



EHESP

Filière EDH

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **septembre 2016**

**Rapprochement et coopération des pôles de chirurgie
de deux établissements en vue d'une fusion.**

**Anne-Céline
LABANSAT-BASCOU**

Remerciements

Je souhaite, avant tout, remercier Mr Philippe Beaufiles qui a été mon encadrant mémoire et qui m'a permis, à travers son expérience et ses conseils, de structurer et d'orienter mon mémoire.

Je tiens également à remercier Monsieur Guillaume Wasmer, directeur du Groupe Hospitalier Nord Essonne, Monsieur Nabil Derrouiche, secrétaire général du GHNE et Mme Emeline Flinois, directrice du pôle d'appui clinico-technique du GHNE, qui m'ont encadrée au cours de mon stage au GHNE et qui m'ont permis, notamment, de prendre du recul sur certains aspects de ce travail et d'avoir une approche plus globale des situations.

Je souhaite, par ailleurs, remercier Mme Christelle Guilley et Mme Virginie Garnier, directrices référentes des pôles de chirurgie d'Orsay et de Longjumeau, qui m'ont permis de comprendre les enjeux liés à leurs pôles et leur façon d'aborder ce rapprochement dans la position qui est la leur.

Enfin, je tiens à remercier Mr François Duramé chef du pôle Anesthésie Bloc Chirurgie à Longjumeau et Mme Fazia Sztajnzalc chef du pôle Chirurgie d'Orsay d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et d'avoir été bienveillants tout au long de mon stage et lors de mes participations aux différentes réunions les impliquant.

Sommaire

Rapprochement et coopération des pôles de chirurgie de deux établissements en vue d'une fusion.....	1
Introduction	1
I. Le rapprochement des pôles de chirurgie poursuit des objectifs multiples qui s'échelonnent dans le temps et s'appuie sur un contexte qui lui est devenu favorable	5
A. Des objectifs multiples qui s'échelonnent dans le temps	6
1. Des objectifs à court terme : le GHT et la crédibilité du projet COPERMO	6
2. Des objectifs à moyen terme : la fusion	7
3. Des objectifs à long terme : le projet d'établissement unique.....	8
B. Un contexte qui a longtemps été défavorable à cette évolution	8
1. Les CHL et le CHO, des établissements peu éloignés et de taille moyenne	8
2. L'idée d'une fusion n'est pas neuve	10
3. Jusqu'ici l'idée a échoué mais des projets de coopération ont abouti	11
C. Un contexte qui, aujourd'hui, va dans le sens d'une fusion	12
1. Les enjeux d'une fusion entre deux pôles de chirurgie sont forts	12
2. L'essentiel des critères de réussite d'une fusion sont aujourd'hui réunis.	13
3. L'implication de la direction et des représentants médicaux a permis d'établir et de valider le principe de la fusion	16
II. La constitution d'une équipe médicale unique, clé de voûte d'une fusion réussie, reste une étape encore très fragile et difficile à enclencher	17
A. Le rôle des médecins dans le rapprochement des pôles	18
1. Une démarche entièrement participative dans le cadre de la rédaction du PMP aux résultats souvent insatisfaisants.....	18
2. Le rôle plus particulier des PCME et chefs de pôle.....	19
3. Une évolution des mentalités parfois moins rapide que l'évolution capacitaire	20
B. La constitution d'une équipe médicale territoriale dont la définition reste très floue	21

1.	L'équipe médicale territoriale, quels contours, quelle mobilité ?	21
2.	L'équipe médicale territoriale et la mise en commun de pratiques	22
3.	L'équipe médicale territoriale nécessite l'harmonisation des temps de travail	23
C.	La méthodologie choisie pour la rédaction du PMP chirurgie	24
1.	Des réunions PMP par site puis bi-site	25
2.	Des réunions PMP par spécialité bi-site.....	26
3.	Des priorisations entre spécialité selon les enjeux	26
III.	La répartition des activités entre les deux sites, une question de santé publique au cœur de la stratégie d'établissement	29
A.	Un fonctionnement qui ne peut être conçu sans mieux répartir les activités entre les deux sites	30
1.	Une nécessaire réorganisation qui s'inscrit dans un constat fait au niveau national	30
2.	Des activités souvent en doublon pour lesquelles il est difficile d'organiser des filières	31
3.	Le rejet d'une spécialisation d'un site sur de la chirurgie ambulatoire exclusivement	32
B.	Un choix stratégique et de santé publique.....	33
1.	Un choix lié aux données de santé du territoire	33
2.	Des possibilités qui restent limitées	35
3.	La question des répartitions d'activité entre les deux sites, des choix liés à la fusion mais fortement contraints par le projet d'établissement unique	36
C.	Les limites d'une réorganisation capacitaire et d'une répartition nouvelle des activités dans le cadre d'une fusion.	37
1.	La fusion sans le site unique n'aurait pas permis un tel degré d'intégration	37
2.	Le PMP en l'absence de site unique, des coopérations avec le privé pourraient être explorées et approfondies	39
3.	La gestion de la disparition d'un site chirurgical et la viabilité d'un hôpital non chirurgical.....	40
	Conclusion	42
	Sources et bibliographie	45
	Liste des annexes	43

Annexe 1 : guide d'entretien avec les chefs de pôle	44
Annexe 2 :	45
Rapprochement et coopération des pôles de chirurgie de deux établissements en vue d'une fusion.....	46

Liste des sigles utilisés

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire

CH2V : Centre Hospitalier des Deux Vallées

CHJ : Centre Hospitalier de Juvisy-sur-Orge

CHL : Centre Hospitalier de Longjumeau

CHO : Centre Hospitalier d'Orsay

CHSE : Centre Hospitalier Sud Essonne

CHSF : Centre Hospitalier Sud Francilien

GHNE : Groupe Hospitalier Nord Essonne

GHT : Groupe Hospitalier de Territoire

PMC : Projet Médical Commun

PMP : Projet Médical Partagé

SIH : Syndicat Inter-Hospitalier

TROS : Temps Réel d'Occupation des Salles

TVO : Temps de Vacation Offert

Introduction

M. Gruson, en propos introductifs au séminaire « La chirurgie dans les GHT »¹ rappelait que le nombre de lits d'hospitalisation complète installés en chirurgie était passé de 44 000 en 2004 à 34 000 en 2014. Parallèlement, le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté de 10 points, passant de 33% en 2010 à 43% en 2014. La chirurgie connaît donc un véritable bouleversement dont le développement de la chirurgie ambulatoire et la diminution des durées de séjours (avec le développement de la récupération rapide après chirurgie, par exemple) sont les moteurs. La réforme des Groupements Hospitaliers de Territoire semble poursuivre, si ce n'est renforcer, cette logique.

Le rapprochement des pôles de chirurgie des sites d'Orsay et de Longjumeau s'inscrit dans ce contexte général. Le Groupe Hospitalier Nord Essonne (GHNE) auquel les deux sites appartiennent est composé de trois établissements, Juvisy-sur-Orge, Longjumeau et Orsay. Situés sur un axe horizontal au nord de l'Essonne, ces trois sites, peu éloignés géographiquement, sont très mal reliés en transport en commun et correspondent à des bassins de population très différents. Cependant, la petite taille de l'hôpital de Juvisy, la situation financière de l'hôpital d'Orsay et l'état très insuffisant des investissements dans le bâtiment de Longjumeau, encore partiellement amianté, ont amené ces trois structures à devoir coopérer pour survivre.

Le GHNE vient de terminer une première fusion entre deux de ses établissements, le Centre Hospitalier de Longjumeau et le Centre Hospitalier de Juvisy-sur-Orge, qui ont donné naissance au CH des Deux Vallées (CH2V). Cette fusion a nécessité, au préalable, la rédaction d'un projet médical partagé et le rapprochement des différents pôles. Le CH2V se prépare, désormais, à une nouvelle fusion avec le CH d'Orsay qui devrait intervenir au 1^{er} janvier 2018 ainsi qu'à la mise en place d'un GHT Nord-Essonne qui rassemblera ces deux établissements.

Toutefois, si le GHT et la fusion sont des enjeux à court ou moyen terme qui nécessitent le rapprochement des pôles, la véritable perspective du GHNE, et donc des pôles de chirurgie, est le projet d'un établissement unique qui serait construit à Saclay et qui regrouperait les activités et le personnel des trois sites. Ce projet vise à inscrire la chirurgie du GHNE dans la logique actuelle de transformation de la chirurgie en France. L'accent est mis sur l'ambulatoire et la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète par rapport à ceux existant actuellement au sein du GHNE.

¹ Séminaire FHF du 15 avril 2016 à l'Académie Nationale de Chirurgie, « La chirurgie dans les GHT », propos introductifs de M. Gruson

Le GHT et la fusion ne sont donc finalement qu'une étape, qu'un pas vers cet établissement unique et doivent être appréhendés dans cette perspective. Le dimensionnement et la stratégie de l'établissement unique, déjà dessinés à grands traits dans le projet remis à l'ARS, sont des éléments essentiels qui guideront la fusion et les choix de répartition des activités. Néanmoins, l'attente de la validation par l'ARS de ce projet, auquel les équipes médicales ont véritablement adhéré, ralentit le processus de fusion puisque sont attendues des garanties de la concrétisation possible de cet établissement unique avant que la fusion, qui n'a été acceptée que dans cette perspective, soit engagée.

Or cette réorganisation territoriale a été complexifiée et contrainte par le projet d'un GHT Nord-Essonne. En effet, le calendrier des GHT nécessite que la rédaction du projet médical partagé soit anticipée par rapport au calendrier choisi pour la fusion. Le calendrier du GHT impose que dès le mois d'avril 2016, une première trame du PMP ait été élaborée et que le PMP soit finalisé et remis en juillet 2016.

C'est dans ce contexte complexe que les pôles de chirurgie de Longjumeau et d'Orsay commencent à se rapprocher et à coopérer. Très synthétiquement, le pôle de chirurgie d'Orsay représente la moitié de l'activité du pôle Anesthésie Bloc Chirurgie de Longjumeau. Le bloc d'Orsay comporte 4 salles dont une pour les urgences obstétricales alors que Longjumeau dispose de deux blocs avec au total 7 salles dont une pour les urgences obstétricales. Les effectifs médicaux et paramédicaux varient dans les mêmes proportions.

L'objectif à court terme de ce rapprochement entre les pôles est de conforter les coopérations déjà existantes entre les spécialités, de permettre une répartition des activités entre les sites et de définir une offre de soins graduée et cohérente entre les deux établissements. L'autre objectif à court terme de ce projet est de renforcer la crédibilité du projet d'établissement unique. Pour cela, les établissements doivent démontrer qu'ils sont prêts à avancer dans le sens d'une réduction du nombre de lits en adaptant leur offre au besoin de leur territoire. A moyen et long terme, l'objectif est de préserver l'autorisation de chirurgie sur les deux sites et de commencer la transition entre les sites actuels et le site futur.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'enjeu premier est la participation et le soutien des équipes médicales. En effet, l'IGAS² a montré que la participation des médecins est l'un des critères principaux de la réussite des fusions entre établissements de santé. Sans cette implication, la réorganisation de l'activité médicale entre les sites, en vue de rationaliser l'offre chirurgicale existante sur le territoire et de commencer à préparer le futur site unique, en se rapprochant du capacitaire et du niveau d'activité prévue pour ce projet, pourrait être

² IGAS, 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? », p.80

contre-productive. Bien que les choix puissent être parfaitement rationnels sur un plan budgétaire et en matière d'autorisations, il faut tenir compte des conséquences importantes que ceux-ci pourront avoir sur l'activité des praticiens et sur leur organisation de travail. Si leur accord et leur participation au projet n'étaient pas assurés, ils pourraient s'opposer à la mise en œuvre du projet qu'ils ne comprendraient et ne cautionneraient pas, résistant ainsi à la nouvelle organisation mise en place.

Cela est d'autant plus important que, le deuxième enjeu, la réorganisation de l'offre chirurgicale n'a rien de simple. Cela pose des questions qui sont, à la fois douloureuses pour les praticiens qui doivent transformer une part de leur activité, et, pleines d'incertitude, puisqu'il est encore très difficile d'anticiper avec précision les conséquences des choix stratégiques qui seront faits. Ainsi, par exemple, la légitimité des doublons d'activité qui existent sur les deux sites (viscéral, orthopédie, gynécologie, ORL) pose question. Certes, seuls 13 km séparent les deux établissements, toutefois, les bassins de population diffèrent et le risque d'une fuite de part de marché est grand si les activités sont regroupées sur un seul site. Dès lors, le compromis se fera avant tout entre la volonté de la communauté médicale et le projet de site unique.

Enfin, l'enjeu d'accompagnement du changement ne passe pas que par les équipes médicales. Comme l'expliquait Jean-Pierre Dumont³, la fusion est souvent vécue comme une épreuve par le personnel des hôpitaux, même en l'absence d'une transformation profonde de la nature de leurs activités. Ceux-ci voient remettre en cause leurs conditions d'exercice avec la mise en place d'une hiérarchie nouvelle, de normes uniformisées avec le nouvel établissement. Par ailleurs, ils y voient une épreuve identitaire qu'il ne faut pas négliger. Pour pouvoir constituer une équipe médicale unique qui fonctionne, ces éléments doivent être pris en compte dans la méthodologie de travail retenue pour la fusion.

Dans ce contexte et en tenant compte de la multiplicité des enjeux et des buts poursuivis, comment permettre et favoriser ces rapprochements voire des débuts de coopération ? Comment faciliter la communication entre des pôles de différents établissements et leur projection dans un pôle commun à une échéance proche ?

Si le contexte de ce rapprochement des pôles en vue d'une fusion est particulier et spécifique au GHNE, le processus de rapprochement puis de fusion est une situation dont les GHT présagent de la multiplication. Pouvoir analyser cette situation en tant qu'élève directeur me permettra ultérieurement d'avoir déjà une première expérience et une première approche de celle-ci.

L'objectif de ce mémoire est d'appréhender les enjeux de ce rapprochement avant une fusion, de comparer les différentes méthodologies qui ont pu être mises en place par

³ DUMONT J.-P., 2006, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences sociales et santé*, Volume 24 Numéro 4, p.98

d'autres établissements, et décrites par la littérature, pour s'y préparer, à la situation spécifique du GHNE et d'en identifier les forces ainsi que les faiblesses. Il s'agit également d'appréhender ce qu'englobe la notion de fusion pour les praticiens, la portée qui peut lui être donnée selon la définition donnée aux équipes médicales territoriales.

Afin de rédiger ce mémoire, je me suis appuyée sur, tout d'abord, la littérature existante sur le sujet qui permet d'avoir un retour d'expérience. Par ailleurs, j'ai assisté aux réunions avec chaque pôle puis aux réunions inter-pôles ayant conduit à la rédaction du PMP ainsi qu'aux réunions par spécialités pour décliner le PMP de manière opérationnelle. Enfin, j'ai réalisé des entretiens individuels avec les deux chefs de pôle concernés.

J'ai essayé, dans la mesure du possible, de ne pas m'attarder trop sur les spécificités du GHNE en insistant surtout sur les problématiques les plus communes et les plus transposables : la constitution d'équipes médicales territoriales et la question de la répartition des activités entre des sites fusionnés.

