



EHESP

EDH

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion

**Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire
et des conséquences d'une décision stratégique des
Hôpitaux du Sud-Bretagne**

Clément TRIBALLEAU

Remerciements

Je remercie Thierry GAMOND-RIUS, chef d'établissement, pour son accueil chaleureux et pour m'avoir associé à des réunions stratégiques qui ont permis de nourrir ce mémoire.

Je tiens à remercier vivement Karin MASINI-CONDON, directeur adjoint et maître de stage, pour le temps qu'elle m'a accordé, sa bienveillance, ses conseils et ses réflexions imaginées toujours inspirantes.

Je remercie Philippe SIMONET, directeur adjoint en charge des coopérations au CHBS ; Stéphane GUILLEVIN, élève D3S et futur directeur délégué du CHPLR ainsi que Marie-Christine YAN, directrice adjointe en charge des coopérations au CHQ avec qui j'ai travaillé à la préfiguration du GHT dans une ambiance positive et constructive.

Je remercie Gildas LE BORGNE, directeur adjoint, pour ses témoignages éclairants sur l'histoire hospitalière locale, ses conseils et sa disponibilité sans failles pour tous les élèves directeurs d'hôpital de passage au CHBS.

Je remercie l'ensemble de l'équipe de direction du CHBS ainsi que les directeurs du CHQ, le directeur du CHLF et la directrice déléguée du CHPLR avec qui j'ai pu partager mes réflexions sur les dynamiques de coopérations et d'intégration à l'œuvre.

Sommaire

Introduction	1
1 « Apprendre à se connaître » : des coopérations ancrées de longue date entre les hôpitaux du Sud-Bretagne	7
1.1 <i>Des complémentarités publiques et une concurrence certaine avec le privé</i>	7
1.1.1 Un partage de l'offre publique de soins consécutif à de fortes restructurations	7
1.1.2 Une concurrence importante avec l'offre privée.....	11
1.2 <i>Des coopérations accrues dans la période récente malgré des freins sur certaines spécialités médicales</i>	12
1.2.1 Des engagements réciproques des établissements concrétisés dans la gouvernance	12
1.2.2 Des difficultés persistantes à certains rapprochements.....	14
2 « Sauter le pas » : la préfiguration du groupement hospitalier de territoire comme déclencheur du choix de la fusion des établissements	17
2.1 <i>La réception du dispositif du GHT par les Hôpitaux du Sud-Bretagne : mettre de la souplesse face à la complexité</i>	17
2.1.1 Un parcours réglementaire complexe à comprendre pour les acteurs.....	17
2.1.2 Une méthode de travail resserrée aboutissant rapidement à des premières propositions sur la gouvernance.....	19
2.2 <i>Le choix de la fusion au sein d'une gouvernance construite par « cercles concentriques »</i>	22
2.2.1 Le premier cercle, celui de la fusion des membres de l'ancienne CHT : un processus décisionnel impliquant fortement les élus, les présidents de CME et les organisations syndicales	22
2.2.2 Le deuxième cercle, celui du GHT : la prise en compte des spécificités de la santé mentale.....	25
2.2.3 Le troisième cercle, celui des coopérations : des liens avec les autres établissements qui restent à structurer	27
3 « Se mettre en mode fusion » : un projet à hauts risques qui nécessitera un pilotage stratégique important pour aboutir à un véritable groupe hospitalier	29
3.1 <i>Tirer les leçons du passé : une fusion peut échouer</i>	29
3.1.1 Une opération de fusion comprend plusieurs risques	30
3.1.2 Des recommandations de méthode à prendre en compte	31
3.2 <i>Préparer la création d'un établissement unique : vers de nombreux travaux stratégiques à engager</i>	31

