour les deux sites : il s'agit de rassurer les personnels les plus inquiets (plaquette d'information sur les investissements et les projets en cours sur le site de Saint-Julien, réunion d'information et d'échanges sur le modèle AG de l'ensemble des personnels etc.) et de créer du lien entre les deux sites notamment au niveau des cadres (séminaire des cadres,

⁴⁹ *Projet médical Unique pour le Centre Hospitalier Annecy Genevois*, janvier 2013, p. 6

conférence SANOFI sur le management de la performance⁵⁰) et de ne pas laisser le terrain à la désinformation parfois instrumentalisée par des opposants à l'opération et autres rumeurs.

- Le changement doit être conduit dans la transparence : la communication doit (aussi) être centrée sur les aspects humains de la fusion (les évolutions dans les activités et organigrammes consécutives à l'opération de fusion doivent être évoquées et les inquiétudes entendues) dans le but de dédramatiser et de rassurer.
- La démarche doit impliquer une part d'argumentation en se fondant sur les causes objectives de l'opération : la communication doit utiliser les faits générateurs connus de tous et fonder l'inéluctabilité de l'opération.
- Au-delà de la communication descendante ou institutionnelle, l'échange d'information doit pouvoir utiliser des vecteurs moins formels et plus interactifs (réunions d'informations avec questions et échanges directs avec les responsables du projet), voire festifs pour favoriser la rencontre. La communication doit également pouvoir être utilisée pour favoriser l'implication des acteurs et la participation des personnels (au-delà de leurs seuls représentants).
- La démarche projet doit être systématisée pour la gestion comme pour les aspects « activités » sur le modèle du PMU.
- Le management de l'opération doit démontrer une capacité de résilience, et notamment être en capacité de reconnaître l'écart qui existe entre l'intention d'un message et son interprétation erronée par les destinataires.

B) Un état d'esprit de la fusion fondé sur les principes de respect et d'égalité de traitement

La littérature a mis en évidence le rôle fondateur des valeurs de respect et d'égalité de traitement au cœur des procédures de fusion : c'est l'avènement de l'ère des « fusions entre égaux ». La logique décrite par O. JOFFRE dans un article paru en 2007⁵¹ dans la sphère des fusions acquisitions privées est la suivante : les organisations étant de plus en plus complexes, l'acheteur ne dispose pas de la connaissance suffisante de l'entreprise cible pour pouvoir l'acquérir de manière unilatérale. Fait nouveau : « *les entreprises cibles [...] revendiquent d'être traitées comme l'égal de l'acheteur* ». La réussite de l'opération est désormais soumise à la coopération des membres de la cible « *pour se l'approprier*

⁵⁰ Conférence du Pr VILLEMUS, *Le management de la performance : une culture commune fondée sur la confiance*, CHANGE site d'Annecy, 24 septembre 2015.

⁵¹ JOFFRE O., *Confiance et réussite dans les fusions entre égaux*, revue française de gestion, juin 2007, n°175, p. 171 et s.

sans la détruire, et donc dépasser la simple relation de pouvoir pour générer l'engagement de la cible dans le projet de fusion ».

L'analyse des résultats d'opérations de fusion/acquisition dans le secteur privé a révélé les facteurs qui entrent dans le succès ou l'échec des opérations : si le respect des membres des deux entités a été repéré comme condition de réussite de la fusion *Alimentec/Food general*, l'arrogance de certains salariés et représentants du personnel d'une entreprise vis-à-vis de leurs nouveaux collègues a au contraire été décrite comme un facteur de l'échec de la fusion Tereol-Castor. En matière hospitalière, l'expérience de la fusion entre le CHU de Rouen et l'hôpital de Petit-Quevilly atteste des produits d'une approche équilibrée des deux sites comme facteur de réussite de l'opération.

L'opération du CHANGE semble avoir une nouvelle fois satisfait à un état d'esprit propice à la fusion dans sa procédure de rapprochement des activités médicales qui a donné lieu au PMU. Pour le reste, l'état d'esprit s'évalue aussi dans les symboles ; plusieurs d'entre eux semblent avoir laissé une image négative durable de la fusion dans les esprits de nature à rendre plus complexe la consolidation actuelle de l'opération :

- il en est ainsi du choix du numéro FINESS du nouvel établissement : le nouvel établissement a fait le choix de conserver le numéro FINESS du CHRA pour des raisons de facilité technique (notamment en matière de facturation et de recouvrement des recettes) ; nombreux sont les agents de l'ex-HISLV à avoir vu dans cette manœuvre technique une preuve de l'absorption que masque en réalité la présente opération⁵²,
- il en est également ainsi du choix de la personne du Directeur Général du nouvel établissement : la nomination du DG du CHRA comme préfigurateur et directeur du nouvel établissement a renforcé la précédente conviction des agents interrogés de Saint-Julien
- le déploiement effectif de la plupart des composantes du système d'information du CHRA sur l'HISLV à partir du mois de novembre 2013 a également participé de ce même sentiment de colonisation du site.

⁵² Position confirmée par C. ZOLEZZI dans son ouvrage préc., p. 107.

- Pour être plus performante et parvenir à réaliser les synergies prévisionnelles, la fusion doit se passer dans un climat serein de respect et d'égalité de traitement des parties prenantes : la « fusion entre égaux » fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus au sein de la communauté scientifique et parmi les praticiens.
- Au regard du sentiment d'absorption développé par les saint-juliénois, l'expérience annécienne fournit un exemple flagrant du risque d'écart entre le message et sa réception. Plusieurs éléments sont venus brouiller le message d'apaisement initial et ont pu alimenter cette crainte primitive et inconsciente : mauvaise gestion des symboles, alignement de l'organisation de SJU sur celle d'ACY etc. La phase d'intégration doit s'efforcer de rattraper ces mésinterprétations du message.
- La gestion des symboles revêt une importance particulière dans toutes les opérations de changement où le facteur humain joue un rôle déterminant : dépersonnaliser l'opération par la nomination d'un directeur chargé de la fusion ou le changement de Directeur Général au moment de la fusion et explications du choix de retenir le numéro FINESS existant ou choix systématique pour un nouveau numéro de manière symbolique.