Je souhaite aborder, dans un premier temps, l'objectif du rapprochement des pôles et son contexte (I), puis la constitution d'une équipe médicale unique pour aller au-delà de ces prémisses de fusion qui soulève des problèmes RH mais aussi d'accompagnement au changement (II). Enfin, se pose la question de la répartition des activités entre les deux sites, de la méthodologie choisie pour faire ce choix (III) et de ses objectifs.

I. Le rapprochement des pôles de chirurgie poursuit des objectifs multiples qui s'échelonnent dans le temps et s'appuie sur un contexte qui lui est devenu favorable

Le rapprochement des pôles de chirurgie au sein du GHNE se fait dans un contexte complexe. En effet, outre la constitution d'un Groupement Hospitalier de Territoire qui concerne l'ensemble des établissements français, une fusion annoncée entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier des Deux Vallées conditionne ce rapprochement et rend nécessaire l'approfondissement de ces relations qui ne peuvent demeurer superficielles.

Le Groupement Hospitalier de Territoire Nord Essonne auquel sera rattaché le GHNE comprend le CH2V et le CHO, le site de Juvisy ne dispose plus de service de chirurgie. De ce fait, seuls deux sites sont concernés par ce rapprochement. Orsay et Longjumeau vont donc se rapprocher dans le cadre du GHT puis dans le cadre la fusion.

Cette fusion est souhaitée depuis longtemps par les tutelles et n'a jamais abouti jusqu'ici. En effet, la fusion, « ultime point d'une démarche coopérative, l'aboutissement sous forme intégrée d'une vision territoriale de l'offre de soins, est en général perçue par les professionnels et par les élus comme une négation de l'autonomie (indépendance ?) de chaque établissement »⁴. Cette inquiétude et les résistances qu'elle engendre ont longtemps empêché l'aboutissement du projet de fusion.

Ce qui a permis au contexte de changer est le projet d'établissement unique dont l'horizon est plus lointain que celui de la fusion. En effet, ce projet a pour date de réalisation éventuelle l'année 2024. Celui-ci permet de concevoir la fusion, non pas comme une fin en soi, mais comme une prémisse de l'établissement unique. Ainsi, cet objectif de long terme doit s'articuler avec le calendrier des autres éléments du contexte que sont le GHT à constituer dès 2016 et la fusion qui aura lieu en 2018.

Comment articuler cela dans le temps et quels éléments permettront l'acceptabilité de l'ensemble de ces changements ?

Tout d'abord, afin de mener à terme l'ensemble des projets, tous ne pourront pas être menés en parallèle. Un échelonnement des objectifs dans le temps et une priorisation de ceux-ci devra donc s'opérer (A). Or, longtemps, le contexte a été défavorable à la fusion et a empêché les rapprochements des pôles (B). Aujourd'hui, grâce au projet de construction d'un site unique, le contexte est redevenu favorable (C).

⁴ ZOLEZZI C., mai 2015, **Tout savoir sur la fusion hospitalière**, Presses de l'EHESP, Rennes, p.3

A. Des objectifs multiples qui s'échelonnent dans le temps

1. Des objectifs à court terme : le GHT et la crédibilité du projet COPERMO

A court terme l'objectif est double. D'une part, le GHT Nord-Essonne doit être constitué et la chirurgie est un axe important du Projet Médical Partagé constitutif du GHT même si cet axe n'est pas obligatoire. D'autre part, afin que le projet d'établissement unique puisse être inscrit au COPERMO, la cohérence du PMP avec le dossier déposé ainsi que la capacité du groupe à obtenir un PMP fourni et riche sont des gages de crédibilité et de solidité du projet d'établissement unique.

Du fait de ce double objectif, le PMP rédigé pour le GHT est plus ambitieux que ce qui est attendu dans le cadre des GHT. En effet, sont attendus du GHT, la mise en commun d'un certain nombre de fonctions transversales et la rédaction d'un PMP dont les axes obligatoires ne comprennent pas la chirurgie. Le GHNE s'est saisi de cette opportunité en rédigeant un PMP impliquant toutes les spécialités et avec un contenu vraiment restructurant. Par ailleurs, si la fonction achat est déjà commune, ce GHT a également été l'opportunité de relancer la nécessité de regrouper les achats du groupe en incitant les praticiens à uniformiser leur parc de matériel. En effet, lors d'un déplacement d'un site sur l'autre, notamment en orthopédie, la différence de matériel peut avoir une incidence sur la durée d'intervention et même au-delà. Disposer d'un matériel unique permet aux chirurgiens d'acquérir une maîtrise plus rapide et d'entretenir leur efficacité.

En poursuivant ce double objectif, dans le cadre de la constitution du GHT et de la rédaction du PMP, le contenu de ce dernier doit aller dans le sens des activités et du nombre de lits prévus dans le projet d'établissement unique tout en maintenant les deux sites. Réfléchir le court terme en tenant compte du long terme est assez complexe puisque contraire à la logique de ceux qui, proches de la retraite ou très impliqués dans la gestion des difficultés quotidiennes, ont des difficultés à se projeter dans l'établissement unique dont ils ne feront pas partie ou qu'ils n'appréhendent pas encore tout à fait.

Néanmoins, même pour ceux qui n'auront pas l'occasion de travailler dans l'établissement du site unique, un certain nombre d'éléments les amènent à participer activement à la rédaction du PMP, et donc, aux évolutions qui auront lieu au cours de la phase transitoire avant l'établissement unique. Premièrement, ce qui se fait aujourd'hui permettra à leurs successeurs de travailler dans un établissement mieux organisé et mieux proportionné. Cet horizon, certes lointain, permet cependant, à court terme, à ces équipes de donner une perspective aux jeunes collègues qu'ils recrutent. La démographie médicale actuelle impose aux établissements de trouver des éléments d'attractivité suffisants pour pouvoir assurer la continuité et la permanence des soins. Deuxièmement, sans ce projet d'établissement unique, l'avenir des sites d'Orsay comme de Longjumeau est compromis, pour des raisons financières pour le premier et des raisons patrimoniales pour le second. Il faut donc s'engager dans cette voie pour préserver et améliorer l'activité actuelle.

2. Des objectifs à moyen terme : la fusion

Dans un second temps, interviendra une fusion qui ira plus loin que la coopération établie lors du GHT. En effet, la fusion implique la constitution d'une entité juridique unique et la fusion des pôles. Il n'y aura alors plus qu'un pôle unique, avec un seul chef de pôle pour les deux sites et des chefs de service communs par spécialité bi-site. La notion d'équipe, dans ce contexte, prendra tout son sens.

Les chefs des pôles de chirurgie des établissements du GHNE considèrent que la fusion se définit comme la mise en commun des moyens de plusieurs structures dans le but d'une meilleure organisation globale. La fusion doit donc contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des patients ainsi que la qualité de vie au travail des agents en permettant de mutualiser le temps consacré par chacun à la permanence des soins, par exemple.

Les comparaisons et les références d'autres établissements existent. En effet, « on dénombre entre 4 et 8 fusions par an en France »⁵ entre établissements publics de santé. Pourtant, malgré ce volume, « la littérature est peu diserte sur ce sujet »⁶. Or les problématiques rencontrées par les établissements dans ce contexte sont essentiellement les mêmes. L'expérience de la fusion avec le Centre Hospitalier de Juvisy permet au Groupe Hospitalier Nord Essonne d'être mieux préparé à cette deuxième fusion.

Le décret GHT permet d'anticiper sur certains aspects de la fusion. Il en va ainsi de la mise en place de pôles multi-sites avec un unique chef de pôle pour l'ensemble des établissements concernés. Néanmoins, tant que les établissements ne sont pas fusionnés, choisir un unique chef de pôle semble contre-productif, cette nomination risquerait, en effet, de créer des tensions inutiles. Sans anticiper inutilement sur certaines évolutions induites par la fusion, le GHT doit permettre à celle-ci de se passer dans de bonnes conditions. Le GHT permet, par exemple, d'anticiper les rapprochements des équipes médicales qui auraient également dû se faire préalablement à la fusion.

Néanmoins, la fusion coïncide avec la date de renouvellement d'autorisation de la chirurgie, ce qui ajoute un élément supplémentaire dont il faudra tenir compte. Maintenir l'activité chirurgicale sur les deux sites nécessite de maintenir l'autorisation de chirurgie sur les deux sites. Or en l'absence de fusion, en tant qu'établissement chirurgical isolé, le site chirurgical d'Orsay est dans une situation précaire. En effet, si l'on compare l'activité et le dimensionnement du site Orsay à ceux du CASH de Nanterre dont la perte d'autorisation de chirurgie pour juillet 2016 a été confirmée, on s'aperçoit d'importantes similarités (annexe 2).

⁵ ZOLEZZI C., mai 2015, **Tout savoir sur la fusion hospitalière**, Presses de l'EHESP, Rennes, p.19

⁶ Ibid, p.8

Dès lors, la fusion doit également être pensée dans cette perspective et venir conforter l'autorisation de chirurgie d'Orsay en l'adossant à la structure de Longjumeau mais doit également renforcer sa pertinence par une réorganisation de ses capacités et de la nature de ses activités.

3. Des objectifs à long terme : le projet d'établissement unique

Il est intéressant de constater que, « la construction collective d'une nouvelle identité portée par un projet fort »⁷ à laquelle la fusion devrait aboutir s'articule autour du projet d'établissement unique et non autour de la fusion. La fusion permet de commencer à créer cette identité mais elle n'aura de sens que lorsque l'ensemble du groupement sera réuni sur un même site.

Le rapprochement des pôles doit permettre à long terme de préparer la réunion sur un même site de tous les praticiens du groupement. En créant dès aujourd'hui des collaborations et des échanges, les équipes qui seront constituées au sein de l'établissement unique auront déjà une identité et une cohésion. Cela permettra également plus facilement la désignation et le choix des chefs de service et de pôle qui devront déjà se faire au moment de la fusion.

Enfin, le rapprochement des pôles doit également contribuer à anticiper des déménagements au moment de l'établissement unique. Cela implique d'anticiper l'aménagement des services qui ne déménageront pas et de faciliter les transitions en anticipant le capacitaire.

Ainsi, sur une période inférieure à 10 ans, le rapprochement des pôles vise 3 objectifs, certes progressifs en termes de rapprochement, mais différents par leur nature et par leurs exigences. L'articulation logique et temporelle de ceux-ci est donc particulièrement complexe et contribue au particularisme de la situation du GHNE.

B. Un contexte qui a longtemps été défavorable à cette évolution

1. Les CHL et le CHO, des établissements peu éloignés et de taille moyenne

La proximité géographique de ces deux sites et leur volume d'activité relativement modestes ont, à de multiples reprises, incité les tutelles à souhaiter qu'ils coopèrent. Les difficultés rencontrées pour réussir cette coopération s'expliquent, tout d'abord, par la grande similarité des établissements qui diffèrent essentiellement par le volume d'activité chirurgical.

⁷ ZOLEZZI C., mai 2015, **Tout savoir sur la fusion hospitalière**, Presses de l'EHESP, Rennes, Préface d'Edouard Couty, p.5

Les pôles de chirurgie d'Orsay comme de Longjumeau représentent un volume de chirurgie assez modeste. Ainsi, le pôle Anesthésie Bloc Chirurgie du CH2V dispose de 55 lits dans les services de chirurgie et de 7 places en Unité de Chirurgie Ambulatoire. Pour sa part, le pôle chirurgie d'Orsay dispose de 30 lits dans les services de chirurgie et 5 places de chirurgie ambulatoire. Cet écart de capacitaire s'accompagne d'une fréquentation différente puisque, pour l'année 2015, le pôle ABC a enregistré 5 971 RUM dont la valorisation T2A atteint les 15 millions d'euros alors qu'avec 2 922 RUM, le pôle chirurgie d'Orsay a une valorisation T2A de 7 millions d'euros. Ces deux établissements cumulés ne représentent, en 2015, que 1% de la part de marché de la chirurgie en hospitalisation complète de leur région en 2014 : 0,7% pour le CHL et 0,3% pour le CHO (pour comparaison, le Centre Hospitalier Sud Francilien en représente 1,1%, le Centre Hospitalier Sud Essonne 0,4% et l'hôpital Lariboisière 1,5%). En ambulatoire, la répartition est plus proche avec 0,3% pour le CHL et 0,2% pour le CHO (0,5% pour le CHSF, 0,3% pour le CHSE, 1% pour l'hôpital Lariboisière⁸). Cela s'explique par la concurrence du secteur privé et la présence d'autres établissements publics dans la région ainsi que par l'attractivité de l'AP-HP.

Cette comparaison doit tenir compte d'un contour des pôles qui n'est tout à fait identique, en effet, l'activité d'endoscopie ambulatoire est prise en compte dans le pôle ABC et pas dans le pôle chirurgie d'Orsay. Cette différence n'a pas compromis le rapprochement des pôles mais complique la comparaison. D'ailleurs, un préalable à tout rapprochement d'établissement doit être l'harmonisation des périmètres de la gouvernance polaire pour permettre des échanges constructifs et complets.

Pour exercer son activité chirurgicale, le site de Longjumeau dispose de deux blocs opératoires, un au 1^{er} étage et un au 2^{ème} étage. Le bloc du deuxième étage, doté de deux salles, a une salle de réveil qui fonctionne entre 9h à 17h. Celle du bloc du premier étage, doté de 4 salles plus une salle d'urgences maternité, est ouverte de 9h à 17h. Cependant, la SSPI est ouvrable 24/24 puisque le personnel de garde permet d'assurer cette continuité. Le CHO ne dispose que d'un seul bloc, doté de 3 salles plus une salle d'urgences maternité, avec une salle de réveil ouverte de 8h30 à 17h30. Les taux d'occupation de ces salles ne satisfont pas aux objectifs de l'ANAP en étant inférieurs à 80%.

Si les tailles diffèrent, en termes de spécialités, la proximité est pourtant assez grande entre les deux établissements : viscéral, gynécologie, ORL, orthopédie sont des activités communes et les deux sites disposent d'une maternité. Longjumeau propose de l'ophtalmologie, de la chirurgie plastique et de la maxillo-faciale. De son côté, Orsay est le seul établissement du GHNE à avoir une offre de chirurgie bariatrique, de sénologie et de

⁸ Hospidiag, disponible sur : http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.accueil_hd.sas

chirurgie pédiatrique. Une permanence des soins existe sur chacun des sites pour le viscéral, l'orthopédie et l'ORL.

Par ailleurs, les deux sites disposent de services d'urgence qui constituent une partie majeure de leur recrutement chirurgical (51% des patients en HC à Longjumeau étaient issus des urgences en 2014, 58% à Orsay). Cette part importante des urgences dans l'activité des sites a des conséquences sur leur organisation. En effet, « Si l'on tient compte du mode d'entrée des patients, on découvre que la dispersion des IPDMS s'explique alors fortement par le pourcentage d'entrées par les urgences, quel que soit le statut privé ou public de l'établissement. »⁹ Cela nécessite donc des efforts particuliers d'amélioration des pratiques sur les deux sites pour arriver à des IPDMS inférieurs à 1.