3.2.1	Gouvernance et pilotage du projet : vers le « choc de simplification »	32
3.2.2	La fusion comptable et financière : aligner les process budgétaires et préparer l'harmonisation financière en lien avec les partenaires	34
3.2.3	Les systèmes d'information : réussir la convergence	36
3.2.4	Les RH : chantier le plus important au regard du volume et des risques.....	37
3.2.5	Les marchés publics : transformer l'essai	39
3.3	<i>Envisager l'intégration post-fusion : comment construire une culture de groupe hospitalier ?</i>	41
3.3.1	L'apport d'une stratégie de communication pour accompagner la transition vers le groupe hospitalier.....	41
3.3.2	De l'acculturation des identités d'établissements à l'appropriation d'une identité commune au groupe : le rôle des valeurs et du temps.....	42
	Conclusion	45
	Bibliographie	47
	Liste des annexes	I
1	Les limites des outils de coopération existants	II
2	Historique des réformes visant la recomposition hospitalière	III
3	Les outils de coopération hospitalière existants avant la création des GHT	IV
4	Les territoires de santé bretons.....	I
5	Evolutions des propositions de l'ARS Normandie sur la définition des périmètres de GHT au 1 ^{er} semestre 2016.....	I
6	Calendrier de déploiement du projet médical partagé et instances de gouvernance du GHT.....	II
7	Cartographie des GHT.....	III
8	L'intérêt de la convention de direction commune couplée au GHT.....	IV
9	Organigramme de la direction commune des quatre établissements MCO (CHBS, CHQ, CHPLR, CHLF) à partir de du 1 ^{er} octobre 2016.....	V
10	Tableaux de synthèse des conséquences du GHT, d'une direction commune et d'une fusion sur la gouvernance hospitalière présentés aux élus locaux par les chefs d'établissement.....	I
11	Proposition de structuration du projet de fusion.....	I
12	Proposition de modèle d'arrêté de fusion	II
13	Projet d'ordonnance d'application de l'article 204 de la LMS issu de la septième vague de concertation.....	III
14	Cartographie des logiciels existants entre les quatre établissements de la future direction commune	VI
15	Exemples de cibles de convergence des systèmes d'information.....	VII
16	Un premier inventaire (non exhaustif) des règles RH à harmoniser.....	VIII

17	Projet d'organigramme de la fonction achat commune du GHT	I
18	Exemples de communications internes du CHBS et du CHQ sur le GHT.....	I

Liste des sigles utilisés

AC : Aide à la Contractualisation	FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
ADH : Association des Directeurs d'Hôpital	FIR : Fond d'Intervention Régionale
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance	FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalière
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	FNHAD : Fédération Nationale des Etablissements de l'Hospitalisation à Domicile
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation	GHSB : Groupe Hospitalier Sud-Bretagne
ARS : Agence régionale de santé	GIE : Groupement d'Intérêt Economique
ARTT : Aménagement et de la Réduction du Temps de Travail	GIP : Groupement d'Intérêt Public
AVC : Accident Vasculaire Cérébral	GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
CAP : Commission Administrative Paritaire	HCS : Hôpitaux de Champagne Sud
CHCB : Centre Hospitalier du Centre-Bretagne	HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail	IPDMS : Indice de Performance Durée Moyenne de Séjour
CLASMO : Cellule Locale d'Accompagnement Sociale pour la Modernisation	IRCH : Impact des Recompositions et des Coopérations Hospitalières
CME : Communauté Médicale d'Etablissement	ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire	PAAT : Plan d'Actions Achat Territorial
CSOS : Commission Spécialisée de l'Offre de Soins	PFME : Pôle femme-mère-enfant
CTE : Comité Technique d'Etablissement	PM : Personnel Médical
DAF : Dotation Annuelle de Financement	PMP : Projet Médical Partagé
DDFIP : Direction Départementale des Finances Publiques	PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
DG ; Directeur Général	PNM : Personnel Non-Médical
DGA ; Directeur Général Adjoint	PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement
DGFIP : Direction Générale des Finances Publiques	PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
DPI : Dossier Patient Informatisé	PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
DRH : Direction des Ressources Humaines	SIB : Syndicat Inter-hospitalier de Bretagne
DSI : Direction des Systèmes d'Information	SMUR : Service Médicalisé d'Urgence et de Réanimation
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale	SROS : Schéma régional d'Organisation Sanitaire
ETPR : Equivalent Temps Plein Rémunéré	T2A : Tarification A l'Activité
FICOM : Fichier COMMun de structure	

Introduction

« *Une avancée historique* » : c'est ainsi que les maires de Lorient et de Quimperlé ont qualifié la décision de fusionner au 1^{er} janvier 2018 les Centres Hospitaliers de Bretagne Sud¹, de Quimperlé, de Port-Louis-Riantec et du Faouët le 7 juillet 2016 devant la presse². Quelques jours auparavant la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, officialisait la création de 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT), mode nouveau de coopération entre les établissements publics de santé³. Dans ce contexte de promotion et de valorisation institutionnelle des GHT, le choix de la fusion, outil parmi d'autres permettant de procéder à des restructurations hospitalières⁴, peut étonner. En effet « *après une période de fortes incitations, il semble que les opérations de coopération soient désormais privilégiées aux opérations de fusion* »⁵ comme en témoigne le développement des outils juridiques de coopérations entre établissements de santé dans la période récente : communauté hospitalière de territoire (CHT), groupement de coopération sanitaire (GCS)... La fusion hospitalière a semblé nettement moins utilisée dans la période récente par rapport à celle précédant le milieu des années 2000⁶. Pour autant cette modalité de restructuration garde toujours une certaine actualité dans le secteur sanitaire public comme dans le secteur privé comme le montrent les régulières publications dans la presse spécialisée⁷, cela malgré que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ait appelé à « *la prudence dans l'utilisation de l'outil* » en mars 2012⁸.