3.2.2 Rôle du temps et potentialisation des acteurs

La communication des valeurs de respect et de confiance, qui constitue l'état d'esprit de la fusion, conditionne le principal levier de la réussite du processus de synergie : l'adhésion et l'implication des salariés.

A) L'appropriation psychologique et la potentialisation des acteurs

Dans leur ouvrage *l'Acteur et le système*, M. CROZIER et F. FRIEDBERG définissent le changement non comme « *l'imposition d'un modèle a priori conçu au départ par des sages quelconques et dont la rationalité devra être défendue contre les résistances irrationnelles des acteurs* » mais « *il est apprentissage, c'est-à-dire la découverte, voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés de nouveaux modèles rationnels [...] de nouvelles capacités collectives* »⁵³.

Cette redéfinition du changement invite clairement les personnels à en devenir les acteurs : dans un article paru en 2007, O. JOFFRE fait même de cette position une condition de la réalisation des synergies attendues et, partant, de la réussite de l'opération de fusion. Cette appropriation du projet dans le cadre du travail fait désormais l'objet d'un tel consensus que l'ANAP, dans son *guide méthodologique des coopérations*

⁵³ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*, éd. du Seuil, cité in BEDIER P., *op. cit.*, p. 64.

territoriales, appelle le manager à laisser à l'agent une marge de manœuvre suffisante et un retour sur les effets de son action.

En appelant à abattre le mythe de la motivation intrinsèque, le Pr VILLEMUS intègre cette idée dans un mouvement plus large de nouvelle définition du management de la performance : il s'agit de revenir à la source de la motivation, le désir dont il rappelle qu'il est puissance et « *l'essence même de l'homme* » chez Spinoza, et du travail qui est créativité et accomplissement à condition qu'on lui donne sens ; ce serait ainsi l'amour du travail bien fait qui serait la source de la motivation. Le bon manager est donc celui qui libère ses collaborateurs en faisant confiance à leur intelligence collective et qui parvient à transmettre le goût du travail bien fait par-delà sa pénibilité intrinsèque.

Dans le cas des fusions, nombreux sont les auteurs à appeler à la participation des salariés par le biais de la constitution de chantiers d'intégration (ou de fusion) qui associent les membres des différentes entités en les faisant réfléchir sur des thèmes qui intéressent la fusion de leurs entités : harmonisation des procédures, outils et normes des deux entités, audits des performances globales des RH ou encore création d'une culture commune.

Dans la conduite de sa procédure de fusion, les entités composantes du CHANGE ont été amenées à se rapprocher dans le cadre de groupes de travail mixtes à la logique proche des chantiers de fusions ci-dessus désignés sans en porter formellement le nom :

- il s'agit d'abord au niveau médical de la méthode participative qui a conduit à la réalisation du projet médical unique : plus de cent personnes, venant de tous les pôles et services des deux hôpitaux ont été réunis au sein de sept groupes thématiques afin de faire des propositions d'orientation actées par un comité de pilotage réunissant les représentants des principales instances des établissements de santé et de l'ARS. Chaque groupe de travail a réuni, sous la double coordination d'un référent médical et d'un référent administratif, les responsables médicaux et non médicaux intéressés par le thème désigné ; au terme de plusieurs réunions de travail, les groupes ont déterminé librement les 57 projets qui constituent le projet médical dans le respect des exigences minimales de la tutelle. La dernière phrase du propos introductif du PMU témoigne de l'effet de responsabilisation de la démarche : « *les femmes et les hommes qui ont écrit ce projet médical commun se sentent engagés dans une démarche dynamique* ».
- Il s'agit ensuite au niveau non médical du travail d'harmonisation des écarts de pratiques et de règles en matière RH : en la matière, le CH a fait le choix de la signature d'un protocole d'accord avec les organisations syndicales représentatives pour obtenir une adhésion collective la plus large possible. La direction a mis en place dans ce cadre, sur le modèle de la procédure

d'élaboration du PMU, sept groupes de travail composés de professionnels relevant de la direction des ressources humaines et de la direction des soins des deux entités afin de réaliser un travail d'analyse systématique de quelques 300 règles, pratiques et dispositifs de ressources humaines. En revanche, la méthode de résolution des 40 écarts qui ont finalement été recensés a été négociée avec les OS représentatives dans le cadre du dialogue social institutionnel.

Dans son rapport, l'IGAS invite également les responsables à documenter toute intervention dans le sens de l'intérêt à agir des professionnels : en effet, ces derniers pourront être plus prompts à adhérer et s'impliquer dans le projet s'il démontre des plus-values individuelles ou collectives : et l'IGAS de citer, au titre de ces plus-values, l'amélioration ou sauvegarde de l'offre de soins sur le territoire, l'amélioration de la qualité des soins, l'allègement des contraintes de garde etc.