Ainsi, ces deux sites peu éloignés proposent des activités chirurgicales très similaires. L'idée d'un rapprochement entre les deux sites a longtemps fait craindre que l'activité d'un site soit absorbée par l'autre pour rationaliser l'offre de soin. Par ailleurs, les coopérations entre des sites aussi similaires sont plus difficiles à envisager que si le rapprochement se faisait avec un établissement dépourvu d'offre de chirurgicale ou proposant de la chirurgie de recours.

2. L'idée d'une fusion n'est pas neuve

L'idée d'une fusion ou, plus précisément, d'une coopération entre Orsay et Longjumeau, n'est pas neuve. Dès 1994, avait été envisagée une coopération entre le CH de Longjumeau et le CH d'Orsay. Or celle-ci s'est heurtée à des résistances de part et d'autre. L'échec du Syndicat Inter-Hospitalier Nord-Essonne témoigne de cette difficulté. Ce SIH avait pour objet de créer un service d'accueil des urgences bi-site mais n'a, dans les faits, jamais fonctionné.¹⁰

Depuis février 2003, le CHL et le CHO partagent une direction commune. Cette direction commune a mis un certain temps à prendre toute son ampleur. Dans un premier temps, seul le directeur général faisait le lien entre les deux directions. Puis, la direction des finances et des systèmes d'information a été mutualisée pour les deux sites. Dans un troisième temps, les autres directions ont été mutualisées une par une jusqu'à ce que la direction soit véritablement commune. Certaines fonctions sont, malgré tout, restées distinctes assez longtemps comme la fonction achat.

⁹ PAUL E., PHELEP J-C., GEORGES-PICOT A., 2016, « Dossier : coopération public/privé », *Gestions hospitalières*, p.172

¹⁰ Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France, 14 octobre 2010, « Rapport d'observations définitives, centre hospitalier de Longjumeau (91) », p.25

Cette logique, assez similaire à celle des GHT, a permis la mise en place d'une véritable direction de groupe. Celle-ci était un préalable au rapprochement souhaité entre les établissements. En effet, « La mise en place d'une direction commune peut contribuer à la préparation dans de bonnes conditions d'une opération de fusion »¹¹. Ce préalable a permis aux établissements de mieux se connaître et de se rapprocher progressivement.

Si les équipes administratives ont su se rapprocher rapidement, la direction commune n'a pas suffi au rapprochement des équipes médicales. La structuration de cette collaboration passe par la rédaction d'un projet médical aujourd'hui dénommé partagé, auparavant projet médical commun. Dès 2008, les travaux du PMC avaient commencé et des groupes de travail mis en place. Une ébauche d'un projet médical commun a été élaborée. En matière de chirurgie, elle organisait deux fédérations inter hospitalières en chirurgies viscérale et orthopédique. Cependant, ce projet n'a jamais abouti faute de consensus médical.

Relancé fin 2011, un projet médical commun a de nouveau échoué et la défiance des communautés médicales et politiques des deux sites qui ont suivi, ont créé de sérieuses difficultés dans la mise en place d'une stratégie publique de groupe.

Au final, ce sont des facteurs contraignants comme des effectifs insuffisants et des difficultés de recrutement qui ont véritablement incité les équipes médicales à se rapprocher. Ainsi, le rapprochement des équipes de chirurgie dans la constitution de listes de gardes ou d'astreinte a pu se faire du fait des effectifs limités de chirurgiens sur chaque site qui rend particulièrement contraignante l'organisation de permanences des soins séparées.

Malgré cela, sans une réorganisation des astreintes et des gardes pour réfléchir d'un point de vue de groupement, les contraintes de la permanence des soins restent fortes tout en étant réparties sur un effectif supérieur de chirurgien. C'est pourquoi, au-delà de ces premières esquisses de coopération, une fusion est souhaitée pour constituer de véritables équipes communes et une organisation des soins réfléchi au niveau du groupe.

3. Jusqu'ici l'idée a échoué mais des projets de coopération ont abouti

Comme expliqué au-dessus, l'une des organisations mises en place au sein du groupe est la mutualisation d'astreintes ou de gardes pour le site. Ces mutualisations permettant d'alléger la charge de travail des équipes ont pris différentes formes selon les spécialités.

En orthopédie, les chirurgiens sont d'astreinte opérationnelle sur les deux sites en même temps, ils effectuent donc les visites sur les deux sites et opèrent sur les deux sites.

¹¹ ZOLEZZI C., mai 2015, **Tout savoir sur la fusion hospitalière**, Presses de l'EHESP, Rennes, p.35

Pour l'ORL, l'astreinte opérationnelle est commune du lundi au jeudi et spécifique à chaque site du vendredi soir au lundi matin ainsi que les jours fériés.

Enfin, en chirurgie viscérale, les chirurgiens du groupement participent à la fois à la liste de garde du site de Longjumeau et à la liste d'astreinte du site d'Orsay. Il y a donc mutualisation des moyens et répartition de la charge de travail entre eux puisque l'astreinte à Orsay induit une charge de travail plus faible que la garde à Longjumeau.

Ces différentes modalités de coopération ont été adaptées au cas spécifique de chaque spécialité et se sont heurtées, à chaque fois, à de nombreuses résistances. Cela a, néanmoins, été mené à bout car les praticiens y voyaient leur intérêt en termes de réduction du nombre d'astreintes effectuées par chacun ou en termes financiers. Aujourd'hui les équipes se connaissent, travaillent ensemble, et sont donc plus disposées à la rédaction d'un projet médical partagé.

Bien que ces organisations soient mises en place et qu'il ne soit plus question de revenir en arrière, de nombreuses difficultés sont encore soulevées. En orthopédie, par exemple, le fait que les praticiens opèrent sur les deux sites les amène à interroger le matériel utilisé, différent sur les deux sites, et la question de ce qui doit ou non être opéré en période de permanence des soins. Or ces problématiques, introduites par cette astreinte commune, auraient également dû être traitées dans le cadre du projet médical partagé. Il est plus aisé et plus intéressant de l'aborder sous cet angle-ci.

Par ailleurs, ont également été développés des contrats de praticiens à temps partagé sur les deux sites. Cette organisation facilite la notion d'équipe médicale territoriale et permet aux deux sites d'avoir accès à un certain nombre de spécialités. Ainsi, un plasticien, pourtant officiellement rattaché au site de Longjumeau, exerce également à Orsay pour compléter la filière de prise en charge de l'obésité. Inversement, les chirurgiens d'Orsay ont la possibilité d'opérer des cancers sur le site de Longjumeau, l'autorisation n'étant plus accordée au site d'Orsay.

Enfin, dans le cadre du plan triennal, se développent aujourd'hui des échanges entre les cadres supérieurs et les cadres de santé des pôles. Cela permet de partager et d'harmoniser les pratiques et les procédures qui existent au sein des deux établissements.

C. Un contexte qui, aujourd'hui, va dans le sens d'une fusion

1. Les enjeux d'une fusion entre deux pôles de chirurgie sont forts

Comme le constatait l'IGAS en 2012, dans le secteur de la chirurgie, les opérations de rationalisation et de fusion ont été ambivalentes et souvent repoussées. Pourtant l'IGAS suggère que ces réorganisations sont indispensables : « *Les blocs opératoires restent trop éparpillés, un quart d'entre eux ont un temps d'ouverture trop faible et le nombre de sites de gardes en chirurgie est excessif, au regard du temps d'utilisation des blocs opératoires la nuit et le week-end. De plus, si le développement de la chirurgie ambulatoire est une*

bonne chose, notamment en raison de son impact positif sur l'organisation et les pratiques des professionnels, elle n'est pas une panacée, notamment pour les plus petits établissements confrontés à une faible activité. »¹²

Plusieurs éléments soulevés par l'IGAS et qui justifient une réorganisation s'appliquent au cas spécifique du GHNE :

- Le fonctionnement des blocs des deux sites n'est pas optimisé. A Orsay comme à Longjumeau, les SSPI ferment avant 17h30. Les chirurgiens cessent donc leur programme opératoire vers 16h voire 15h30. De ce fait, les plages opératoires de l'après-midi sont relativement limitées et peu intéressantes pour les chirurgiens. Ce manque d'attractivité des plages de l'après-midi nuit aux taux d'occupation des blocs qui n'atteignent pas le taux de 80%.

- Les taux d'occupation des lits du GHNE sont inégaux. On constate des taux d'occupation annuels plus faibles à Orsay qu'à Longjumeau. En effet, ce taux est plus élevé à Longjumeau grâce à une réorganisation plus récente que celle ayant eu lieu à Orsay. La faiblesse de ce taux d'occupation sur le site d'Orsay, au regard de la volonté de préserver l'autorisation de chirurgie sur le site, nécessite une réorganisation.

- Le poids de la permanence et de la continuité des soins qui, sur les deux sites, repose sur des équipes de taille réduite. Ainsi, l'astreinte de chirurgie viscérale sur le site d'Orsay était organisée avec 3 praticiens temps plein. Les effectifs d'ORL, à 1,8 ETP sur Orsay et 2,1 ETP sur le site de Longjumeau rendent particulièrement pesante l'organisation d'une permanence de soin autonome le week-end sur chaque site. Pouvoir trouver des modalités de fonctionnement permettant de mutualiser ces temps de permanence des soins accroît la qualité de vie au travail des praticiens mais aussi la qualité de la prise en charge des patients.

2. L'essentiel des critères de réussite d'une fusion sont aujourd'hui réunis

L'idée d'une fusion entre le CHL et le CHO dont on a pu voir qu'elle n'est pas nouvelle s'appuie désormais sur plusieurs éléments qui permettent d'envisager une issue positive à celle-ci. Si l'on part des 6 critères que l'IGAS a identifiés comme éléments-clé de succès d'une fusion entre deux établissements, le cas du CH2V, aujourd'hui, et du CHO présente une situation très favorable en répondant positivement à 4 de ces 6 critères.

Les 6 critères relevés par l'IGAS qui peuvent nuire à la fusion sont les suivants :

1. *« un temps de trajet important (supérieur à 45 minutes) entre les deux établissements, car cette situation nuit à l'organisation des activités (transport de patients, réunions sur les deux sites induisant un temps de trajet important), risque*

¹² IGAS, 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? », p.4

de susciter des réticences des personnels, notamment médicaux, à exercer sur le site éloigné de leur lieu de travail habituel. » Dans le cas de la fusion du CHO et du CH2V, cet élément n'est pas bloquant. En voiture, le temps de trajet est d'environ 30 minutes. Par contre, pour le personnel se déplaçant en transport en commun, les allers-retours entre les sites sont difficilement envisageables, les deux villes étant très mal reliées entre elles par les transports en commun.

2. *« la mauvaise santé financière des établissements parties prenantes de la fusion est un élément de complication, a fortiori lorsque tous les établissements sont en difficulté financière [...]. Ainsi, lorsque l'activité de deux établissements est complémentaire [...], mais que la structure financière des établissements est trop divergente, l'intérêt bien compris de l'établissement « bien portant » (qui souhaite préserver sa capacité d'investissement) peut le conduire à rejeter toute perspective de rapprochement, même lorsque celle-ci paraît pertinente du point de vue du régulateur. Le cas des fusions de plusieurs établissements mal portants [...] est encore plus problématique, la mission ayant montré supra (2.2.2.) que la fusion n'était pas le levier le plus approprié pour redresser la situation financière d'un EPS en déficit. »* Le CH2V et du CHO sont tous deux en PREF, la lecture de l'IGAS de cette situation serait donc plutôt négative. Or cela n'est pas si simple dans le cas du GHNE. En effet, le CHO a une situation de trésorerie bien plus préoccupante que celle du site de Longjumeau. De ce fait, le site d'Orsay qui est le plus inquieté par la fusion est aussi le site qui a le plus besoin d'une trésorerie commune avec Longjumeau pour rester dans une situation tenable. S'il est vrai qu'en termes budgétaires, la fusion ne sera pas nécessairement positive, en tout cas, la mise en commun de la trésorerie présente des avantages pour une structure en difficulté.

3. *« la fusion entre deux établissements moyens ou grands de taille voisine apparaît comme une opération particulièrement difficile, alors que la fusion d'un « petit » établissement avec un « gros » semble poser moins de problèmes. Au-delà d'une certaine taille, la fusion entre égaux semble ainsi maximiser les inconvénients de la grande taille : complexité de la gouvernance, des économies d'échelle, difficultés managériales et de conduite de projet dans un environnement particulièrement complexe et sensible, etc. L'opération paraît particulièrement risquée lorsque, pour reprendre le quatrième élément, les deux établissements étaient frontalement concurrents et de ce fait peu complémentaires. »* Le CH2V comme le CHO sont des établissements de taille moyenne comme cela a pu être vu plus haut. Néanmoins, en termes de volume, il existe un écart important puisque, comme cela a pu être montré dans le cas des pôles de chirurgie, le rapport entre le CH2V et le CHO est de 1 à 2. Cette situation est finalement assez classique dans les opérations de fusion puisque dans 55% des cas, on constate un écart de plus de 50% du nombre de lits d'hospitalisation complète entre les établissements réunis par la

fusion¹³. Malgré cet écart de taille, il s'agit bien d'un rapprochement de deux sites de taille moyenne qui ne sont toutefois, malgré leur proximité, pas dans une situation de concurrence frontale. Cela s'explique par la différence des bassins de vie qui sera vu ci-dessous. Ainsi, si ce critère ne facilitera pas la fusion, il ne l'empêchera pas non plus.

4. « *si les deux hôpitaux se situent sur des bassins de vie trop différents [...] et que les patients ont par ailleurs la possibilité de se faire soigner dans d'autres structures, leur fusion est à la merci d'une augmentation du taux de fuite, qui interdira au nouvel établissement de récupérer l'activité de ses deux composantes.* » Cet élément-ci est particulièrement pertinent dans ce cas puisque, comme nous l'avons vu, les flux en Essonne sont plutôt Sud-Nord, la disparition d'une activité sur un site n'entraînera pas un déplacement massif d'activité vers l'autre site du GHNE mais une hausse du taux de fuite. Il y aura soit une reprise de l'activité par l'une des cliniques avoisinantes, soit un transfert vers les structures de l'AP-HP.
5. « *les deux structures doivent trouver des complémentarités d'activité, et ne pas être en concurrence, ou totalement indépendantes l'un de l'autre.* » Justement, le CHO et le CH2V ne se trouvent pas dans cette situation. Les spécialités chirurgicales des deux sites sont d'une grande ressemblance. Elles ne sont pas complémentaires, elles font doublon. Or, du fait de la remarque liée à la fuite de la population vers d'autres établissements, réduire ces doublons ne permettrait pas d'accroître naturellement les activités devenues mono-site. Cet élément n'est donc pas favorable à la fusion.
6. Enfin, l'implication des directeurs et de l'ensemble des parties prenantes à la fusion est le dernier critère mentionné par le rapport de l'IGAS. Si jusqu'ici ce critère n'était pas rempli, il l'est désormais grâce au projet d'établissement unique. Or c'est ce critère qui est, finalement, le critère le plus déterminant dans la décision de s'engager vers une fusion.