Souvent critiquée, en l'espèce « *La fusion est loin d'être un affaiblissement, au contraire* » affirmait le maire de Riantec⁹. Cette dynamique, portée tant par les équipes de direction que les élus locaux, peut étonner au premier abord d'autant qu'elle n'a été ni imposée par la loi, ni mise en avant par l'Agence régionale de santé (ARS) au contraire d'autres opérations de fusion¹⁰. Pour autant il s'avère que le dispositif du GHT a eu un rôle majeur dans cette prise de décision.

¹ Centre Hospitalier composé de trois sites répartis sur Lorient, Ploemeur et Hennebont.

² Quimperlé. *Le nouveau groupe hospitalier se structure*, Ouest France du 10 juillet 2016.

³ *135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott*, Dépêche Hospimédia du 8 juin 2016.

⁴ La fusion est un mode de restructuration hospitalière au même titre que les fermetures et conversion de services, les regroupements d'entités sur site unique et les coopérations entre établissements.

⁵ LAUDE L. LOUAZEL M., *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013, vol. 31, n°2-3, p.93-106.

⁶ « *Si les fusions ont été encouragées dans la deuxième moitié des années 90, le rythme s'est ralenti au milieu des années 2000 au profit des directions communes ou d'opérations de coopération* ». LAUDE L. LOUAZEL M., *Ibid.*

⁷ Par exemple *Unicancer veut opérer des fusions au sein de 20 sites hospitaliers pour aboutir à 9 CLCC*, Dépêche Hospimédia du 20 juillet 2015 ; *La chambre régionale des comptes envisage la fusion du CH de Riom avec le CHU de Clermont-Ferrand*, Dépêche Hospimédia du 26 avril 2016 ; Dépêche Hospimédia du 30 mai 2016, *Les CH de Châteauroux et du Blanc finalisent leur projet de fusion* » Dépêche Hospimédia du 4 mai 2016 ; *Le CH des Marches-de-Bretagne finalise une nouvelle fusion et son intégration en GHT*, Dépêche Hospimédia du 30 mai 2016.

⁸ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y, BONNET J-L., *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, IGAS, 2012.

⁹ Ouest France, *Ibid*

¹⁰ Par exemple le Centre Hospitalier de Carhaix et le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest. Cf le communiqué de l'ARS Bretagne du 30 juin 2015 : *Centres hospitaliers de Brest et Carhaix : une fusion très positive qui doit être complétée*.

Le GHT est un dispositif législatif instauré par l'article 107 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le principe du GHT est relativement simple comme le rappelle l'exposé des motifs de la loi : « *L'adhésion d'un établissement public de santé à un groupement hospitalier de territoire, pour permettre la mutualisation de certaines activités comme par exemple les systèmes d'information, la formation initiale ou certaines fonctions support, telles que les achats, est rendue obligatoire. Et, désormais, sur un même territoire, les établissements d'un même groupement porteront un projet médical commun.* ». Réforme annoncée dès l'automne 2014 par la mission ministérielle relative à la mise en œuvre des GHT confiée à Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau le 17 novembre 2014, il est à noter qu'aucune mention au GHT n'apparaissait dans le compte rendu Conseil des ministres du 15 octobre 2014, ce dernier évoquant seulement des « *des projets médicaux communs de territoire* »¹¹. Pour autant l'examen a posteriori de la loi, a pu amener à parler de « révolution silencieuse » au vu de l'impact de cette mesure sur la carte hospitalière¹².

Comme l'ont rappelé Frédéric Martineau et Jacqueline Hubert avec force dans leur rapport intermédiaire remis en mai 2015 à la Ministre : « *nous avons la conviction qu'il est possible de garantir, par des synergies territoriales entre hôpitaux publics, un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour nos concitoyens. Les groupements hospitaliers de territoire nous paraissent être l'opportunité, pour les hospitaliers que nous sommes, d'endosser cette responsabilité territoriale* ». L'objectif affiché est de mettre en place « *une gradation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation* » et à cette fin « *d'élaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et organise une offre de soins de proximité et de recours* ». Ces objectifs consensuels n'ont pas fait l'objet de modifications substantielles lors des débats parlementaires, hormis sur le fait que le projet médical initialement « unique » est devenu un projet médical « partagé », terminologie plus consensuelle.