L'un des enjeux de la phase d'intégration qui s'est ouverte à la suite de la création juridique du CHANGE est de réaliser son organisation bi-site et, conséquemment, d'amener les personnels notamment médicaux du site d'Annecy à développer les activités décrites au PMU sur le site de Saint-Julien et pallier le déficit en ressources humaines à l'origine de la crise de l'ex-HISLV. Pour les y inciter, la nouvelle direction des affaires médicales et le Président de la CME envisagent l'ensemble des dispositifs et arguments pour solliciter la mobilité des médecins : outre les avantages monétaires ou en nature de l'exercice bi-site prévus par la réglementation, les deux institutions comptent sur la rencontre des équipes et leur volonté (à terme) de travailler ensemble. Le renouvellement générationnel et les nouveaux recrutements devraient également aider à aller vers cet exercice médical commun bi-site : les nouveaux recrutements seront nécessairement bi-site et les intérêts des jeunes praticiens pour les activités en réseau, les soins de proximité ou l'obtention de plages supplémentaires au bloc opératoire pourront être mis en avant. Il faut également tenir compte dans cette optique des effets perturbateurs tenant à la spécialité, au delta de compétence entre les praticiens des deux sites et parfois également à la génération du professionnel.

- Plutôt qu'un accompagnement au changement, le changement doit associer les personnels de manière à les impliquer et les rassurer sur les changements dans leurs conditions de travail qu'il induit : cette association peut prendre la forme de chantiers de fusion ou de groupes de travail mixtes ; cette association peut aussi passer par la mobilisation de l'encadrement de proximité
- La fusion, comme tout changement d'ampleur, peut constituer une opportunité pour questionner et réviser les méthodes de management pour aller dans le sens d'une plus grande responsabilisation des acteurs, d'un raccourcissement de la chaîne de décision et, plus généralement, d'une plus grande liberté dans la conception des rapports professionnels : les agents doivent devenir acteurs et il y a lieu d'organiser des zones de liberté dans un cadre prédéfini. L'accent doit notamment être porté sur le changement de paradigme proposé par le Pr VILLEMUS s'agissant de la notion de performance : le critère de performance ultime doit être celui du service rendu et de la satisfaction du patient
- Il importe que cette association concerne directement les agents et que l'intermédiation des OS représentatives n'entrave pas la communication directe des responsables du projet avec les personnels concernés ; une telle configuration n'est pas exclusive de l'intervention des OS dans le cadre du dialogue social institutionnel et des instances ou comités de pilotage dédiés.
- S'appuyer sur les leviers de l'intérêt à agir des professionnels : pour aller plus loin, il peut être intéressant de centrer l'analyse sur le patient et l'amélioration du service rendu plutôt que sur les organisations précédentes ; un interlocuteur de Saint-Julien a pu éprouver dans sa chair l'amélioration de la prise en charge des patients du bassin de santé résultant d'une approche graduée des soins en matière d'urgence cardiologique.

B) Le rôle au temps

Temps et fusion entretiennent des relations ambivalentes : dans l'ordre du processus, le temps est d'abord une contrainte pour l'opération de fusion dans son urgence et la nécessité d'aller vite. Mais, le temps représente également une force libératoire : « *En ce domaine, comme dans d'autres, « donner du temps au temps » est indispensable* »⁵⁴.

Prévue pour une durée initiale d'un an à partir de la mise en place de la direction commune (1^{er} janvier 2012), la fusion entre le CHRA et le HISLV a finalement été arrêtée au 1^{er} janvier 2014. Quoique très raisonnable au regard des délais mentionnés dans un

⁵⁴ P. FORCIOLI, *op. cit.*, p. 472.

document interne de l'ARS RA de présentation des étapes nécessaires à la mise en œuvre d'une opération de fusion d'EPS⁵⁵, cet allongement du délai ne devait pas obérer la réalisation de l'opération dont l'urgence et l'inéluctabilité ressortent clairement de la signature d'un contrat d'engagement à la demande de l'ARS le 28 février 2013. Cette contrainte est accentuée par la nécessité de prendre en considération les temporalités propres à chaque dimension de la fusion : le temps politique n'est pas celui de la reconstruction des processus identitaires etc.

Le temps apparaît également comme une aide dans une opération de fusion : c'est l'effet du temps sur les esprits et sur la consolidation de l'opération. Les nouvelles arrivées de professionnels, issues des nouveaux recrutements mis en œuvre et des départs liés ou non à l'opération permettent aux membres des anciennes structures de passer à autre chose. Résultant d'un fait accompli, l'urgence des procédures a cet effet contradictoire qu'il oblige à avancer. Le temps est également apprentissage et formation : « *la volonté et toute la confiance que le personnel engage requièrent l'alliance du temps afin que la fusion s'accomplisse véritablement* »⁵⁶.

➤ Cette ambivalence de la relation au temps dans une opération de fusion doit inciter leurs responsables à aménager des phases de transition. Cette préoccupation de donner du temps est la garantie d'une plus grande sérénité dans la conduite du changement et d'une meilleure association du personnel aux évolutions. Tel est le parti pris de la direction du Centre Hospitalier de Chambéry dans sa fusion avec l'hôpital d'Aix-les-Bains au 1^{er} janvier 2015 : après une direction commune de près de 3 ans, la direction du nouveau CH Métropole Savoie a décidé de se donner 2 années supplémentaires pour consolider la fusion dans les esprits et rassurer les agents d'Aix-les-Bains. Cette décision se traduit en pratique par un statu quo de l'organisation médico-administrative des deux sites « *pour ne pas brûler les étapes* ». S'il n'existe pas à ce jour d'organisation cible entre les deux sites du nouvel établissement, un bilan de la fusion à 12 mois sera nécessairement suivi d'une réflexion sur les forces et faiblesses de chaque site et l'organisation qui en découlera.

⁵⁵ Déclinaison d'une procédure complète sur 4 années avant la fusion juridique ; cf. *Les fusions d'établissements publics de santé*, ARS Rhône-Alpes.

⁵⁶ BEDIER P., *op. cit.*, p. 65.