Ainsi, les raisons de fusionner sont nombreuses, toutefois la fusion devra tenir compte des facteurs qui menacent sa réussite : la différence des bassins de vie et les doublons d'activité qui caractérisent les deux pôles de chirurgie. Portée par la direction, la fusion devrait désormais avoir lieu au 1^{er} janvier 2018. Si elle avait été pensée et suggérée par le passé, celle-ci n'avait jamais encore aboutie. Le renouvellement et la restructuration de la direction, ainsi que l'implication des représentants médicaux ont permis de rendre possible cette fusion.

¹³ ZOLEZZI C., mai 2015, **Tout savoir sur la fusion hospitalière**, Presses de l'EHESP, Rennes, p.19

3. L'implication de la direction et des représentants médicaux a permis d'établir et de valider le principe de la fusion

La réponse aux cinq premiers critères mentionnés ci-dessous a été, finalement, assez stable dans le temps. Ce qui a véritablement changé est l'implication de la direction et du corps médical dans la volonté de fusion. Il ne suffisait pas que la direction s'engage, l'implication du corps médical est indispensable pour permettre de vrais échanges entre établissements et pour repenser les partages d'activité.

Les communautés médicales qui buttaient sur la question des tailles des établissements et la peur que l'établissement de plus petite taille soit absorbé par le plus grand, ont pu surmonter cette inquiétude en concevant un établissement commun dans lequel ils seraient tous réunis. Plutôt que la fusion se traduise en un rapport de force pour conserver ses lits et son activité, elle devient une première étape, un rapprochement avant la mise en commun des moyens et des équipes pour travailler ensemble.

Cela étant, avant que l'établissement unique ne soit construit et que les médecins puissent travailler ensemble sur un même site, une transition est nécessaire et doit permettre aux sites de continuer à exister et à fonctionner jusqu'à cette date. En outre, cette phase transitoire doit permettre de convaincre les tutelles que les communautés médicales sont suffisamment impliquées dans ce projet d'établissement unique pour faire les efforts d'adaptation nécessaire pendant la période de transition.

Or autant, les communautés médicales ont adhéré au projet d'établissement unique, autant les étapes transitoires sont plus difficiles et leur échéance est beaucoup plus proche dans le temps. Le rapprochement des pôles et la réussite de la fusion repose donc sur la capacité qu'aura l'équipe de direction, autant par la méthode retenue, que par la méthode de communication proposée, à impliquer les médecins dans cette phase transitoire.

Cette implication passe par deux éléments principaux, la constitution d'équipes territoriales qui travailleront sur l'ensemble du groupement et la rédaction d'un projet médical partagé qui définira la répartition des rôles et des activités entre les sites.

II. La constitution d'une équipe médicale unique, clé de voûte d'une fusion réussie, reste une étape encore très fragile et difficile à enclencher

Les conséquences de la fusion n'affectent pas exclusivement le personnel médical, en effet, comme l'explique Jean-Pierre Dumont¹⁴, pour l'ensemble des catégories de personnel, les fusions impliquent une remise en cause de leurs organisations de travail et, éventuellement, des possibilités de travailler sur plusieurs sites. Néanmoins, dans le rapprochement des pôles de chirurgie, la première étape est la constitution des équipes médicales uniques qui devront fonctionner ensemble même avant la fusion et rédiger un projet médical partagé.

S'il est admis que l'implication des médecins est un critère déterminant dans la réussite des fusions, les modalités de celle-ci ne sont pas encore consensuelles. D'ailleurs, les expériences des différentes fusions montrent que le positionnement des médecins dans la rédaction du PMP varie grandement selon les établissements. En effet, la rédaction d'un PMP nécessite de prendre du recul par rapport aux spécificités de chaque établissement en appréhendant le groupement comme un ensemble. Se pose la question de la méthodologie qui permet d'aboutir à cela ainsi que les acteurs les mieux placés pour y participer.

Outre la rédaction du PMP, la constitution d'une équipe médicale commune passe par la mise en place d'une équipe médicale territoriale dans le cadre du GHT puis d'une équipe commune lors de la fusion. Or, la définition de l'équipe médicale territoriale que les médecins doivent constituer est à contours variables. Selon la portée qui est donnée à cette notion d'équipe, le degré de coopération nécessaire entre les médecins des différents sites sera variable.

Dans ce contexte, un plan d'action a été déterminé pour permettre, d'une part, la constitution d'équipes médicales territoriales en permettant des échanges autour des pratiques médicales et de l'organisation de la permanence des soins sur chaque site et, d'autre part, la rédaction du PMP. Celui-ci a dû tenir compte du contexte et des éléments de calendrier qui s'imposaient à la réorganisation. Si ce plan d'action a été respecté et a permis d'aboutir à la rédaction d'un PMP, il a néanmoins fait preuve de certaines limites.

Quels acteurs mobiliser et quel rôle leur donner pour atteindre ces objectifs ? Quelle méthodologie employer pour permettre à la fois la rédaction d'un PMP cohérent et ambitieux tout en rassemblant les équipes médicales autour de ce projet ? La rédaction du

¹⁴ DUMONT J.-P., 2006, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences sociales et santé*, Volume 24 Numéro 4, p.98

PMP n'est-elle pas l'occasion pour les équipes médicales des deux sites de s'entendre sur leurs visions respective de ce que doivent être les équipes médicales territoriales ?

A. Le rôle des médecins dans le rapprochement des pôles

1. Une démarche entièrement participative dans le cadre de la rédaction du PMP aux résultats souvent insatisfaisants

« Le projet médical est le cœur atomique d'un projet d'établissement »¹⁵, la difficulté est que le PMP ne soit pas une simple « juxtaposition des activités existantes mais bien la construction d'une perspective nouvelle »¹⁶. Or dans ce contexte, la gestion de projet pourrait être entièrement déléguée aux médecins. En effet, ce sont eux qui mettent en œuvre quotidiennement les engagements pris dans le cadre du projet médical. Ce sont également eux qui connaissent le mieux la nature de leurs activités.

Pourtant, cette méthodologie n'a pas toujours de bons résultats. Ainsi, lors de la fusion ayant permis la création du nouvel établissement du Groupement Hospitalier Mutualiste des Portes-du-Sud, le constat d'un échec d'une réflexion plus transversale conduite par les médecins uniquement a été fait. En effet, la participation et la contribution à ces réunions étaient faibles. Cela s'explique, d'une part, par la masse de travail nécessaire pour arriver à rédiger un PMP qui peut être décourageante, par la diversité des spécialités qui engendrent des débats qui peuvent ne pas concerner l'ensemble des participants et donc en démotiver, et par la difficulté de mener des réunions avec autant d'intervenants tout en tenant l'agenda prévu. De ce fait, dans ce cas précis, les arbitrages ont été arrêtés par la direction puis soumis à la CME pour avis.¹⁷ La méthodologie initiale a donc été revue au cours du projet.

Outre les difficultés mentionnées, l'un des grands risques de la démarche participative est que le projet ne soit pas lisible pour tous. Certes, le projet connaîtra des allers-retours et des hésitations. Si cela est tout à fait habituel, ces éléments d'incertitude et d'hésitation peuvent nuire au bon déroulement du projet en incitant à des positions défensives dès lors qu'une communication trop importante en est faite. Il faut donc savoir accepter de restreindre le comité de décision avant de l'étendre, par la suite, pour être plus clair et ne pas se perdre dans les messages et les informations qui sont diffusés¹⁸.

Dès lors, se pose la question des acteurs à impliquer dans ces comités restreints de décision et du rôle particulier qu'il faudra accorder aux médecins ayant des fonctions

¹⁵ HAAS D., LEBRUN D., SECHER J.-E., CANIARD E., 2012, **Des restructurations hospitalières et des hommes**, Presses de l'EHESP, Propos de Didier Haas, p.35

¹⁶ Ibid, Propos de Didier Haas, p.35

¹⁷ Ibid, Propos de Dominique Lebrun, p.36

¹⁸ Ibid, Propos de Dominique Lebrun, p.31

institutionnelles reconnues et importantes. L'implication de l'ensemble des chefs de service allant à l'encontre du principe d'un comité restreint, les acteurs à mobiliser de manière logique sont les PCME et les vice-PCME mais se pose également la question de l'éventuelle implication des chefs de pôle qui, selon leur positionnement et leur légitimité, peuvent être des membres essentiels à la rédaction du projet.

2. Le rôle plus particulier des PCME et chefs de pôle

Les présidents de Commission Médicale représentent l'ensemble du corps médical. Ils doivent donc avoir une vision transversale de l'ensemble des activités. Ainsi, le président de la CME est également chargé d' « élaborer[r] avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement »¹⁹.

En tant qu'acteur central dans la rédaction des projets médicaux, le PCME est souvent associé comme interlocuteur premier à la rédaction du PMP. Pour certains, « La conception du projet médical unique offre l'occasion d'organiser des groupes de travail animés par les présidents de CME, en amont de la fusion, pour décrire les collaborations envisageables sur le plan médical »²⁰. Cette organisation nécessite de faire animer par des PCME de sites différents des groupes de travail.

Le rôle des chefs de pôle est moins transversal puisqu'ils agissent avant tout dans l'intérêt de leur pôle mais ils coordonnent tout de même des spécialités différentes des leurs. En tant que représentants de leur pôle, leur participation au PMP est donc indispensable. Outre leur fonction de représentants, ils sont aussi des puissants vecteurs de communication au sein du pôle. Laisser ce rôle uniquement aux PCME paraît compliqué. Certes, cela permet d'avoir une meilleure maîtrise de l'information qui est diffusée, mais l'on réduit ainsi la possibilité de diffusion de l'information auprès des communautés médicales et on ne fait reposer ce projet que sur un nombre très limité de médecins. L'implication des chefs de pôle permet de donner plus de légitimité au PMP.

La légitimité de l'implication des chefs de pôle dépendra du poids donné aux pôles dans la gouvernance de l'établissement. Or, depuis deux ans, le GHNE a fait d'importants efforts pour renforcer la gouvernance en pôle en donnant une importance toute particulière à l'exécutif de pôle qui, soutenu et aidé par les directions fonctionnelles, doit avoir un rôle de prise de décision et d'orientation de l'activité de son pôle. Dans ce contexte, la participation des chefs de pôle aux comités restreint a une véritable légitimité institutionnelle.

Ainsi, autant pour des raisons de fonctionnement institutionnel que pour renforcer la légitimité du PMP sur le plan médical, le choix a été fait d'impliquer les PCME et les chefs

¹⁹ Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009, relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé

²⁰ ZOLEZZI C., mai 2015, **Tout savoir sur la fusion hospitalière**, Presses de l'EHESP, Rennes, p.43

de pôle. Afin de préserver la taille des groupes de travail malgré le nombre important de participants à la rédaction du PMP, le choix a été fait de créer des groupes de travail par pôles plutôt que de réunir uniquement un comité stratégique central.

Une autre possibilité aurait pu être de confier le PMP à une personne ressource au sein de l'hôpital, avec suffisamment d'expérience et d'ouverture d'esprit, pour être force de proposition sans créer de blocage. Des praticiens ayant eu des responsabilités institutionnelles auraient pu être proposés. Par ailleurs, dans le cas de pôles de chirurgie, les anesthésistes dont l'approche de la chirurgie est particulièrement transversale, auraient pu parfaitement jouer ce rôle.

3. Une évolution des mentalités parfois moins rapide que l'évolution capacitaire

Afin que le projet médical partagé réussisse, il faudrait, selon Didier Haas, que les médecins arrivent à ne plus se sentir propriétaires de leurs lits et que cette notion perde de son importance au profit de la fluidité et de la souplesse d'utilisation des lits.²¹ Il faudrait donc être capable de se projeter dans ce que pourrait être une activité chirurgicale plus moderne optimisant les parcours patients. Plusieurs axes de développement sont possibles.

Un premier axe peut être le développement de services de chirurgie mutualisés, accueillant toutes les spécialités dans les mêmes lits. Cela permet une meilleure utilisation des lits qui pourront plus facilement s'adapter aux pics d'activité de chaque spécialité lorsque ceux-ci ne coïncident pas. Cette évolution amène donc l'organisation de l'hôpital à évoluer de sa structure traditionnelle, en services, liés au type d'activité, vers un fonctionnement en unités mutualisant plusieurs spécialités dont la cohérence est, cependant, indispensable.

Un deuxième axe est la réduction capacitaire. Le retour que l'ANAP fait du programme gestion des lits montre que « l'optimisation du taux d'occupation des lits [est] corrélée à une diminution de la durée moyenne de séjour. »²² La réduction capacitaire en termes de lits, si elle est accompagnée d'une augmentation des places en ambulatoire et de modification des pratiques médicales, en vue de l'optimisation du parcours patient, n'induit pas nécessairement une réduction de l'activité.

Si la logique de l'optimisation des taux d'utilisation des lits et de la réduction des durées de séjour des patients est désormais acquise par l'ensemble de la communauté médicale, la réduction capacitaire continue à être source d'inquiétude puisqu'elle nécessite,

²¹ HAAS D., LEBRUN D., SECHER J.-E., CANIARD E., 2012, **Des restructurations hospitalières et des hommes**, Presses de l'EHESP, Propos de Didier Haas, p.35-36

²² ANAP, avril 2013, « Gestion des lits, retours d'expérience », disponibilité : <http://documentation.fhp.fr/documents/19075G.pdf>, p.7

pour maintenir l'activité, des modifications dans les pratiques, un effort important de réduction des DMS et conduit à réduire le nombre de lits vacants à disposition en cas d'urgences.

L'importance et le poids de chaque spécialité dans les établissements sont trop souvent mesurés en nombre de lits. De ce fait, l'association entre l'activité et le nombre de lits est spontanément faite. Or, aujourd'hui, des programmes tels que la gestion des lits, menés par l'ANAP, mettent l'accent sur l'activité plutôt que sur le nombre de lits. « Les changements des modes de tarification des soins ont précipité cette bascule d'une gestion des capacités vers une gestion des activités. »²³ Si des progrès, particulièrement forts en chirurgie avec le développement rapide et déjà bien entamé de la chirurgie ambulatoire, sont constatés, les mesures en lits demeurent encore nombreuses. Les maquettes des effectifs par service sont encore construites en fonction du nombre de lit et non du volume et de l'importance de l'activité.

Cette évolution lente des mentalités doit être conciliée avec des restructurations capacitaires qui, dans le cadre du GHNE, arrivent plus rapidement que les mentalités n'évoluent. « La plupart des hôpitaux ayant été conçus autour d'une offre (spécialités médicales, plateaux techniques, hébergement) doivent repenser leur fonctionnement pour mieux intégrer les demandes de prise en charge des patients (notamment dans le cadre des urgences), les protocoles et parcours de soins ville-hôpital, les opportunités de soins « ambulatoires » liées aux nouvelles technologies. »²⁴ Le GHNE a pris conscience de cette nécessité et cela a été pris en compte dans la rédaction du PMP malgré des inquiétudes initiales.