Davantage de discussions ont lieu au printemps 2015 sur le fait de savoir si le GHT devait avoir la personnalité morale. Cette option n'a pas été celle préconisée par la mission au motif « *de la dilution des responsabilités et de la lourdeur administrative induite (duplication d'instances et de budgets)* »¹³ en soulignant les limites des outils de coopération existants ([Annexe 1](#)). Au contraire, plusieurs acteurs ont pris position en faveur de la personnalité morale, notamment la conférence des directeurs CH soulignant que « *cette personnalité morale permettra de construire une structure commune à ses membres au lieu de positionner l'une d'entre elles en acteur agissant pour le compte des autres, dans une logique purement centralisatrice* »¹⁴. Le législateur a pourtant retenu ce choix de l'absence de personnalité morale et par conséquent d'un « portage » par un établissement support de fonctions au titre du groupement. C'est un choix déterminant qui a des conséquences importantes sur le management du groupement et dont certains juristes ont pu souligner

¹¹ Compte rendu du Conseil des ministres du 15 octobre 2014, gouvernement.fr, visité le 29/08/2016.

¹² La "révolution silencieuse" des hôpitaux se prépare dans un climat de méfiance, Sciences et Avenir du 27 juin 2016.

¹³ Le rapport rappelle à ce titre que c'est l'une des raisons principales du recours extrêmement limité aux GCS – établissements de santé qui disposaient de la personnalité morale (22 en 5 ans).

¹⁴ Les directeurs de CH souhaiteraient que les GHT soient dotés de la personnalité morale, Dépêche Hospimédia du 1^{er} avril 2015.

On peut noter que l'Association nationale des centres hospitaliers locaux (ANCHL) a pris une position exactement inverse. L'ANCHL s'oppose à la personnalité morale des GHT, Dépêche Hospimédia du 7 avril 2015.

les difficultés potentielles de fonctionnement « voire des risques notamment de contentieux »¹⁵. Nous y reviendrons.

De plus, la question du caractère obligatoire du GHT a pu faire débat, notamment de la part des acteurs du champ la santé mentale¹⁶. Ce sont « les limites des outils coopérations existants » qui ont conduit les rapporteurs de la mission à préconiser une adhésion obligatoire. « *Compte tenu de leur ambition, les GHT ne peuvent donc qu'être obligatoires pour tous les hôpitaux publics. En effet, permettre à un ou plusieurs établissements de s'exclure de de cette organisation en réseau, revient à « laisser des trous dans la raquette » de ce principe fondateur de l'hôpital public qu'est l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* » rappellent les rapporteurs. C'est ce qui a été retenu par le législateur et a conduit le Président de la Fédération hospitalière de France (FHF), Frédéric Valletoux, à affirmer que ce caractère obligatoire constitue « *un immense pas* »¹⁷, aboutissement de la stratégie de groupe portée par la FHF depuis plusieurs années¹⁸.

Les points essentiels de l'article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016¹⁹

Chaque établissement public de santé doit adhérer à un GHT.

Des dérogations sont possibles pour les établissements présentant une spécificité dans l'offre de soins territoriale.

Peuvent être établissements associés ou partenaires : les hôpitaux des armées, Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie, les établissements de santé privés, les centres hospitaliers universitaires.

Le GHT est fondé sur la conclusion par les établissements qui le créent d'une convention constitutive. Cette convention définit :

- _ Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention ;
- _ Les délégations éventuelles d'activités ;
- _ Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements parties au groupement ;
- _ L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;
- _ Les modalités de la gouvernance.

Le GHT suppose la délégation de quatre fonctions par les établissements parties à l'établissement support : systèmes d'information hospitaliers (SIH), département de l'information médicale (DIM) de territoire, fonctions achats, coordination des écoles, plans de formation et plans de développement professionnel continu (DPC). D'autres mutualisations, facultatives, sont envisageables au choix des partenaires.

¹⁵ HOUDART L., *Groupement hospitalier de territoire – personnalité morale*, Note du Cabinet Houdart du 23 juin 2015.

¹⁶ *L'Adesm veut que les hôpitaux psychiatriques expérimentent différentes configurations de GHT*, Dépêche Hospimédia du 12 février 2016.

¹⁷ *Groupements hospitaliers de territoire : une "vraie révolution" pour la FHF*, Localtis du 22 janvier 2016.

¹⁸ *L'hôpital public a besoin d'une « stratégie de groupe »*, Interview de Claude Evin, ancien Président de la FHF pour le magazine *Pharmaceutiques* de mai 2008.

¹⁹ Extraits de *L'Echo Juris Santé spécial Loi de modernisation de notre système de santé, L'essentiel la loi pour les hospitaliers en 32 fiches*, CNEH, janvier 2016, Chapitre 2, fiches 6 à 12.

Les établissements parties sont également tenus d'organiser en commun les activités d'imagerie et de biologie médicale.

La certification des établissements parties sera conjointe.

L'examen de l'EPRD²⁰ et du PGFP²¹ de chaque établissement se fera au regard de l'ensemble des établissements parties au GHT.

Divers outils sont prévus pour faciliter le pilotage du GHT : rôle singulier de l'établissement support, compétences spécifiques reconnues au chef de l'établissement support, mise en place d'instance (comité stratégique, comité territorial des élus, instances représentatives des personnels communes), création de pôles inter établissements.