Conclusion

A l'issue de ce travail de recherches et d'analyses, il ne fait plus guère de doute que l'opération de fusion est un phénomène complexe dont le résultat dépend de la conjonction de nombreux facteurs techniques et humains ; complexité qui avait amené l'IGAS à émettre sa recommandation de prudence dans la prescription du dispositif. Au-delà du « simple » rapprochement d'activités et d'organisations préexistantes, la fusion repose effectivement sur l'implication et la participation des salariés qu'elle éprouve, dans le même temps, de manière intime. Il en va de la réalisation des synergies nécessaires à la réussite de l'opération.

Si l'on estime, avec les chercheurs, qu'il faut un recul de dix ans pour juger du résultat d'une telle opération, l'heure n'est évidemment pas au bilan s'agissant du CHANGE. Tout au plus est-il permis de constater que certains messages relevant des processus de la dimension humaine de l'opération n'ont pas atteint leurs objectifs depuis la phase de préparation. La présente fusion devrait se consolider, puis se réaliser sous le double effet du temps et de l'énergie déployée par les managers dans sa mise en œuvre.

La suite dépendra de l'attitude des régulateurs et de leur capacité à entendre les difficultés du « terrain » dans la mise en œuvre de ces outils.

Si les autorités persistent dans leur choix de considérer la fusion comme un outil privilégié de recomposition de l'offre de soin, il y aura lieu d'en décrire dans un mode opératoire les phases, les méthodes, les enjeux et les outils d'accompagnement. On ne peut, en effet, que regretter, avec L. LAUDE et M. LOUAZEL, que : « *au niveau national, au moment où la fusion de services et d'établissements semble être considérée comme outil de rationalisation et de performance [...], il est frappant de constater la fragilité des mécanismes de légitimation, de théorisation et d'institutionnalisation de ces démarches* »⁵⁷. Et d'appeler avec l'IGAS à une « *plus grande professionnalisation des procédures de fusion* »⁵⁸. En dehors du retour d'expériences, auquel prétend modestement participer ce travail d'analyse, il n'existe que peu de ressources à mobiliser au sein des corps de direction : en effet, un directeur d'hôpital ne peut être un expert de la question, dans la mesure où il n'aura souvent à gérer qu'une procédure de ce type au cours de sa carrière. La professionnalisation passera nécessairement par la capitalisation des expériences, qui pourrait emprunter la forme d'une mission d'accompagnement ou d'expertise des recompositions par fusion, placée auprès du ministère, sur le modèle de la Mission d'Appui aux Partenariats Public-Privé (MAPPP).

⁵⁷ LAUDE L. et LOUAZEL M., *op. cit.*, p. 105.

⁵⁸ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L., *op. cit.*, p. 6.

Pour autant, la fusion n'est pas la seule forme de rapprochement à visée intégrative pour réaliser des économies d'échelle et organiser des mutualisations : à l'instar des cliniques privées ou des gestionnaires d'ESPIC, : le modèle d'intégration à grande échelle peut être celui du groupe, qui « associe la fusion d'un certain nombre de fonctions essentielles au niveau central (*stratégie, investissement, financement, contrôle de gestion, recrutements et gestion des principaux cadres*) et le maintien d'une autonomie plus ou moins large pour les entités absorbées en ce qui concerne leur gestion hospitalière proprement dite »⁵⁹. C'est bien dans ce sens que semble s'orienter la future *Loi de santé* avec les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Pour autant, le débat sur la fusion s'est invité dans celui des GHT à l'évocation de l'association de cette innovation avec le principe de solidarité financière : c'est ainsi que Me HOUDARD apparente les GHT à des « opérations de pré-fusion » : « on est à quelques centimètres de la rive de la fusion mais toujours dans le torrent tumultueux de la pré-fusion »⁶⁰.

C'est ainsi que, quels que soient les choix de la politique nationale en la matière, lorsqu'elle est décidée, sous une forme apparente ou déguisée, la fusion doit être pilotée, dans sa phase de préparation mais aussi et surtout dans sa phase d'intégration, tant il est illusoire de penser que tout peut être prévu avant la fusion.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 26.

⁶⁰ *Le débat sur la fusion échauffe les esprits sur les groupements hospitaliers de territoire*, Dépêche Hospimédia, 10 septembre 2015.

Bibliographie

Ouvrages

- CREMADEZ M. (en collaboration avec GRATEAU F.), *Le management stratégique hospitalier*, 2^{ème} édition, InterEditions Masson, 1997
- DUPUY F., *Sociologie du changement, Pourquoi et comment changer les organisations*, éd. Dunod, 2004
- HANDY C., *L'olympie des managers : culture d'entreprise et organisation*, éd. d'Organisation, 1986
- LE CARDINAL G., GUYONNET J-F., POUZOULLIC B., *La dynamique de la confiance, Construire la coopération dans les projets complexes*, éd. Dunod, 1997
- LEFEVRE P. (ss dir.), *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, éd. Dunod, 2006
- VERY P., *Des fusions et des hommes*, éd. D'Organisation, 2002
- ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, coll. Vade-mecum pro, Presses de l'EHESP, 2015

Articles

- ABOKI C., GOT C., *Faire de deux hôpitaux un seul sur un même territoire de santé. Intégration de l'hôpital de Petit-Quevilly au sein du CHU-Hôpitaux de Rouen*, La revue hospitalière de France, septembre-octobre 2008, n° 524, p.54
- BARABEL M., SCHIER G., TEBOUL T., *Les fusions d'entreprises sur la corde raide*, L'expansion Management Review, février 2008, n°129, p. 28
- BEDIER P., *Former pour accompagner la fusion. Comment préparer le personnel ?*, La revue hospitalière de France, novembre-décembre 1999, n°6, p. 62
- CALMES G., DEHAINE J-B., *Fusion juridique des établissements publics de santé en 2012. De la théorie à la pratique*, La revue hospitalière de France, janvier-février 2012, n° 544, p.60
- DUMOND J-P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers*, Sciences sociales et santé, décembre 2006, vol. 24, n°4, p.97
- FORCIOLI P., *Fusions d'hôpitaux et conflits à l'hôpital*, Gestions hospitalières, avril 1999, n° 385, p. 256