B. La constitution d'une équipe médicale territoriale dont la définition reste très floue

1. L'équipe médicale territoriale, quels contours, quelle mobilité ?

M. Dewitte, directeur général du CHU de Poitiers, lors de la conférence sur les GHT et le territoire qualifiait de floue la notion de l'équipe médicale territoriale²⁵. On ignore quelles sont les modalités précises de son organisation et de son financement. Celles-ci restent à déterminer au niveau du GHT. D'autant que le statut des PH n'est pas particulièrement adapté à cela puisque ces derniers sont rattachés à un établissement unique.

En termes de mobilité, la question de la pertinence de déplacements des médecins sur les deux sites et dans les deux sens se pose. Quelle plus-value ces déplacements

²³ ANAP, avril 2013, « Gestion des lits, retours d'expérience », disponibilité : <http://documentation.fhp.fr/documents/19075G.pdf>, p.6

²⁴ Ibid, p. 6

²⁵ « La chirurgie dans les GHT », Séminaire FHF, 15 avril 2016, Académie Nationale de Chirurgie à Paris, propos de M. Dewitte.

apportent-ils aux établissements ? Que permettent-ils de faire en plus ou de mieux que lorsque les chirurgiens ne se déplaçaient pas ?

Dans certaines GHT, ces déplacements ont permis de préserver de la chirurgie sur les sites sur lesquels les recrutements étaient insuffisants. Or, dans le cas du GHNE, cette difficulté n'en est pas une puisque des chirurgiens en nombre suffisant sont déjà présents sur place. Il existe des difficultés ponctuelles qui peuvent, effectivement, être compensées par des déplacements de chirurgiens d'un site sur l'autre.

Une autre justification aux déplacements serait que des activités différentes soient pratiquées sur les deux sites. Dans le cas du GHNE, cela se vérifie et a lieu. En effet, la cancérologie se pratique uniquement sur le site de Longjumeau et la chirurgie bariatrique, uniquement sur le site d'Orsay. Pour réaliser ces actes, il est donc souhaitable que les chirurgiens se déplacent. Ainsi, la prise en charge de ces patients, organisée sur un seul site, est structurée pour permettre la meilleure prise en charge possible du patient.

Les derniers arguments justifiant de la mobilité peuvent être l'accroissement de l'attractivité de chaque site et la mise en commun de compétences spécifiques. Au sein du GHNE, les chirurgiens d'orthopédie ont fait valoir cet argument, indiquant que l'expérience de certains chirurgiens et leur recrutement de patients permettraient d'accroître l'activité de l'autre site sur lequel ils pourraient intervenir.

Enfin, se pose la question du financement des médecins qui partagent leur temps sur plusieurs établissements. Comment affecter ces dépenses dès lors que l'activité pratiquée sur les différents sites n'est pas identique, que certains se déplacent uniquement pour des consultations ? Le GHNE a fait le choix, dans un premier temps, pour les médecins à temps partagés, de répartir cela en fonction du temps de travail des chirurgiens sur chaque site. Cela reste, cependant, difficile à appliquer pour des praticiens à temps plein sur un site qui effectuent des gardes sur un autre site.

2. L'équipe médicale territoriale et la mise en commun de pratiques

La mise en place de l'équipe médicale territoriale permet la mise en commun de pratiques et, notamment, l'amélioration des procédures qualité sur les deux sites. Les impératifs du virage ambulatoire sont déjà mis en œuvre conjointement sur les deux sites. Les circuits patients des Unités de Chirurgie Ambulatoire, notamment pour la chirurgie non programmée, sont restructurés conjointement, et les modes de fonctionnement en cours d'uniformisation. Ainsi, la pratique des reprogrammations en ambulatoire de patients arrivés aux urgences, pratique assez nouvelle et encore peu développée, se met en place conjointement sur les deux sites.

La restructuration de l'offre de soin prévoit également une réorganisation des blocs opératoires avec une uniformisation des outils et du pilotage, une révision des vacations opératoires prenant en compte les prises en charge médicales bi-site et l'activité ambulatoire. Pour coopérer, il est indispensable que les circuits patients et le système

d'information support de ce circuit soient harmonisés au sein des différents établissements. Cela facilite les échanges et le travail commun.

Cet aspect est celui qui, au cours des réunions PMP par spécialité, a le plus fédéré et intéressé les praticiens. Il permet, à la fois de repenser les organisations mises en place sur les différents sites, et en même temps, d'aborder des pratiques professionnelles qui intéressent et motivent les praticiens.

Proposer aux équipes des staffs communs de manière ponctuelle, des échanges autour de pratiques médicales, mais aussi des dialogues entre cadres de santé et cadres supérieurs par rapport à l'organisation des soins est une première étape vers la rédaction du PMP. Ainsi, les acteurs apprennent à se connaître en échangeant autour d'éléments qui les concernent et les intéressent. Par ailleurs, la mise en commun de pratiques permet de valoriser et d'étendre les bonnes pratiques de chaque site à l'ensemble du groupement.

Dans le cas du GHNE, cet exercice de mise en commun des pratiques a été plébiscité par les chirurgiens orthopédistes et viscéraux. Il prend toutefois des formes différentes. Pour les uns, il s'agit de rester le lendemain de gardes pour discuter ensemble lors des staffs, pour les autres, un véritable staff commun sera organisé une fois par mois en plus de ces lendemains de garde au cours desquels ils participent aux astreintes de l'autre site. Dans des établissements qui auraient un historique moins important que celui du GHNE, cette coopération prendrait une forme plus timide, dans un premier temps et serait, nécessairement, plus longue à mettre en place.

Si cette approche permet de véritablement constituer une équipe médicale unique, elle nécessite un long temps d'adaptation. L'harmonisation des pratiques ne se fait pas rapidement, ainsi, la mise en commun du matériel d'orthopédie a nécessité près de 6 mois pour déboucher sur une solution pour mettre en commun un des clous utilisé par les orthopédistes.

3. L'équipe médicale territoriale nécessite l'harmonisation des temps de travail

Avant de pouvoir espérer que les équipes coopèrent, leur temps de travail doit être harmonisé. Cette problématique est loin d'être spécifique au GHNE. Le professeur Claude Ecoffey²⁶, chef de service du département d'anesthésie au CHU de Rennes expliquait lors de la conférence « chirurgie et GHT » qu'il existe des petits centres hospitaliers qui ont transposé les 39h prévues pour les urgentistes aux anesthésistes afin d'accroître leur attractivité auprès de cette catégorie de praticiens difficile à recruter. Comment faire

²⁶ « La chirurgie dans les GHT », Séminaire FHF, 15 avril 2016, Académie Nationale de Chirurgie à Paris, propos du Pr Ecoffey.

collaborer des anesthésistes aux 39 heures avec des établissements qui fonctionnent par demi-journée ?

Devoir harmoniser le temps de travail de l'ensemble des anesthésistes du GHT inquiète puisque, si le temps de travail le plus avantageux pour les praticiens est retenu, cela a un coût conséquent pour les établissements dont le temps de travail était le plus important. Dans ce cas et pire encore si le choix est inverse, cela contrevient à l'intérêt premier des mesures avantageuses en termes de temps de travail qui avaient pour objectif d'attirer des praticiens sur les petits sites. Cette harmonisation les condamne donc à des difficultés de recrutement médical et à l'éventualité de devoir abandonner certaines activités.

Ce problème se pose également au GHNE. D'ailleurs, l'idée d'une équipe d'anesthésie commune aux deux sites existe et est soulevée depuis longtemps. En effet, au vu de la difficulté de recrutement de ces professionnels, cette mutualisation des équipes pourrait être bénéfique au groupement.

Or des différences de statut gênent ce rapprochement. En effet, à Orsay, les anesthésistes travaillent en 10 demi-journées hebdomadaires alors qu'ils sont à 8 demi-journées à Longjumeau. Il paraît inenvisageable de demander aux praticiens de Longjumeau de passer en 10 demi-journées. Cela aurait, en effet, pour conséquence une dégradation forte de leurs conditions de travail et donc une perte d'attractivité de leurs postes pouvant engendrer des départs. Cela irait dans le sens contraire de l'objectif poursuivi. A l'inverse, dans un contexte où le CHO peine à recruter, le passage à 8 demi-journées l'amènerait à être en sous-effectif.

L'idéal serait de pouvoir proposer à tous les praticiens de passer en 8 demi-journées semaine. Néanmoins, cela implique, soit de trouver une nouvelle organisation du temps de travail des anesthésistes, permettant d'assumer la même charge de travail en étant moins souvent sur place, soit un besoin de recruter des praticiens supplémentaires pour combler l'activité qui ne serait plus couverte par les praticiens déjà en poste. Dans le contexte financier actuel de l'établissement, cela paraît compliqué.

L'harmonisation du temps de travail doit donc être décidée en tenant compte, à la fois de la contrainte d'attractivité des postes, et de la contrainte budgétaire qui pèse sur chaque établissement. Elle doit toutefois être faite pour permettre aux équipes médicales de collaborer dans de bonnes conditions.

C. La méthodologie choisie pour la rédaction du PMP chirurgie

La méthodologie initialement définie n'a pas pu être suivie pour des raisons de calendrier. Il s'agissait de mettre en place des groupes de travail qui auraient élaboré, dans un premier temps, les possibles spécialisations par site en fonction des DMS. Des parcours patients devaient être formalisés pour expliquer le fonctionnement de cette coopération. Un deuxième groupe de travail devait s'atteler à une réflexion autour de la mise en place d'une

UPOG sur l'un des deux sites. Enfin, un troisième groupe de travail devait, à partir de ces activités, définir les moyens humains et matériels nécessaires pour y faire face.

Ces groupes de travail et cette méthode auraient été particulièrement longs à mettre en place et auraient nécessité une forte implication médicale. Dans le cadre d'un calendrier contraint et face à une disponibilité limitée des praticiens, une méthode différente a été retenue : après une réunion PMP par site, une réunion PMP bi-site a permis d'aboutir à la rédaction du PMP.

1. Des réunions PMP par site puis bi-site

Avant de réunir l'ensemble des acteurs autour d'une table, des réunions pour discuter du PMP sur chaque site ont été organisées. Etaient conviés à ces réunions les exécutifs de pôle : le chef de pôle, le directeur référent, le cadre de pôle et le cadre administratif de pôle. Ceux-ci pouvaient être accompagnés de 3 autres représentants médicaux, souvent des chefs de service. Tout le pôle n'était donc pas convié à ces réunions. Comme évoqué précédemment, ce choix permettait de concilier la nécessité d'accroître la représentativité et d'effectifs restreints afin de garantir la productivité des réunions.

Les réunions étaient animées par le directeur adjoint du groupe hospitalier, responsable du projet médical partagé. Contrairement aux expériences qui ont pu être relatées par d'autres établissements, le PMP était porté en interne par un directeur et non par un consultant. La direction commune a permis de faire ce choix. Dans des établissements où une direction commune n'était pas en place, ce choix eut été plus délicat et aurait pu donner l'impression de favoritisme d'un site plutôt qu'un autre. Il s'agit donc d'un choix particulier et adapté au contexte spécifique du groupe qui n'a pas vocation à être généralisé.

L'intérêt de ces premières réunions était de mettre à plat les éléments essentiels du PMP avant d'en discuter avec les deux établissements. En procédant ainsi, les éléments de tension pouvaient être évoqués sans créer de conflit entre les sites. Cette méthodologie a eu pour avantage d'éviter de créer trop rapidement des tensions. Toutefois, cela a également eu pour conséquence d'insister sur les conséquences du PMP pour chaque site et non d'envisager le PMP sous l'angle de ce qu'il apporte de commun à l'ensemble du groupement.

Par ailleurs, ces réunions ont donné l'occasion aux pôles de revoir l'adaptation de leur organisation à leur niveau d'activité. Si cet exercice était très intéressant pour appréhender les enjeux du court terme et du présent de chaque établissement, il n'a pas permis aux exécutifs de se projeter dans ce que serait l'activité future et dans ce qui pourrait être fait autrement ou en commun.

Cette méthodologie a également permis, dans un premier temps, aux deux sites de faire valoir leurs positions de manière équilibrée et symétrique. Dans les deux cas, les chefs de pôle ont fait connaître leur volonté d'avoir de vraies équipes médicales territoriales, tout

en ayant une définition vague de leur délimitation. Les deux établissements ont besoin de ces regroupements pour maintenir leur permanence des soins. En effet, les effectifs des différentes spécialités chirurgicales ne permettent pas d'envisager des permanences des soins séparées sur chaque site. Toutefois, l'organisation de cette permanence et ses modalités pratiques divisent et nécessitent des échanges.

2. Des réunions PMP par spécialité bi-site

Dans un second temps, une fois les éléments du PMP exposés et les réunions par site réalisées, des réunions bi-site ont eu lieu. Les participants conviés à ces réunions étant les mêmes, leur niveau d'information était donc identique et a permis de commencer ces réunions à partir des informations qui avaient déjà été données dans les réunions par site.

La première difficulté de ces réunions est l'implication de l'ensemble des acteurs et leur mobilisation autour d'enjeux communs. Le premier enjeu du PMP est la mise en place d'équipes médicales territoriales incluant l'ensemble des praticiens du groupement, déjà évoquée auparavant. Le deuxième enjeu, la répartition des activités sur les sites nécessite également une mobilisation de l'ensemble de l'équipe médicale pour qu'elle puisse convenir de l'organisation qui lui semble rationnelle et de la mobilité dont elle est disposée à faire preuve. Cet aspect de la réorganisation est, pourtant, particulièrement difficile à aborder avec les praticiens puisqu'ils sont tentés, d'une part, de vouloir préserver leur activité telle qu'elle est et, d'autre part, de faire des propositions allant dans le sens de la mobilité qu'ils souhaiteraient eux qui n'est pas nécessairement le plus pertinent dans l'intérêt du groupement.

Dans le cas particulier du GHNE, faire le choix de répartir les activités avant d'aborder les équipes médicales de territoire était inapproprié même si cela aurait facilité l'implication des chirurgiens des deux sites. En effet, l'un des sites va connaître une modification profonde de son capacitaire. De ce fait, son activité va devoir être repensée et réorganisée. Mener de front cette réorganisation interne et celle induite par le GHT aurait été compliqué voire déstabilisant. Par contre, commencer l'approche par l'équipe médicale territoriale qui ouvrait des perspectives de développement aux deux sites permettait de les inscrire dans une démarche commune particulièrement positive.

La deuxième difficulté liée aux réunions bi-site est la frontière des pôles et l'implication des autres pôles dans le PMP par spécialité. En effet, la réorganisation de la chirurgie dépend d'autres spécialités, notamment la médecine et la gériatrie. Comment procéder pour impliquer ces spécialités dans les débats sans que cela n'aboutisse à des réunions interminables et peu productives du fait d'un nombre trop important de participants ? Malgré une parfaite symétrie des contours de la gouvernance polaire, des difficultés liées à leurs définitions sont inévitables.

3. Des priorisations entre spécialité selon les enjeux

Dans un calendrier contraint, au vu du nombre de spécialités dont le poids peut être très varié, comment prioriser les enjeux par spécialité et les efforts à consacrer à chacune ? Plusieurs critères peuvent être retenus pour choisir cette priorisation. Il peut s'agir, d'une part, du volume d'actes pratiqué par chaque spécialité. Dans ce cas, la chirurgie viscérale et orthopédique auraient dû avoir le premier rôle.