A la différence du GHT, la fusion est une modalité de restructuration plus ancienne ancrée dans un historique de volontés politiques de recomposition de la carte hospitalière depuis 1970²² ([Annexe 2](#)). Du latin *fusio*, il s'agit en sciences physiques du passage d'un corps de l'état solide vers l'état liquide. « *Pour obtenir une réaction de fusion, il faut rapprocher suffisamment deux noyaux qui, puisqu'ils sont tous les deux chargés positivement, se repoussent. Une certaine énergie est donc indispensable pour franchir cette barrière et arriver dans la zone très proche du noyau, où se manifestent les forces nucléaires capables de l'emporter sur la réaction électrostatique* »²³. Cette définition issue des sciences physiques est relativement inspirante pour le manager hospitalier, car elle montre les dynamiques d'attraction et de répulsion en jeu dans une opération de fusion d'établissements. Il s'agit aussi d'une illustration scientifique de deux enjeux majeurs que le management doit appréhender pour ce qui concerne la « répulsion » : la défense identitaire et la résistance au changement. Au niveau des organisations sanitaires, il est possible de s'en tenir à la définition simple de l'IGAS : « *une fusion se définit comme la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes* »²⁴. Avec les directions communes, il s'agit d'un dispositif qui permet la conduite d'opérations lourdes et des rapprochements entre les structures hospitalières s'ajoutant aux outils traditionnels de coopération qui se sont multipliés dans la période récente ([Annexe 3](#)). Dans l'échelle des degrés d'intégration des outils de coopération, il s'agit du dispositif le plus abouti et le plus lourd dans sa mise en œuvre. Dans un rapport remis au Parlement le 20 juin 2016, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) constatait que « *si les fusions concernant les EPS restent limitées, elles progressent régulièrement, et ont doublé en 10 ans passant de 68 fin 2004 à 133 fin 2014* », un mouvement qui apparaît donc significatif²⁵.

Participation obligatoire, délégations de compétences obligatoire, trésorerie commune, certification commune, EPRD consolidé, le GHT est donc un objet juridique « mixte » dont l'intitulé laisse penser qu'il s'agit d'un dispositif conventionnel de « *mise en œuvre d'une stratégie commune* » mais avec des attributs assez intégratifs. Comme le résume Me Laurent HOUDART dès le printemps 2015 de façon un peu provocatrice, « *cet outil ressemble à de la coopération, porte la dénomination de « groupement ». En réalité, c'est un pas définitif vers la fusion. Il aurait dû se dénommer « groupe » et non « groupement*

²⁰ Etat prévisionnel des recettes et des dépenses.

²¹ Plan global de financement pluriannuel.

²² Loi Boulin du 31 décembre 1970.

²³ « *Les réactions de fusion* », <http://www-fusion-magnetique.cea.fr> visité le 31/08/2016.

²⁴ *Ibid* p.3.

²⁵ Direction générale de l'offre de soins, Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014.

»²⁶. La presse généraliste a elle-même repris l'analogie au milieu de l'année 2016 parlant d'« hôpitaux en fusion »²⁷.

Pour Zaynab RIET, Directrice du Groupe Hospitalier du Havre et Présidente de la Conférence nationale des Directeurs de centres hospitaliers (CNDCH) « *il y aura très vraisemblablement des GHT de première et deuxième génération* »²⁸. C'est ainsi aux GHT de première génération auxquels ce mémoire va particulièrement s'intéresser, c'est-à-dire aux groupements dont le périmètre apparaît relativement clair et où les coopérations ancrées de longue date permettent d'envisager une intégration forte au regard du contenu du dispositif législatif et surtout réglementaire relatifs au GHT. L'analyse de la décision de fusion des hôpitaux du Sud-Bretagne dans le contexte de préfiguration du GHT permettra de mettre en lumière l'intérêt que peut représenter la fusion mais aussi les risques subséquents ainsi que les enjeux en termes de management stratégique, organisationnel et opérationnel.

« *L'avenir est quelque chose qui se surmonte. On ne subit pas l'avenir, on le fait.* » exhortait George Bernanos dans *La liberté pour quoi faire ?* Comment expliquer le choix ambitieux et original²⁹ des établissements publics de santé³⁰ du Sud-Bretagne de fusionner dans le contexte de mise en place du GHT et dans quelles conditions les établissements peuvent-ils parvenir à créer les synergies nécessaires dans la préparation de la fusion pour la rendre effective et ainsi ne pas subir l'avenir mais le faire ?

En termes de méthode, dans un premier temps, une recherche de la littérature existante a permis de faire un état des lieux théorique et juridique des différentes « gammes » de coopérations et de restructurations dans le champ hospitalier pour en dégager les avantages et les inconvénients. En complément, une veille de l'actualité sur les groupements hospitaliers de territoire a permis de constituer un fonds documentaire sur les évolutions en cours au 1^{er} semestre 2016.