- FORCIOLI P., *Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux*, Gestions hospitalières, juin-juillet 2003, n° 427, p. 468
- FORCIOLI P., *Nouvelle gouvernance : les premiers témoignages*, Objectifs soins, mai 2005, n° 136, p.2
- JOFFRE O., *Confiance et réussite dans les fusions « entre égaux »*, Revue française de gestion, juin 2007, n°175, p. 171
- KARAKI H., VINCK D., *Fusion d'hôpitaux. La place des médecins dans les processus de changement*, Gestions hospitalières, mai 2005, n° 446, p. 369
- KIPPING M., *Assurer le succès des fusions et acquisitions : les contributions d'une approche historique*, Le journal de l'Ecole de Paris du management, juin 2010, n°86, p. 14
- KITOUS B., *Fusions des établissements : solution d'avenir ?*, Gestions hospitalières, juin-juillet 2002, n°417, p. 423
- LAKHDAR L., FERID Z., *Fusion-acquisition : de la destruction à la création de valeur. Rôle de la GRH dans l'intégration identitaire*, Humanisme et Entreprise, janvier 2008, n°286, p. 29
- LAUDE L., LOUAZEL M., *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, Journal de gestion et d'économie médicales, 2013, vol. 31, n°2-3, p. 93-106

Rapports

- Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, 2011
- Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, *Les fusions d'établissements publics de santé*, 2013
- CHEVILLARD M., *L'accompagnement des équipes soignantes dans la période de post-délocalisation d'un hôpital*, Mémoire EHESP de Directeur des soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 2008
- Chambre Régionale des Comptes d'Auvergne- RA, *Rapport d'observations définitives*, Centre Hospitalier Intercommunal Sud-Léman Valserine, juin 2014
- Chambre Régionale des Comptes d'Auvergne- RA, *Rapport d'observations définitives*, Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, juin 2014
- Centres de Santé et de Services Sociaux de la Baie des Chaleurs (CSSSBC) et d'A Huntsic et Montréal Nord (CSSSAM-N), *Gestion multisite, réflexions et bonnes pratiques (v.01)*, juin 2013
- Conférences hospitalières, *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, mars 2014

- IRCAF Réseau, *Rapport d'expertise CHSCT Centre Hospitalier Annecy Genevois, site de Saint-Julien en Genevois*, avril 2015
- LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L., *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, IGAS, 2012
- LAVIGNE F., *Le projet d'établissement, garant de la concrétisation d'une fusion. L'exemple de la fusion du Centre Hospitalier de Lavelanet avec une clinique privée*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissements Sanitaires et Social public, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2004
- PEROYS C., *Restructuration médicale et fusion d'établissements publics de santé, l'exemple des hôpitaux du Léman*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2001
- POILLERAT L., *Le projet d'établissement au service de la fusion d'un établissement médico-social*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissements Social et médico-social public, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2003
- SABAH P., *La dimension humaine des restructurations hospitalières : enjeux et perspectives. L'exemple de la fusion du Centre Hospitalier de Béziers avec une clinique privée*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2000
- TROUDE M., *Les conditions de réussite d'une fusion hospitalière ou l'importance du projet médical. Le cas de la fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et du Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2006

Divers

- VILLEMUS P., *Conférence sur Le management de la performance : une culture commune fondée sur la confiance*, CHANGE site d'Annecy, 24 septembre 2015
- DENIS J-L., LAMOTHE L., LANGLEY A., *Fusions et confusions dans le secteur hospitalier*, CETO – HEC Montréal, février 2002