Il peut également s'agir de cibler les spécialités où l'absence ou l'insuffisance de coopération entraîne des situations de criticité en termes de continuité des soins voire de qualité. Enfin, peuvent être également ciblées prioritairement les spécialités pour lesquelles une facilité dans la rédaction du PMP est anticipée. Cela permet de donner un premier élan positif à cette rédaction avant d'entamer les aspects les plus compliqués et les plus conflictuels.

Pour prendre un exemple, le cas de la chirurgie ORL est souvent assez particulier. Tout d'abord, parce qu'il ne s'agit, en général, pas de la spécialité chirurgicale la plus importante en volume dans les établissements publics. Par ailleurs, les équipes de chirurgiens ORL sont souvent composées de nombreux praticiens à temps partiel, ce qui complique l'organisation de réunions et l'implication dans une politique institutionnelle.

Dans le cas particulier du GHNE, la discussion entre les équipes d'ORL des deux sites était compliquée bien qu'elle ait déjà été initiée à travers la mise en place d'une astreinte commune en semaine. Plutôt que de repousser les discussions, cette spécialité a été impliquée comme les autres dans le PMP en proposant aux équipes des changements d'organisation. Pour ce faire, le projet a été construit avec ceux qui souhaitaient s'impliquer dans la construction du projet en tenant compte des objectifs généraux de la réorganisation (mise en commun des équipes médicales pour la permanence des soins et optimisation de l'utilisation des lits). Cela a pu se faire car, dans les autres spécialités, les discussions étaient suffisamment aisées.

Dans un cas assez différent, celui du GHT amenant le CH de Versailles et celui de Rambouillet à travailler ensemble, le choix de traiter les questions liées à cette spécialité a été repoussé ultérieurement puisque les discussions sur les autres grandes spécialités étaient moins avancées qu'au GHNE et nécessitaient un effort et une mobilisation des équipes déjà importants.

La méthode retenue par le GHNE pour rédiger le PMP a été, du point de vue des deux chefs de pôle, la bonne malgré des réticences et des difficultés sur le contenu du PMP en lui-même. Ces derniers confirment d'ailleurs qu'il est préférable que la direction garde la main sur l'organisation du travail de rédaction du PMP sans la déléguer entièrement aux chefs de pôle. Néanmoins, les propositions et le contenu doivent émaner des médecins dont l'implication est, de ce fait, primordiale.

Si la méthodologie proposée a satisfait les chefs de pôle, la difficulté dans la rédaction n'a donc pas été liée à la manière de procéder mais au contenu de ce dernier, notamment en termes de répartition des activités entre site, à la définition plus précise des équipes médicales territoriales et aux adaptations capacitaires.

Contrairement à des établissements qui auraient moins eu l'occasion de coopérer et qui auraient une approche plus pragmatique et progressive de ce rapprochement, profitant de situations particulières ou d'effectifs tendus pour trouver la solution dans la coopération, le GHNE contraint par un calendrier plus serré et des objectifs plus ambitieux, a été, dans son approche efficace et rapide.

III. La répartition des activités entre les deux sites, une question de santé publique au cœur de la stratégie d'établissement

Dès lors que les sites seront fusionnés, l'équipe chirurgicale sera unique et l'offre de soins du groupe deviendra une offre commune. Le projet médical de cet établissement sera donc unique et devra fédérer l'ensemble des personnels travaillant actuellement sur des sites séparés. Or, dans le cadre de la mise en place du GHT, les grandes orientations sont définies à travers un PMP qui va servir au GHT, puis aux établissements fusionnés, en attendant le site unique.

Ce PMP « définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire » mais aussi des établissements fusionnés. Il est attendu de ce PMP qu'il prévoit « l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ». Ainsi, leur organisation sur chaque site participant au GHT doit être prévue. Ces filières doivent décrire le fonctionnement de la permanence et de la continuité des soins, la répartition de l'activité de chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation complète, le fonctionnement des plateaux techniques et la prise en charge des urgences.²⁷

L'organisation de ces filières nécessite de repenser la répartition des activités entre les sites en identifiant les potentiels dysfonctionnements de l'organisation actuelle et en repensant cette organisation en fonction des besoins de la population. De ce fait, les filières doivent être cohérentes avec les données de santé publique, les réalités de la concurrence et les possibilités techniques des sites. Tout en respectant ces exigences venues de l'extérieur, la réorganisation doit respecter également ses contraintes internes, architecturales par exemple, et justifier de ses coûts de fonctionnement. Les besoins de santé identifiés sur le territoire doivent donc être suffisants pour exiger le maintien des différentes spécialités sur l'ensemble des sites.

Outre les exigences liées au GHT, la fusion impose une réflexion poussée au niveau du groupement afin d'optimiser les parcours chirurgicaux qui doivent, à la fois, répondre à un impératif de qualité et à un impératif de soutenabilité financière. La fusion n'est qu'un prélude à l'établissement unique. De ce fait, l'espérance de vie des sites fusionnés avant de ne devenir qu'un est de 6 à 7 ans tout au plus.

Dans ce contexte contraignant et avec un calendrier tendu, la réorganisation des activités dans le cadre du GHT puis de la fusion va, toutefois, constituer le cœur de la stratégie d'établissement pour les années à venir. Les enjeux de long terme ne doivent donc pas amener cette réflexion à négliger les contraintes de soutenabilité financière et de

²⁷ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, relatif aux groupements hospitaliers de territoire

qualité qui sont indispensables au bon fonctionnement des sites dans la période de transition avant le regroupement sur le site unique.

A. Un fonctionnement qui ne peut être conçu sans mieux répartir les activités entre les deux sites

1. Une nécessaire réorganisation qui s'inscrit dans un constat fait au niveau national

Le constat de la nécessité de cette réorganisation est établi au niveau national. En effet, en 2008, dans un rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie, le Sénat rappelait que cette réorganisation avait pour objectif de « répondre à un double défi : continuer à attirer les meilleurs praticiens et assurer la restructuration de l'offre de soins.²⁸ »

L'un des arguments le plus souvent opposé à la réorganisation de la chirurgie dans des centres de référence est la nécessité de prendre rapidement en charge les urgences chirurgicales. En effet, l'hôpital public, du fait de la présence de services d'urgences, prend en charge l'essentiel de l'activité de chirurgie non-programmée.

Dans son rapport, le Sénat opposait à cet argument le fait que « De fait, un Français subit en moyenne, compte tenu de l'allongement de son espérance de vie, deux ou trois interventions chirurgicales au cours de son existence. Elles sont, dans la très grande majorité des cas, programmées. On comprend donc que la qualité du plateau technique et les capacités du chirurgien constituent, bien avant la distance et le temps de transport, les critères fondamentaux du choix du lieu d'une opération²⁹. »

Néanmoins, cet argument doit être nuancé en rappelant que l'essentiel de l'activité de chirurgie programmée est aujourd'hui réalisée par le secteur privé et que l'essentiel de l'activité non programmée est prise en charge par le secteur public :

Activités d'urgence en 2003 ³⁰	
Public	12 491 863 passages soit 85,43% des hospitalisations
PSPH	702 709 passages soit 4,81% d'hospitalisations
Privé	1 427 536 passages soit 8,76% environ

²⁸ MILON A., 15 avril 2008, « Sur l'avenir de la chirurgie en France », Rapport d'information du Sénat, n°287, p. 6

²⁹ Ibid

³⁰ Banque de données de la Fédération hospitalière de France, Sources: SAE 2003. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DREES, bordereau: Accueil et traitement des urgences

Outre le type d'activité chirurgicale, son volume doit également être pris en compte dans le cadre de cette réorganisation. Ainsi, « Les SROS III, mis en place le 31 mars 2006 [...] fixent ainsi un seuil d'activité recommandé [...]. Ce seuil d'établité à 1 500 séjours chirurgicaux ou 2 000 actes en bloc opératoire nécessitant une anesthésie par an. » Les deux sites sont au-dessus de ces seuils sans pour autant être des établissements de recours. En effet, avoir un volume d'actes au-delà de ce seuil n'est pas une garantie d'activité suffisante. Ainsi, l'IGAS en préconisant de relancer la politique des seuils en chirurgie rappelait que si l'on veut que ces seuils aient un sens, il faut cesser de raisonner par volume global d'actes. Les seuils doivent être établis « par pathologie, par professionnels » pour assurer des soins de qualité.³¹ Avec des seuils ainsi définis, la pertinence de l'activité sur chaque site serait plus facilement analysable.

Néanmoins, les entretiens menés avec les chefs de pôle ont pu montrer les divergences de point de vue au sein même du corps médical sur cette question. L'expérience, si elle peut compenser un volume insuffisant d'actes, permet de maîtriser la technique. Néanmoins, le manque de pratique induit un temps d'intervention supérieur à ce qui pourrait être attendu et nuit donc à la bonne prise en charge du patient. L'expérience doit donc également être prise en compte mais pas de manière isolée. Cet exemple illustre toute la complexité de la définition de seuils qui sont, plus spécifiquement, adaptés aux actes relevant de surspécialités.

Cette situation complique d'autant la réorganisation des activités au sein du groupe puisque, bien que l'un des sites ait un volume nettement supérieur à l'autre, il n'est pas pour autant un hôpital de référence.

2. Des activités souvent en doublon pour lesquelles il est difficile d'organiser des filières

Les activités chirurgicales pratiquées sur les deux sites sont la chirurgie orthopédique, viscérale et l'ORL. La spécialité avec le moins de doublon est l'ORL puisque la nature des actes ORL pratiqués sur chaque site est différente et dessine déjà une répartition entre les sites. On peut constater sur le site d'Orsay la concentration d'activités à DMS courtes avec une volonté de concentrer cette activité en semaine. A Longjumeau, des actes induisant des DMS plus longues étaient déjà pratiqués avec une continuité des soins assurée par les internes présents le week-end à Longjumeau.

A contrario, sur les deux spécialités les plus importantes en chirurgie, les activités sont très similaires bien que les volumes diffèrent. Se pose alors la question de l'organisation des filières dans des établissements qui sont tous les deux des hôpitaux de

³¹ IGAS, 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? », p. 7

proximité avec, notamment, l'éventualité de concentrer certaines spécialités sur un même site.

La justification de la centralisation des activités sur un seul site est le lien entre le nombre d'actes et l'efficacité.³² En effet, « La relation entre la qualité des actes et le volume opératoire par hôpital et par chirurgien a fait l'objet de nombreuses publications anglo-saxonnes (Luft, Halm, Birkmeyer, Begg, Scardino) [...]. Les résultats montrent une différence significative de la mortalité en fonction du volume d'actes opératoires selon les hôpitaux et dans un hôpital selon le chirurgien lui-même. »³³ La qualité de la prise en charge est, dès lors, l'élément justifiant cette centralisation.

La difficulté de ces études est la définition d'un volume d'actes nécessaire au maintien de la compétence de chaque chirurgien et du niveau de finesse qui doit être retenu dans le choix de la typologie d'actes pratiqués pour définir ces seuils. En effet, lorsqu'avait été évoqué un décret exigeant la fermeture des services chirurgicaux réalisant moins de 1500 actes classant par an, le seuil ne tenait pas compte du nombre de chirurgiens, ni du case-mix. Or ces deux données doivent être intégrées puisqu'il faut rapporter le nombre d'actes au nombre de chirurgiens pour estimer la possibilité de chacun de maintenir ses compétences mais aussi au case-mix. Si l'activité est très variée, la question ne sera pas la même que s'il s'agit, par exemple, d'une activité ORL ciblée sur un volume restreint d'interventions courantes.

Organiser des filières de prise en charge optimale des patients entre deux hôpitaux de taille moyenne est donc compliqué et plusieurs options sont envisageables pour mieux organiser l'offre de soins. La première est la centralisation de certaines activités sur un seul site. La deuxième est la mise en place de partenariats avec les établissements privés à proximité pour venir renforcer, de manière différente, l'offre de soins de chacun des établissements, légitimant ainsi la répartition des activités. Enfin, le choix de mettre en commun les moyens sur un même site, choix qui est celui retenu par le GHNE.

3. Le rejet d'une spécialisation d'un site sur de la chirurgie ambulatoire exclusivement

L'AFCA représentée par sa présidente, Corinne VONS, défend la spécialisation de certains sites pour se consacrer exclusivement à de la chirurgie ambulatoire. Cela permettrait de structurer ces établissements de sorte à optimiser le parcours patient. En effet, un bloc opératoire qui ne serait que dédié à de la chirurgie ambulatoire est plus facile à organiser et peut permettre d'avoir un taux d'occupation du bloc important. Cela s'explique par le fait que, si certaines urgences sont reprogrammables en ambulatoire,

³² Question orale sans débat n° 07155 de M. Jacques Mézard, JO Sénat du 12/11/2009, page 2606.

³³ VALLANCIEN G., 3 Avril 2006, « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », p.37

l'essentiel de la chirurgie ambulatoire reste de l'hospitalisation programmée. Toutefois, elle a pour conséquence d'occuper le bloc essentiellement le matin. En effet, pour que le patient sorte à une heure acceptable, les opérations cessent souvent avant 15h.

Il s'agirait donc d'une organisation autour d'une chirurgie ambulatoire programmée pour optimiser les circuits des patients en ambulatoire. Cette formule n'est donc pas adaptée pour les établissements initialement construits afin d'effectuer de la chirurgie traditionnelle qui contreviennent aux organisations idéales souhaitées pour les centres exclusivement dédiés à l'ambulatoire : des salles de rotation, la proximité du service de chirurgie ambulatoire avec le bloc opératoire en évitant, notamment, les ascenseurs. Cela n'est pas inenvisageable mais nécessite des restructurations qui peuvent être importantes et dont la pertinence, pour des établissements dont l'activité de chirurgie traditionnelle a été estimée insuffisante, peut paraître incertaine.

D'ailleurs, Guy Vallancien appuie très fortement l'idée que la spécialisation d'un site de chirurgie générale en site ambulatoire, faute d'une activité suffisante, n'apporte pas d'amélioration de la qualité des soins : « La chirurgie ambulatoire, souvent proposée par les Agences Régionales de l'Hospitalisation pour ne pas fermer brutalement un bloc opératoire est un pis-aller, ce que reconnaissent volontiers les directeurs d'agence les plus lucides sur l'avenir de la chirurgie dans les hôpitaux de proximité. Là où un service de chirurgie est en perte de vitesse, l'ambulatoire qui réclame une organisation parfaite n'a pas sa place, en dehors d'éventuelles vacations d'endoscopie digestive ou d'ophtalmologie. »³⁴

On peut tempérer ces propos en arguant du fait qu'un bloc dont l'activité est insuffisante n'est pas nécessairement mal organisé. Ainsi, le bloc opératoire d'Orsay, bien que son activité soit modérée, a fait d'importants progrès en termes de pilotage et la charte du fonctionnement du bloc respecte l'ensemble des préconisations ANAP. La difficulté de la spécialisation de l'activité chirurgicale en ambulatoire ne tient donc pas à l'organisation de l'activité mais à son volume, si le recrutement des patients en chirurgie complète est insuffisant, pourquoi en serait-il autrement pour de la chirurgie ambulatoire ?