Les stages réalisés respectivement à la Fédération hospitalière régionale des Pays de la Loire et au Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) ont mis l'auteur en immersion dans les problématiques afférentes aux GHT, pour une part avec la définition d'une stratégie régionale de la Fédération à présenter à l'ARS Pays-de-la-Loire, pour une autre part dans la préfiguration du GHT du territoire de santé n°3 de Bretagne. Dans ces deux environnements, les positionnements des acteurs ont pu être analysés au fur et à mesure qu'étaient dévoilées les évolutions législatives et réglementaires sur le GHT.

Concernant les choix stratégiques réalisés par les établissements sud-bretons, une analyse rétrospective a été réalisée sur cette préfiguration du GHT et sur la décision de fusion par des entretiens semi-directifs avec plusieurs acteurs afin de mieux comprendre leurs ressentis quant à ces évolutions et les conséquences managériales, organisationnelles et plus généralement humaines de ces opérations³¹.

Enfin, cet examen a été mis en perspective au moyen d'un recueil d'expériences d'autres établissements tant en matière de fusion hospitalière que sur la démarche de constitution

²⁶ HOUDART L., *Coopération ou fusion ? Mutualisation ou délégation ? L'ambiguïté du « groupement » hospitalier de territoire*, Revue hospitalière de France, n°563.

²⁷ FAVEREAU Eric, *Les hôpitaux en fusion*, Libération, 30 juin 2016.

²⁸ *Il y aura très vraisemblablement des GHT de première et de deuxième génération*, Interview de Zaynab RIET et du Dr Thierry GODEAU, Hospimédia, 30 juin 2016.

²⁹ Au vu des recherches effectuées, jusqu'alors la fusion d'au moins quatre centres hospitaliers en même temps, sur une échelle totale de plus de 2200 lits et places, n'a jamais été réalisée.

³⁰ Nous utiliserons par commodité par la suite l'acronyme EPS.

³¹ Entretiens avec des chefs d'établissement, des directeurs adjoints notamment chargés des RH, des finances, des achats et de la logistique, des directeurs des soins, des présidents de CME.

du GHT afin d'identifier les spécificités du territoire sud-breton, les points communs, les alternatives et les modèles envisageables.

Afin de resituer la décision stratégique de fusion des hôpitaux du Sud-Bretagne dans son contexte, il conviendra tout d'abord de présenter l'historique et l'état des lieux des coopérations entre les hôpitaux publics du territoire (I). Pour les GHT les plus intégrés, le travail sur le groupement hospitalier de territoire peut donner lieu, sous certaines conditions, à une volonté de dépassement rapide de la notion de GHT pour tendre vers celles de directions communes et de fusion (II). La fusion est néanmoins une opération complexe couplée à celle de mise en œuvre du GHT : elle nécessite des conditions de réussites tant managériales, que techniques et humaines qu'il s'agira d'identifier (III).

1 « Apprendre à se connaître » : des coopérations ancrées de longue date entre les hôpitaux du Sud-Bretagne

Le territoire de santé n°3 de Bretagne est de dimension limitée relativement à d'autres territoires, l'ARS Bretagne ayant privilégié un découpage qui respecte les bassins de vie. Ces derniers, en Bretagne, correspondent peu aux limites départementales³². Dans le Morbihan ils se structurent autour de deux agglomérations, Lorient et Vannes, et autour d'une ville moyenne, Pontivy, pour le Centre-Bretagne ([Annexe 4](#)).

Sur le champ plus spécifiquement hospitalier, ce territoire a la chance de disposer en 2016 d'une offre publique de soins marquée davantage par complémentarité que la concurrence (1.1). Les établissements publics de santé de ce territoire se sont engagés depuis plusieurs années sur le volet des coopérations, « terreau propice » à une intégration avancée (1.2).

1.1 Des complémentarités publiques et une concurrence certaine avec le privé

1.1.1 Un partage de l'offre publique de soins consécutif à de fortes restructurations

A) Les établissements en présence

Le CHBS est un établissement divisé en trois sites principaux répartis sur trois communes : Lorient (site du Scorff), Hennebont (site de Kerlivio) et Ploemeur (site de Kerbernès)³³. Il est l'établissement de référence du territoire de santé n°3 de la région et le premier par sa taille et ses missions. Sa zone d'influence s'étend à une population d'environ 300 000 habitants. Les patients proviennent principalement des communes de Lorient, Lanester, Hennebont et Ploemeur représentant environ 45% des séjours.

Il emploie 2861,3 équivalents temps plein (ETP) dont 217,07 ETP de personnels médicaux et 58 ETP d'internes pour une capacité de 1047 lits MCO³⁴ / SSR³⁵ / USLD³⁶ – EHPAD³⁷-MR ainsi que 107 places dont 101 en MCO (15 en UCA³⁸, 82 en médecine, 4 en obstétrique) et 6 en accueil de jour pour MR³⁹.