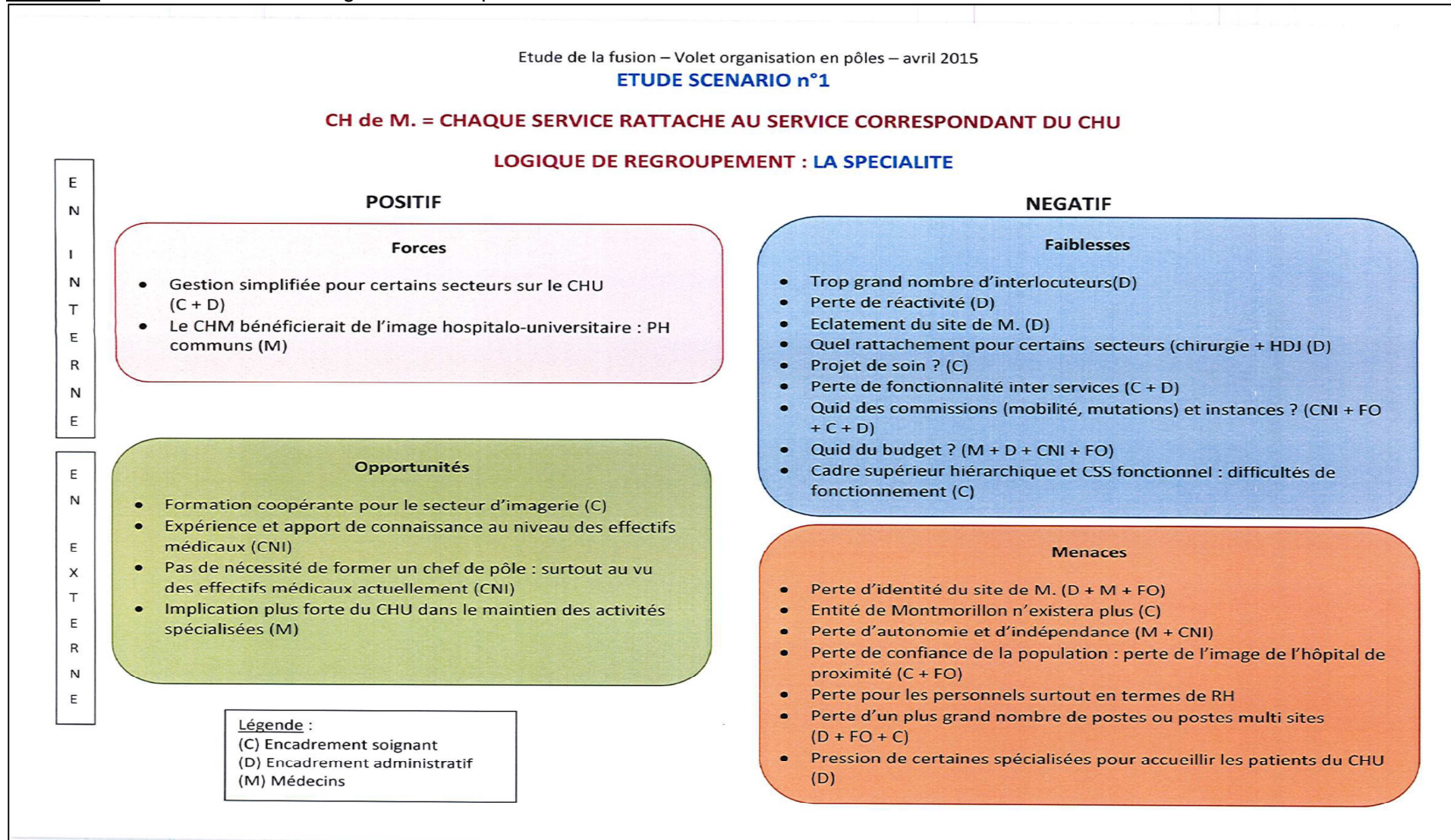
Liste des annexes

Annexe 1 : matrices SWOT de l'organisation en pôles dans le cadre de la fusion du CH de Montmorillon et du CHU de Poitiers.

Annexe 2 : représentations des logiques de la fusion issue d'un document de présentation intitulé « *Fusions et confusions dans le secteur hospitalier* », DENIS J-L. et LAMOTHE L. de l'Université de Montréal et LANGLEY A. de HEC Montréal (2002).

Annexe 3 : Liste des personnes interrogées.

Annexe 1 : matrices SWOT de l'organisation en pôles



ETUDE SCENARIO n°2 → CH de M. REPARTI ENTRE =

un pôle au CHM avec médecine, urgences, soins de suites + les blocs opératoires et la chirurgie rattachés au CHU + les secteurs médico-techniques rattachés aux pôles correspondants du CHU (imagerie, pharmacie, laboratoires).

LOGIQUE DE REGROUPEMENT : LA DISCIPLINE

POSITIF

Forces

- Pool de pharmacien : PUI commune (D)
- Meilleure coordination pour les secteurs médico-techniques (C)
- Plus de liens inter services sur le CHM que le scénario n°1

Opportunités

- Télé interprétation pour l'imagerie lors d'absence des 2 radiologues (D)

NEGATIF

Faiblesses

- Dimensionnement trop petit pour constituer un pôle (C+D)
- Altération des liens fonctionnels entre les différentes unités du site (D + C + CNI).
- Voir faiblesses du scénario n° 1
- Différences de gestion entre les pôles sur le site du CHM : risque d'être mal vécu par les équipes (CNI)

Menaces

- Perte de postes : radiologues par exemple (C+D+M) d'où perte d'une prise en charge humaine et personnalisée du patient.
- Perte possible de la stérilisation (D)
- Perte de la PUI (D)
- Quid des EHPAD dans ce scénario (FO) ?
- Pas de décision locale pour la construction des blocs opératoires. (M)
- Maîtrise du programme opératoire ? (C)

E
N
I
N
T
E
R
N
E

E
N
E
X
T
E
R
N
E

ETUDE SCENARIO n°3 → CH de M. REPARTI EN DEUX PÔLES AVEC =

un pôle regroupant l'ensemble des services de M., sauf les secteurs EHPAD et USLD rattachés à la filière gériatrique et donc au pôle Gériatrie du CHU

LOGIQUE DE REGROUPEMENT : LE TYPE DE POPULATION

POSITIF

Forces

- Renfort médical supplémentaire ? (M)
- Plus de possibilité de remplacement médical au vu des effectifs de gériatres du CHU (D)
- Recrutement possible d'un PH temps partiel gériatrie et Médecine polyvalente (M) : plus d'attractivité.

Opportunités

- Gain en ETP autour de la personne âgée si alignement sur les ratios du CHU (postes animation, postes logistiques, hôtellerie ...) (C)

NEGATIF

Faiblesses

- Dimensionnement du pôle MCO insuffisant (D+C+M)
- Perte de fluidité dans le parcours patient (M)
- Mobilité du personnel ? (C)
- Difficultés pour le pool de remplacement (D)
- Difficultés pour la gestion du matériel inter services (C)
- Nécessité d'une équipe médicale fixe au regard de la population âgées dans ces secteurs : besoin de repère (FO)

Menaces

- Pas d'attractivité pour le recrutement médical (M)
- Augmentation du tarif d'hébergement ? (C)
- Pour les personnels : risque de perte d'identité ni CHM, ni CHU (CNI)
- Perte de l'organisation paramédicale mise en place : projet de soin, formations ? (FO)
- Désorganisation de la filière gériatrique (D + FO)
- Pertes de postes : personnel administratif, postes transversaux (partenaires de santé) (D +C+ FO)
- Pression pour héberger des personnes sortantes du CHU (C)
- Risque de perte de temps médical sur site ? (FO)