B. Un choix stratégique et de santé publique

1. Un choix lié aux données de santé du territoire

Dans le cadre d'une réorganisation, différentes données de santé publique doivent être prises en compte. La première de ces données est la définition du bassin de population des différents hôpitaux ainsi que les flux selon lesquels ils se déplacent et leurs besoins en

³⁴ VALLANCIEN G., 3 Avril 2006, « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », p.17.

fonction de la démographie. La proximité de bassins de vie ne signifie pas nécessairement qu'il existe des flux naturels de déplacement entre ces zones. L'Ile-de-France est un exemple caractéristique de flux qui vont, du fait des axes de circulation et des transports en commun, plutôt vers le centre que de banlieue à banlieue. Par ailleurs, la notion de bassin de population doit être relativisée puisque, selon la spécialité, la potentielle zone d'attractivité ne sera pas la même³⁵. Un hôpital, hors CHU, a souvent une zone d'attractivité assez réduite en médecine. En matière chirurgicale, cette zone peut être nettement plus étendue.

En présence de flux favorables et d'un bassin de population de taille suffisant, la concurrence sur le territoire est également un élément essentiel pour anticiper les populations qui s'adresseront plutôt aux autres établissements qu'à l'hôpital public. Les spécialités qui sont déjà suffisamment prises en charge par les autres établissements sont également un élément stratégique pour les hôpitaux.

Dans le cas du GHNE, ces données compliquent la réorganisation des activités puisque, d'une part, les flux naturels des populations ne suivent pas l'axe horizontal sur lequel se situent les établissements d'Orsay et de Longjumeau. Par ailleurs, sur les deux sites, la concurrence avec les établissements privés est forte. De ce fait, la réorganisation des activités en concentrant certaines uniquement sur un site risque d'engendrer d'importants taux de fuite vers d'autres établissements que ceux du GHNE.

Une fois ce constat établi, se pose la question de la pertinence et de la nécessité de la chirurgie sur les deux sites. En effet, si en enlevant une activité chirurgicale sur l'un des sites, l'ensemble des patients pris en charge par celui-ci sont pris en charge par d'autres établissements sans que cela ne pose de problème, quelle nécessité y a-t-il à conserver la chirurgie de ce site ? D'ailleurs, en chirurgie, concernant les actes peu invasifs et les séances, les parts de marché du GHNE sont très faibles, 11% en chirurgie et une très forte concurrence du secteur privé, 6 % sur les actes peu invasifs et les séances³⁶. Le scénario dans lequel le site d'Orsay pourrait donc perdre son autorisation de chirurgie, étant le plus petit site chirurgical du groupe, n'est donc pas à écarter.

Toutefois, préserver l'autorisation de chirurgie d'Orsay se justifie d'une part, du fait de la présence d'une maternité qui fonctionne bien et qui est relativement isolée dans son bassin de vie, mais aussi, parce que le nouveau site sur Saclay captera plus naturellement les flux de population d'Orsay que ceux de Longjumeau. Pour la maternité, le maintien de la chirurgie est une question de maintien des compétences, en effet, quelle doit être l'activité quotidienne d'un anesthésiste réanimateur pour garantir cela ? Sans donner de volume d'activité précis, le Pr Claude Ecoffey semble avancer qu'une petite maternité sans

³⁵ « La chirurgie dans les GHT », Séminaire FHF, 15 avril 2016, Académie Nationale de Chirurgie à Paris, intervention du Pr François Richard.

³⁶ Données PMSI

chirurgie ne le permettrait pas.³⁷ Préserver cette attractivité jusqu'à la création du nouveau site mérite donc de penser la réorganisation à l'aune de cet objectif.

Sur l'ensemble du GHNE, les plages opératoires se terminent avant 16h et les taux d'occupation ne satisfont pas les taux d'occupation attendus par l'ANAP. Une réorganisation à envisager qui justifierait le maintien des différentes salles de bloc pourrait être de réduire le nombre de salles au profit de plages d'ouverture plus étendues.

Ainsi, les nécessités d'organisation interne des établissements viennent s'ajouter aux données objectives de santé publique et donner une orientation particulière aux choix qui seront faits.

2. Des possibilités qui restent limitées

Comme l'expliquait le Pr François Richard³⁸, l'objectif des réorganisations des sites chirurgicaux doit viser à allier sécurité, efficacité et proximité. Selon lui, 4 grands scénarios d'organisation d'une activité chirurgicale sont possibles. Les établissements de proximité peuvent proposer des consultations et des soins chirurgicaux avancés, ceux d'une taille un peu supérieure peuvent ajouter à cela de la chirurgie programmée en ambulatoire. Pour des établissements plus importants, peut être ajoutée une activité de chirurgie en hospitalisation complète plus lourde en assurant une continuité des soins. Enfin, les établissements de taille plus conséquente pourront également prendre en charge les urgences en organisant une permanence des soins.

Ces scénarii montrent toute la complexité du cas du GHNE, dans lequel les deux sites chirurgicaux disposent d'urgences, d'une activité programmée, plus importante sur le site de Longjumeau que sur le site d'Orsay, et d'une activité de chirurgie ambulatoire. Dès lors que, comme nous l'avons vu, la spécialisation d'un des sites en site en chirurgie ambulatoire est rejetée par les chirurgiens et semble non pertinente, la question du maintien et de la pertinence des urgences ainsi que d'une permanence des soins se pose.

En effet, si l'on prend pour exemple un autre site du GHNE, Juvisy-sur-Orge, ce dernier dispose d'urgences sans avoir d'activité chirurgicale. Se dessine donc une possibilité autre, celle repenser les urgences de l'un des sites avec une activité chirurgicale modifiée. Ainsi, J. Poilleux déjà en 2003 défendait une réorganisation des urgences chirurgicales hospitalières qui sont trop souvent des services d'urgences polyvalents.³⁹

« La mutualisation des moyens au sein de territoires définis est une réponse à la démographie chirurgicale et à l'exigence de haute technicité des plateaux techniques. Les

³⁷ « La chirurgie dans les GHT », Séminaire FHF, 15 avril 2016, Académie Nationale de Chirurgie à Paris, intervention du Pr Claude Ecoffey, anesthésiste à Rennes.

³⁸ Ibid.

³⁹ POILLEUX J., 2003, « Pour une nouvelle organisation des urgences chirurgicales hospitalières », *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, p.11.

moyens modernes de transferts médicalisés permettent d'envisager, sans risque, ces regroupements, qui seuls, en l'état actuel, peuvent permettre d'offrir, à coûts contrôlés, des soins de qualité par des chirurgiens compétents, disposant d'un équipement technique de haut niveau. »

Ce qui est proposé est l'organisation de prise en charge d'urgences non plus polyvalentes mais structurées pour répondre au mieux à des besoins précis et fréquents. Il s'agit notamment d'urgences pour accueillir de l'orthopédie traumatique. Ces filières de prise en charge existent d'ailleurs déjà dans le privé, avec des urgences spécialisées dans les urgences de la main, par exemple, qui par ce biais optimisent le parcours patient et la qualité de la prise en charge.

Ce type d'organisation, si elle était retenue au sein du GHNE, pourrait se faire par le biais de transferts d'un site à l'autre avec la mutualisation des équipes qui assureraient la PDSES sur un seul site. Dès lors, se pose la question de l'organisation de la continuité des soins en l'absence de chirurgiens de garde ni même d'astreinte sur le site. Pour la spécialité orthopédique, la solution a été trouvée en organisant une astreinte bi-site. En effet, la nature de cette spécialité, dont la très grande majorité des urgences sont relatives permet une prise en charge de bonne qualité même si celle-ci est légèrement différée par le déplacement du chirurgien.

Pour des spécialités telle que la chirurgie viscérale, dont la part d'urgences vitales devant être prises en charge très rapidement est plus importante, l'organisation de la continuité des soins ne peut donc pas être la même.

Enfin, il est également possible de penser des organisations territoriales plus vastes. Ainsi, l'organisation de la permanence des soins en urologie est traitée, non pas au niveau du GHNE, mais au niveau inter-GHT qui correspond au niveau départemental, en mettant en place une fédération d'urologie, s'inspirant de ce qui s'est fait en Seine-Saint-Denis.

3. La question des répartitions d'activité entre les deux sites, des choix liés à la fusion mais fortement contraints par le projet d'établissement unique

Le calendrier du GHT, de la fusion et du projet de site unique se superposent et se succèdent. Or, si chacune de ces étapes conduit graduellement les sites dans la même direction, elles ne nécessitent pas le même degré de coopération entre les établissements. Par ailleurs, changer de stratégie et de niveau de communication à chacune de ces étapes risque de brouiller le message et de faire perdre tout son sens à cette fusion. De ce fait, le choix du GHNE a été de rédiger un PMP unique pour le GHT ainsi que la fusion, inscrit dans une période temporelle antérieure à la mise en place du site unique. Le PMP rédigé est conditionné par la réalisation du site unique. Dans le cas où, le site unique ne serait pas mis en place, le PMP devrait être repensé puisque les enjeux de long terme pour les établissements, et donc le nord du département, seraient bouleversés.

Le PMP que le GHNE a rédigé a vocation à transformer les activités du groupe mais aussi son capacitaire dans la perspective du site unique. La question de l'ordre dans lequel le capacitaire et la nature des activités à exercer doivent être abordés est centrale. Commencer par le capacitaire impose aux professionnels une contrainte les obligeant à penser autrement leur activité mais est très difficile à appréhender quand l'activité que l'on veut y exercer n'est pas connue. De ce fait, cet ordre de travail entraîne des débats sur le choix de dimensionnement du capacitaire qui ne se fonde pas sur l'activité.

En partant de l'activité, le risque est d'induire auprès des professionnels un raisonnement à iso-activité, qu'ils aient du mal à imaginer une modification des activités pratiquées et cherchent avant tout à justifier le nombre de lits tel qu'il était jusqu'alors. Cet ordre est certainement plus rationnel puisqu'il permet de dimensionner le capacitaire en fonction de l'activité mais rend la prise de décision beaucoup plus lente et risque de limiter les éventuels changements qui pourront avoir lieu.

Le GHNE souhaitant s'engager dans une véritable transformation de ses pratiques et, ayant un calendrier tendu pour réorganiser ses activités, est d'abord parti sur une réorganisation du capacitaire avant de réorganiser les activités qui y seront effectuées. D'autant que la transition vers un établissement unique dont le capacitaire est fixé contraint le GHNE à procéder dans cet ordre.

En l'absence de perspective de site unique, le PMP serait à revoir. En effet, malgré les coopérations développées entre les deux établissements, la taille du département et les volumes d'activité des deux sites ne justifient pas la présence de deux sites chirurgicaux publics à une vingtaine de kilomètres de distance. Il faudrait donc, dans ce cas, repenser le PMP dans cette perspective.

Ainsi, la fusion seule, sans la perspective d'un établissement unique, n'aurait pas permis que le PMP soit à ce point restructurant pour le GHNE. La fusion juridique préalable à la fusion des sites permet de préparer et d'organiser la transition. Qu'en est-il d'une fusion sans unification des sites ? Jusqu'où les cas de fusion, purement juridique, permettent-ils d'aller ?

C. Les limites d'une réorganisation capacitaire et d'une répartition nouvelle des activités dans le cadre d'une fusion.

1. La fusion sans le site unique n'aurait pas permis un tel degré d'intégration

Le premier scénario aurait pu être un refus du principe même de la fusion. S'il est difficile de savoir si ce scénario aurait été viable, la comparaison avec le cas des Hôpitaux Drôme-Nord (HDN) et du CH de Valence⁴⁰ laisse à penser que cela aurait bien été possible.

⁴⁰ IGAS, 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? », p.48

Premièrement, ces deux établissements ont également un rapport de 1 à 2 en faveur de Valence en termes de volume d'activité chirurgicale. Malgré cette différence de volume, ce sont deux établissements de taille moyenne qui sont tout à fait comparables. Ils ont, également, des bassins de vie différents. Et, enfin, de la même manière, l'historique entre les établissements est difficile avec l'impression des HDN d'avoir toujours été désavantagé par rapport à Valence.

L'éventualité d'une fusion et d'un rapprochement des directions de ces établissements n'est pas neuve et en 2011, l'ARS leur a demandé de réfléchir à une organisation territoriale. « A la demande de l'ARS Rhône-Alpes, le CH de Valence et les Hôpitaux Drôme Nord ont élaboré en 2015 un Projet Médical Commun s'appuyant sur les deux plateaux techniques, prévoyant la mise en place d'équipes médicales de territoire dont les praticiens interviendront sur plusieurs sites, et qui trouveront donc un intérêt fort à bénéficier d'outils communs aux différents établissements, et, notamment, des systèmes d'information communiquant.

Ce Projet Médical Commun a été complété par un Projet de Gestion, qui prévoit « la définition d'un organigramme de direction cible, incluant des directions fonctionnelles communes aux deux établissements (système d'information, achats et logistique, affaires médicales etc.), ainsi que la constitution de services communs » ».41

Leur coopération est donc passée par la création d'une CHT en 2014 puis, aujourd'hui, s'approfondit avec le GHT. L'idée d'une fusion n'est toujours pas à l'ordre du jour et les établissements ont conservé leur personnalité morale. La crainte qu'une fusion entraîne une absorption d'un établissement par l'autre est très présente bien que la fusion n'implique pas nécessairement cela. Cette situation aurait pu être celle du GHNE mais aurait eu des conséquences bien différentes puisque les sites du GHNE ont une activité inférieure à ces établissements.

Cette première hypothèse, très probable aux yeux de la chef de pôle d'Orsay, est complètement écartée par le chef de pôle du pôle de chirurgie de Longjumeau. En effet, ce dernier considère qu'une fusion aurait eu lieu, même en l'absence de perspective de site unique. D'une part, il explique cela par l'existence d'une forme de corporatisme au sein du corps médical, qui les aurait amenés à se soutenir. D'autre part, cette coopération aurait eu pour fondement la crainte que la fermeture très probable du site chirurgical à Orsay ne présage la fermeture de celui de Longjumeau, géographiquement peu éloigné. La fusion aurait permis d'éloigner ce risque. Un scénario alternatif à celui de l'échec de la fusion peut donc être envisagé.

⁴¹ PRADALIE G et SORIANO E., avril 2016, « La création d'une Direction du Système d'Information commune entre Centre Hospitalier de Valence et Hôpitaux Drôme Nord », *Finances Hospitalières*, n° 101, Suppl., pages 13-16.

Le deuxième scénario aurait été que la fusion aboutisse, malgré l'absence de perspective de site unique. Dans ce cadre, soit la chirurgie des deux sites était préservée grâce à des coopérations suffisantes entre sites et une amélioration de l'activité de chaque site, soit la chirurgie disparaissait sur au moins l'un des sites. Dans le premier cas, comment justifier le maintien des deux autorisations chirurgicales ? Dans le deuxième, quel avenir pour un hôpital privé de chirurgie ?