Il offre un plateau technique complet (bloc opératoire, appareils d'imagerie, laboratoire, accélérateurs de particules...). Un deuxième IRM de dernière génération doit être installée à l'automne 2016 renforçant l'attractivité de l'établissement. Le CHBS intègre l'ensemble des spécialités de médecine et chirurgie avec une place importante des activités de l'établissement consacrées à la cardiologie, à la cancérologie et à la gériatrie avec une filière intégrée. Il accueille 48000 urgences par an. Les activités MCO sont prises en charges dans un bâtiment neuf, le Scorff, et les activités de SSR et de gériatrie sont pris en charge également dans un bâtiment neuf, Kerlivio.

Le Centre Hospitalier de Quimperlé (CHQ) est un établissement divisé en quatre sites : trois situés à Quimperlé (La Villeneuve, Kerglanchard et Bois-Joly) et un EHPAD à Moëlan-sur-

³² Projet régional de santé 2012-2016 de l'ARS Bretagne.

³³ Cinq si l'on ajoute l'EHPAD de La Colline à Hennebont et l'Unité sanitaire du Centre pénitentiaire de Ploemeur (USCPP) répartie sur trois communes.

³⁴ Médecine / chirurgie / obstétrique

³⁵ Soins de suites et de réadaptation

³⁶ Unités de soins de longue durée

³⁷ Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes – maison de retraite

³⁸ Unité de chirurgie ambulatoire

³⁹ Chiffres de l'année 2015.

Mer. Il dispose de 569 lits et de 45 places. L'activité se décompose en spécialités de médecine, psychiatrie (un secteur), SSR et hébergement. L'établissement dispose également d'un service d'urgences (environ 20 000 passages par an). A la différence des autres EPS du territoire de santé, il est situé dans le Finistère et relève des autorités afférentes pour certaines activités (Préfet du Finistère pour les autorisations de soins sans consentement et Conseil départemental du Finistère pour le financement des activités d'hébergement).

Le Centre Hospitalier du Faouët⁴⁰ (CHLF) est un hôpital de proximité⁴¹ situé au nord-ouest du territoire de santé n°3 disposant de 231 lits et places et couvrant un territoire d'environ 20 000 habitants. Il réalise des activités d'hébergement, de médecine et de SSR couvrant les besoins de la population âgée.

Le Centre Hospitalier de Port-Louis-Riantec (CHPLR) est l'autre hôpital de proximité du territoire⁴². Il a la particularité de se situer de l'autre côté du Blavet à 10 minutes en navette maritime de Lorient et à 25 minutes en voiture. Il résulte de la fusion des hôpitaux de Port-Louis et de Riantec et prépare un projet de reconstruction sur un site unique situé à Riantec. Il dispose de 293 lits et places avec des activités d'hébergement, de médecine et de SSR.

Enfin, l'Etablissement public de santé mentale (EPSM) Jean-Martin Charcot est l'établissement de référence sur le champ de la santé mentale pour l'ouest du département du Morbihan. Situé sur la commune de Caudan, à proximité de Lorient, il est organisé en trois secteurs (trois pour adultes et un pour enfants) et compte une vingtaine de sites de proximité : hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques, etc.

B) Un territoire de santé marqué par de fortes restructurations hospitalières

L'histoire des établissements publics de santé (EPS) du territoire est marquée par de fortes restructuration tant sur l'agglomération lorientaise que quimperloise.

A Lorient, tout d'abord, l'hôpital de Lorient a fusionné avec celui d'Hennebont en 1997 pour former le Centre Hospitalier de Bretagne Sud actant le transfert des activités de chirurgie, d'obstétrique et d'urgences sur Lorient contre le projet alternatif de reconstruction d'un nouvel hôpital sur le territoire de l'agglomération⁴³. Ces évolutions ont fortement marqué les élus locaux et les personnels de l'établissement tant au moment de la décision de la fusion qu'au moment des transferts d'activité⁴⁴. Si cette fusion paraît aujourd'hui largement « digérée », les personnels les plus anciens du CHBS estiment qu'elle a nécessité une dizaine d'années avant de voir s'effacer les anciennes identités des deux établissements. A cette fusion s'est ajoutée la fermeture de l'hôpital des armées Calmette en 1999 et la reprise de l'activité civile par le CHBS⁴⁵. Les sept hectares de terrain et de bâtiment situés en centre-ville de Lorient ont été mis à disposition par la mairie sous forme d'un bail emphytéotique⁴⁶ au CHBS, qui a fait le choix d'y redéployer ses activités après des débats

⁴⁰ Ou Centre Hospitalier Le Faouët.