E
N
I
N
T
E
R
N
E

E
N
E
X
T
E
R
N
E

ETUDE SCENARIO n°4

CH de M. = UN SEUL POLE

LOGIQUE DE REGROUPEMENT : LA COHERENCE SPATIALE

E
N
I
N
T
E
R
N
E

Forces

- Unité, maintien de l'identité du CHM (D) ;
- Connaissance des besoins et du site (M)
- Maintien d'un poste de Directeur de Site (FO)
- Poids et légitimité d'un pôle (C)
- Motivation des personnels (M)
- Maintien d'une offre de soin de proximité, de l'image vis-à-vis de la population : confiance maintenue de la population, des professionnels libéraux (M + D + C + FO + CNI)
- Cohérence de fonctionnement (D)
- Dimensionnement identique aux pôles du CHU (D)
- Fluidité du parcours patient (C + M)
- Maintien des fonctions support sur place (D)
- Interlocuteurs connus : maintien des postes
- Coopération facilitée entre cadres et cadre supérieur (C)

Opportunités

- Faire vivre le projet d'établissement (FO + M + D) : en faire un projet de pôle.
- Meilleure gestion du pool de remplacement (D+ C)
- Réactivité dans l'organisation transversale (C + D)
- Maintien des formations en intra et des commissions ad hoc (CNI + FO + CFDT)

Faiblesses

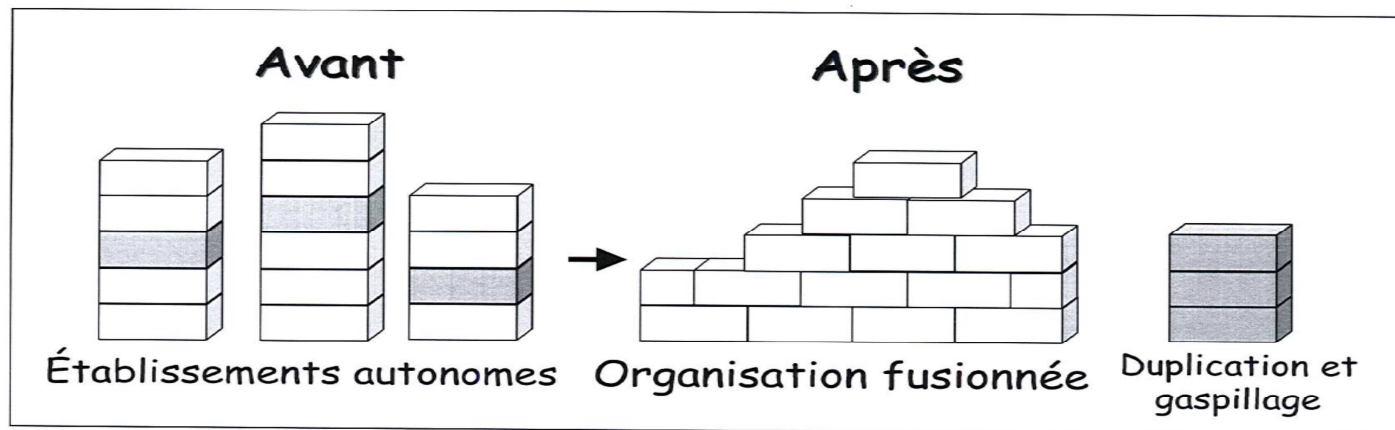
- Eloignement géographique induisant un manque de connaissance, de communication (M)
- Moins de partage des connaissances et des ressources (CNI)

Menaces

- Gestion du budget ? (M + FO)
- Temps gestion de pôle ? (formation, animation des réunions) (M + D + CNI + FO)
- Risque de manque d'implication du CHU (M)
- Possibilité de recrutement autonome pour le personnel médical (M)
- Intéressement pour les médecins : quelle attractivité particulière pour faciliter le recrutement (M)

E
N
E
X
T
E
R
N
E

Logique de la fusion



Logique de la fusion... ...ou de la confusion?