2. Le PMP en l'absence de site unique, des coopérations avec le privé pourraient être explorées et approfondies

Comment justifier le maintien de l'autorisation de chirurgie sur deux sites proches géographiquement et en termes de nature d'activité ? Une opportunité, peu explorée par le PMP du GHNE aurait pu être une coopération plus forte avec le privé en matière chirurgicale. D'une part, en termes d'organisation, « Il est intéressant de proposer des coopérations et des échanges qui peuvent leur permettre de s'améliorer et d'apporter de nouvelles méthodes de travail ou d'organisation à chacun. »⁴² D'autre part, cette collaboration aurait pu permettre, soit d'ouvrir le bloc public aux praticiens privés, soit de permettre aux praticiens hospitaliers d'aller opérer dans des blocs privés profitant ainsi d'équipements autres.

Cette deuxième option est plus compliquée et délicate. « Nous constatons que c'est souvent l'hôpital public qui apporte l'infrastructure, qui dispose des murs et du plateau technique et qu'il contracte avec une société médicale ou avec des médecins libéraux. »⁴³ Néanmoins, dans un contexte de réorganisation de l'offre de soin et dans une situation budgétaire aussi tendue, cette option aurait pu permettre de maintenir une chirurgie sur les deux sites à un coût plus supportable pour le groupe.

D'ailleurs, au sein du GCS territorial Ardennes Nord, le bloc est commun pour les structures publiques et privé et le retour très positif des équipes et a permis de maintenir l'activité⁴⁴. Néanmoins, cela a été permis par une très bonne organisation au sein du bloc pour permettre aux différents intervenants de se coordonner au mieux. Cette option aurait donc été possible dans le cadre d'une organisation très rigoureuse et bien anticipée avec une structure privée n'exploitant pas l'ensemble des potentialités de son bloc.

⁴² DUROUSSET J.-L., 2010, **Le privé peut-il guérir l'hôpital ?**, Nouveaux débats publics, p.79

⁴³ COLLOMBERT A. et ALFANDARI P., 2007, **L'hôpital et les réseaux de santé**, Collection management socio-économique, approche globale de l'entreprise, Edition ECONOMICA, p.79

⁴⁴ PAUL E., PHELEP J.-C., GEORGES-PICOT A., 2016, « Dossier : coopération public/privé », *Gestions hospitalières*, PHELEP J.-C., « Le GCS territorial Ardennes-Nord », p.165 à 167.

3. La gestion de la disparition d'un site chirurgical et la viabilité d'un hôpital non chirurgical

La fermeture de la chirurgie d'un hôpital n'entraîne ni nécessairement une amélioration de l'équilibre financier de l'hôpital ni nécessairement une diminution de l'activité. La conférence nationale des présidents de CME a publié en 2008 un bilan de neuf années de fermetures en chirurgie, sur les 47 fermetures de services de chirurgie observées, peu d'économies sont observées. En effet, on observe le plus souvent une hausse des recrutements (+4% en moyenne 4 ans après fermeture) et un maintien voire un développement de l'activité de l'hôpital pour près de la moitié de ces établissements.

Les conséquences sont, en moyenne, beaucoup plus positives sur le plan financier si cette disparition de la chirurgie s'accompagne d'une fermeture de la maternité et donc du bloc dans son ensemble. L'étude menée par la conférence des présidents de CME entre 1997 et 2005 observe que parmi les « *CH qui ferment simultanément la chirurgie et la maternité (donc le plateau technique) [...] 6/7 dégagent des excédents budgétaires à N+3 qui peuvent être supérieurs à 5% du budget global* », « *plus que la fermeture des activités, c'est celle du plateau technique qui est génératrice d'économies* ». ⁴⁵ Pour aller dans ce sens, on peut citer le cas de la fermeture de la maternité de Marie-Galante en Guadeloupe en octobre 2012 qui a été concomitante à celle du service de chirurgie. L'ARS a motivé cette décision en invoquant des raisons de sécurité des soins, compte tenu du nombre très faible d'accouchements mais aussi d'actes chirurgicaux. ⁴⁶

La fin de l'autorisation chirurgicale sur l'un des sites s'accompagnerait donc, pour continuer à assurer la viabilité financière de ce site, d'une fermeture de la maternité à plus ou moins long terme. Cela induirait deux grands enjeux. Le premier étant celui de la redistribution de la part de marché en chirurgie et en maternité du site perdant son autorisation. Le deuxième enjeu serait la viabilité économique d'un hôpital sans maternité et sans chirurgie. Certes, des hôpitaux existent sur ce modèle et l'argument le plus souvent avancé pour les défendre est l'insuffisance de médecins traitants sur le territoire. Dès lors, quelle est ou quelle peut être la pertinence de la structure hospitalière pour répondre à ce besoin de santé ?

Une des nombreuses options qui existent pour ces établissements est la mise en place de centres de soins non programmés. Contrairement aux urgences, ces centres ne sont pas ouverts le week-end ou la nuit. Ils permettent donc de réduire le personnel

⁴⁵ Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements de CH, 2007, « les fermetures des chirurgies publiques et maternités en France : bilan de 9 années (1997-2005) », p.6.

⁴⁶ Cour des Comptes, décembre 2014, « Les maternités cahier 1 : analyse générale », p.62

nécessaire à leur bon fonctionnement tout en apportant une réponse au manque de médecins traitants.

Cela a été, par exemple, mis en place dans le Centre Hospitalier du Contentin à Valognes. Bien entendu, ce centre est adossé à une structure hospitalière vers laquelle les médecins peuvent adresser les patients qui ont besoin d'une hospitalisation. Cette option, dans le scénario ici décrit, aurait donc pu être envisagée.

Conclusion

Si, le rapprochement des pôles et la fusion des établissements semblent, de par la similitude des établissements, leur volume d'activité et leur proximité géographique, couler de source à première vue, de nombreux obstacles à cette fusion existent et ont pu être détaillés.

Malgré ces difficultés, la fusion entre les sites est en bonne voie et un véritable rapprochement entre les pôles est amorcé. La nécessité de cette coopération pour garantir l'avenir des deux sites chirurgicaux a été intégrée par les deux pôles et les relations entre les pôles continuent à s'intensifier. La rédaction d'un projet médical partagé concrétise les perspectives de coopération des deux pôles.

La rédaction de ce projet médical partagé s'est faite, selon une méthodologie décidée par la direction, permettant aux médecins de participer à sa rédaction mais sans leur en déléguer la responsabilité. Ce choix de ne pas retenir une rédaction entièrement participative a permis d'impliquer autant que possible les médecins dans la processus rédactionnel sans positionner les chefs de pôle et les présidents de CME en tant que pilotes principaux de la rédaction du projet. Ce choix, très différent des expériences qu'ont pu vivre d'autres établissements, a été judicieux dans la situation du GHNE du fait d'un calendrier restreint et d'une volonté d'écrire un projet très restructurant. Pour autant, il ne faut pas y voir une méthodologie sans faille puisqu'elle induit, de par son organisation, une certaine passivité du côté médical qui peut être regrettée et pourrait limiter l'adhésion du personnel médical.

Grâce à ce travail et à des coopérations préalablement mises en place, le rapprochement des pôles est aujourd'hui enclenché et doit permettre une véritable fusion des pôles. Le rapprochement des pôles en vue de la fusion aura été réussi, selon les chefs de pôle, si les équipes sont fédérées autour d'un projet médical auxquelles elles adhèrent et des pratiques médicales qui convergent et qui les rassemblent. Les éléments de mesure de cette adhésion sont donc, d'une part les votes des CME qui ont été très largement favorables au PMP sur les deux sites, et, d'autre part, l'implication des praticiens dans le projet établi pour les années à venir.

Si, dans l'immédiat, l'adhésion médicale au projet est forte et perceptible, l'objectif de fusion est fixé à un horizon de plus d'un an et celui du projet d'établissement d'unique est encore plus lointain. De ce fait, les pôles devront continuer à coopérer tout en étant distincts juridiquement plus d'un an puis fonctionner pendant quelques années en tant qu'unité bi-site unique.

Ainsi, l'approfondissement du rapprochement des pôles repose sur la mise en œuvre du PMP qui a été voté dans les mois et années à venir. Cette mise en œuvre sera d'autant plus facile que le projet de site unique se concrétisera et que l'adhésion actuelle au PMP se poursuivra. Le moment de la fusion sera, également, crucial puisqu'il marquera

l'avènement d'un pôle unique auquel les deux sites appartiendront et où le recrutement et le pilotage de l'activité devra être fait de manière équilibrée et équitable entre les sites. La question des répartitions de rôles et de responsabilités, encore non abordée jusqu'ici, soulèvera nécessairement des heurts qui seront modérés par un rapprochement suffisant des pôles pour que cela se passe dans les meilleures conditions possibles.

Au-delà des éléments mentionnés dans ce mémoire, l'un des aspects les plus délicats à appréhender et le plus mis en avant par les chefs de pôle dans la réussite du rapprochement des pôles est l'entente entre les membres des différents sites. Ces relations interpersonnelles, que je n'ai pas traitées, sont particulièrement difficiles à appréhender et à améliorer bien qu'elles aient d'importantes conséquences sur la pérennité de relations constructives entre les pôles. Cet élément, difficilement pilotable, peut et doit donc être compensé par une organisation des relations entre les sites suffisamment solide et fiable pour éviter que des problèmes, d'ordre interpersonnel, viennent empêcher le bon fonctionnement du pôle fusionné.

Sources et bibliographie

Rapports

IGAS, 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? », 273 p.

ANAP, avril 2013, « Gestion des lits, retours d'expérience », 54 p. Disponibilité : <http://documentation.fhp.fr/documents/19075G.pdf>

MILON A., 15 avril 2008, « Sur l'avenir de la chirurgie en France », Rapport d'information du Sénat, n°287, 50 p.

VALLANCIEN G., 3 Avril 2006, « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », 77 p.

Cour des Comptes, décembre 2014, « Les maternités cahier 1 : analyse générale », 117 p.

Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements de CH, 2007, « les fermetures des chirurgies publiques et maternités en France : bilan de 9 années (1997-2005) », 14 p.

Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France, 14 octobre 2010, « Rapport d'observations définitives, centre hospitalier de Longjumeau (91) », 37 p.

Articles

DUMONT J.-P., 2006, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences sociales et santé*, Volume 24 Numéro 4, p. 97-127.

PAUL E., PHELEP J.-C., GEORGES-PICOT A., 2016, « Dossier : coopération public/privé », *Gestions hospitalières*, mars 2016, n°554, p. 164-191.

PRADALIE G et SORIANO E., avril 2016, « La création d'une Direction du Système d'Information commune entre Centre Hospitalier de Valence et Hôpitaux Drôme Nord », *Finances Hospitalières*, n° 101, Suppl., p. 13-16.

POILLEUX J., 2003, « Pour une nouvelle organisation des urgences chirurgicales hospitalières », *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, p. 11-12.

Livres

ZOLEZZI C., mai 2015, **Tout savoir sur la fusion hospitalière**, Presses de l'EHESP, Rennes, 180 p.

HAAS D., LEBRUN D., SECHER J.-E., CANIARD E., 2012, **Des restructurations hospitalières et des hommes**, Presses de l'EHESP, 128 p.

DUROUSSET J.-L., 2010, **Le privé peut-il guérir l'hôpital ?**, Nouveaux débats publics, 220 p.

COLLOMBERT A. et ALFANDARI P., 2007, **L'hôpital et les réseaux de santé. Professionnalisme des consultants**, Collection management socio-économique, approche globale de l'entreprise, Edition ECONOMICA, 294 p.

Conférences

« La chirurgie dans les GHT », Séminaire FHF, 15 avril 2016, Académie Nationale de Chirurgie à Paris.

Textes juridiques : lois et décrets

Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009, relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Question orale sans débat n° 0715S de M. Jacques Mézard, JO Sénat du 12/11/2009, p. 2606

Mémoire

Anne-Céline LABANSAT-BASCOU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique –
2015-2016

Mémoire de l'EHESP, filière D3S, Mathieu MONIER, « La direction commune, une étape vers la fusion ? Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault. », promotion 2008-2009, jury décembre 2009, 68 p.

Données

SAE 2003. Ministère des solidarités, de la Santé et de la Famille. Banque de données de la Fédération hospitalière de France.

Hospidiag, disponible sur : http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.accueil_hd.sas

Liste des annexes

Annexe 1 : guide d'entretien avec les chefs de pôle

Annexe 2 : comparaison des activités chirurgicales du Cash de Nanterre et du CHO

Annexe 1 : guide d'entretien avec les chefs de pôle

1. Qu'est-ce qu'une fusion signifie et implique pour vous ? Quels en sont les intérêts et les inconvénients ?
2. Avez-vous déjà vécu une fusion ?
3. Qu'avez-vous pensé du déroulement, de la méthode retenue pour la rédaction du PMP ?
4. Auriez-vous aimé que sa rédaction vous soit déléguée et comment auriez-vous procédé ?
5. Qu'est-ce qu'une équipe médicale territoriale selon vous ? (Quelle mobilité, quelle participation de chacun)
6. Qu'est-ce qui fait une fusion réussie ?
7. Quelles auraient été les perspectives s'il n'y avait pas eu de projet de site unique ? La fusion aurait-elle été envisageable ?
8. Pensez-vous que l'on puisse définir des seuils d'activité pour un établissement, pour une spécialité voire par praticien ?

Annexe 2 :

	Cash Nanterre	de	CHO
RSA Chir HC 2010	2000 (57/lit)		1720 (57/lit)
RSA Chir HC 2014	1560 (44,6/lit)		1596 (53/lit)
RSA Chir ambu 2010	1391 (139/pl)		596 (119/pl)
RSA Chir ambu 2014	1500 (150/pl)		830 (166/pl)
Lits de chirurgie en HC	35		30
Places d'ambulatoire	10		5

LABANSAT-BASCOU	Anne-Céline	Octobre 2016
FILIERE EDH Promotion 2015-2016		
Rapprochement et coopération des pôles de chirurgie de deux établissements en vue d'une fusion.		
<p>Résumé :</p> <p>L'objectif de ce mémoire a été d'appréhender les enjeux du rapprochement de deux pôles avant une fusion, en prenant appui sur l'exemple des pôles de chirurgie du GHNE.</p> <p>Je me suis appuyée sur la littérature existante sur le sujet, les réunions auxquelles j'ai assisté, les retours d'expérience de différents professionnels et les entretiens individuels avec les deux chefs de pôle concernés.</p> <p>Après avoir décrit le contexte et les spécificités du GHNE, je me suis attardée sur la constitution d'une équipe médicale, sa définition et sa mise en place. J'ai comparé les différentes méthodologies possibles pour constituer cette équipe et en définir les contours.</p> <p>Enfin, j'ai abordé la question de la répartition des activités entre les sites qui se pose aujourd'hui au GHNE mais qui se posera, également, à l'ensemble des établissements dans le cadre des GHT.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>FUSION, RAPPROCHEMENT, POLE, DIRECTION COMMUNE, EQUIPE MEDICALE TERRITORIALE, PROJET MEDICAL PARTAGE, CHIRURGIE</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