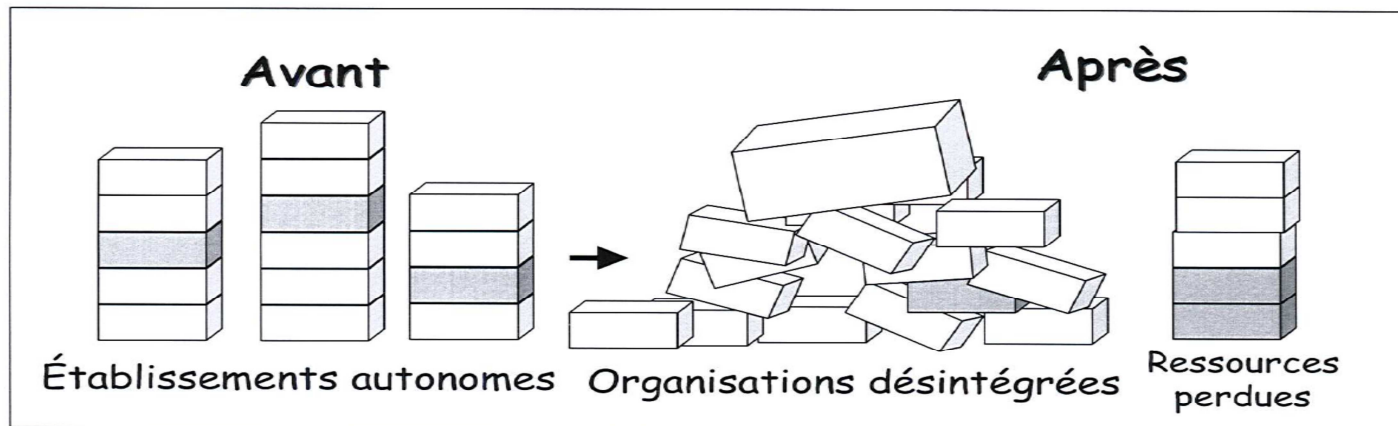
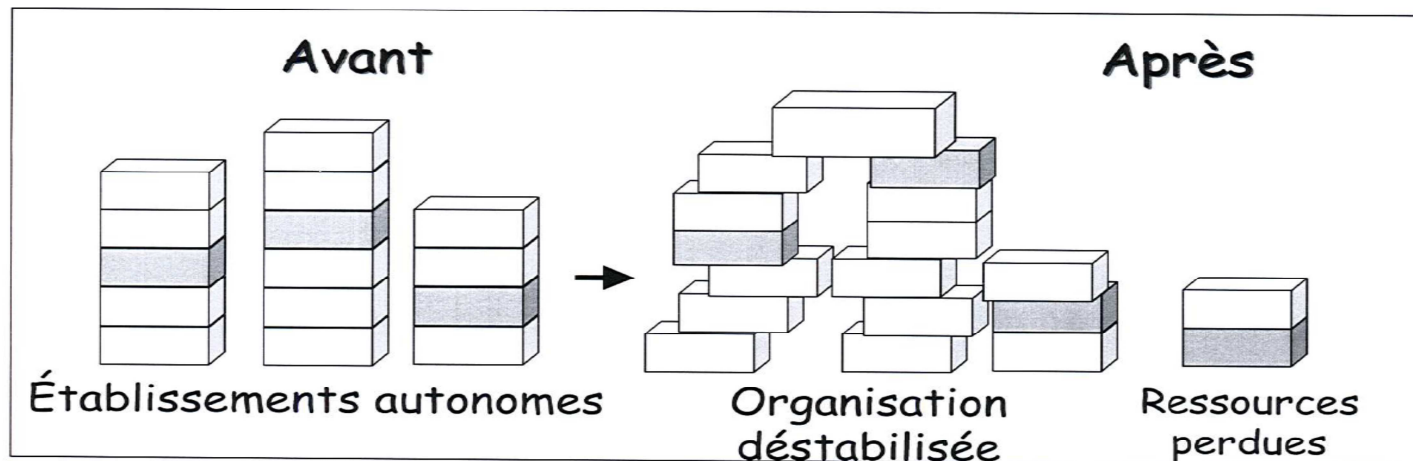


Image plus juste... ... les fusions sont déstabilisantes



Annexe 3 : Liste des personnes interrogées

Sur le site de Saint-Julien : 8 personnes (infirmière, cadre de santé, cadres supérieurs de santé, directeur, cadre administratif, OS) dont M. VIEILLARD, Maire de Saint-Julien-en-Genevois.

Sur le site d'Annecy :

- M. BEST, Directeur Général
- M. le Dr DOREZ, Président de CME
- M. PRIGENT, DGA
- Mme COLLET, directrice des ressources humaines
- Mme FABRETTI, directrice des
- Mme BAYON, chargée de la communication
- Mmes COSTER et BAUQUIS, cadres administratifs et supérieur de santé du pôle Médicotechnique
- Mmes AMOUGAY et DURET, cadres administratifs et supérieur de santé du pôle Chirurgie

Autres :

- M. DUBOIS, ancien DRH du CHRU de Brest (29)
- Mme BENEUX, directrice adjointe au CHU de Poitiers (86)
- Mme GOTTELAND, DGA du CH Métropole Savoie (73)

Filière Directeur d'Hôpital

Promotion 2014-2016

**Le management de la période
d'intégration post-fusion :
Les enseignements de l'expérience du Centre Hospitalier
Annecy Genevois (CHANGE, 74)****Résumé :**

La fusion d'établissement est un outil privilégié de recomposition de l'offre de soins dans les territoires. Selon un rapport de l'IGAS publié en 2012 et consacré à la question, 9% des EPS auraient fusionné entre eux entre 1995 et 2010.

Si elle paraît simple en apparence, la fusion est en réalité un phénomène complexe qui intègre à la fois des aspects techniques et une forte dimension humaine qui confère à chaque opération un caractère unique. Elle ne peut en effet être comprise comme une addition de services, d'activités, de structures ou de personnes mais elle est une multiplication qui, au terme d'un processus de synergie, doit emmener les hommes à se projeter au-delà des structures anciennes et en construire et faire vivre une nouvelle.

Les CH d'Annecy (CHRA) et de Saint-Julien-en-Genevois (HISLV) ont, dans leur opération de rapprochement par fusion, fait l'expérience de cette complexité. La conduite d'une telle procédure nécessite, dans un premier temps, de rapprocher les activités et les organisations par l'adoption et le déploiement d'un projet médical unique et de règles de fonctionnement communes. Puis, la réalisation des synergies nécessaires à la réussite de l'opération implique un management de sa dimension humaine qui conduit à s'intéresser aux processus d'acculturation et d'appropriation propres à ce type d'opérations.

Sans prétendre proposer une méthode managériale et une organisation cible de nature à piloter le changement, ce mémoire a vocation à s'intéresser plus particulièrement aux problématiques de l'organisation et du management de cette opération spécifique en ciblant plus particulièrement la phase d'intégration post-fusion, dans laquelle se trouve dans l'immédiat le CH Annecy Genevois (CHANGE).

Mots clés :

Fusion, intégration, projet médical unique, culture, dimension humaine, management, Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE), recombinaisons hospitalières, Agences Régionales de Santé (ARS)

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.