⁴¹ Ex-hôpital local. Instruction DGOS/R2/R5 no 2014-222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Le site alternatif était géographiquement plus proche de la voie rapide et plus éloigné du centre-ville de Lorient que le site actuel.

⁴⁴ *La maternité quitte l'hôpital : le maire proteste*, Le Télégramme du 7 avril 1999 ; STAMANE A-S, *Santé. Pour la sauvegarde de l'hôpital d'Hennebont*, L'Humanité du 12 décembre 2003.

⁴⁵ *L'hôpital des Armées bientôt « récupéré » par le CHBS*, Le Télégramme du 24 juillet 1999.

⁴⁶ Un bail emphytéotique (appelée aussi emphytéose) est un bail de longue durée, d'au moins 18 ans et d'au plus 99 ans. Il s'agit d'un droit réel immobilier, qui doit faire l'objet d'une publicité foncière,

longs et animés entre les élus locaux et avec les tutelles pour arriver à ce choix⁴⁷. La première tranche de ce projet immobilier a été livrée en 2007 avec l'installation du pôle femme-mère-enfant (PFME). La seconde a été livrée en 2013⁴⁸ rassemblant les activités MCO⁴⁹. Parallèlement, en 2012, a été inauguré un nouveau bâtiment à Hennebont⁵⁰. En outre, dans le même temps, la deuxième maternité du territoire appartenant à la Clinique du Ter à Ploemeur, à proximité de Lorient, a fermé en 2009 alors que 900 accouchements y étaient pratiqués chaque année.

Le territoire de Quimperlé a également connu des restructurations fortes avec la fermeture de la maternité et du bloc opératoire⁵¹ du CHQ à l'été 2007 ce qui n'a pas été sans remous tant au niveau national⁵² qu'au niveau local⁵³. Néanmoins, la réaffectation de tous les personnels relevant de la maternité et de la chirurgie sur le CHBS et la coïncidence avec l'ouverture du PFME ont contribué à ce que cette restructuration puisse arriver à son terme.

De fait, toute l'activité d'obstétrique a donc basculé sur le CHBS entre 2007 et 2009, générant des surcoûts importants car non prévus dans le projet initial malgré les mises en garde de l'établissement auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) sur la probabilité de ce scénario.

Le panorama des activités fait donc apparaître une offre publique de soins clairement complémentaires : les prises en charge des pathologies aiguës étant centrées sur le CHBS autour d'un plateau technique unique avec une offre de proximité notamment sur Quimperlé, les prises en charge des pathologies chroniques étant davantage réparties sur les différents établissements du territoire. Les champs où les complémentarités sont encore à développer sont les soins de suite et de réadaptation (offre sur les quatre établissements MCO) et la santé mentale (le secteur de Quimperlé étant un des plus petits secteurs de psychiatrie de France, à proximité de l'EPSM mais dans un autre département : le Finistère).

C) Des dynamiques financières et d'attractivité médicale divergentes

La situation en 2016 fait apparaître des différences importantes de situation entre les établissements :

- _ Un établissement de référence, le CHBS, situé au centre du territoire de santé⁵⁴, de taille importante et au cœur d'une agglomération peu étendue mais dense ;
- _ Un établissement de taille moyenne, le CHQ, situé dans le Finistère, mais sur un bassin de vie clairement orienté vers Lorient, à vingt kilomètres de l'établissement de référence ;

et qui peut être saisi ou hypothéqué. Le preneur peut également sous-louer les biens pris en location ou louer les immeubles qu'il a construits. A l'issue du bail emphytéotique, les constructions ou améliorations réalisées par le locataire deviennent la propriété du bailleur, en principe sans indemnité, sauf clause contraire.

⁴⁷ Les élus de Lorient étant favorables à une implantation sur ce site alors que les élus d'Hennebont plaident pour une implantation sur un site situé à mi-distance entre les deux communes. P.-Y. LAUTROU, *L'hôpital de la discorde*, L'Express du 10 avril 2003.

⁴⁸ *François Hollande inaugure l'hôpital du Scorff*, Ouest France du 1^{er} juillet 2013.

⁴⁹ Les deux ensembles forment Le Scorff.

⁵⁰ Dénommé Kerlivio.

⁵¹ Avec une activité qui se centrerait essentiellement sur de la chirurgie digestive et orthopédique.

⁵² Situation du centre hospitalier de Quimperlé - Question orale sans débat n° 0894S de M. Louis Le Penec (Finistère - SOC) publiée dans le JO Sénat du 29/12/2005 - page 3313.

⁵³ *Maternité. Quimperlé entre en résistance*, Le Télégramme du 18 septembre 2005.

- _ Un établissement spécialisé, l'EPSM Charcot, de petite taille relativement aux autres établissements publics de santé mentale de la région ;
- _ Deux établissements de proximité, le CHPLR et le CHLF, situés respectivement au sud-ouest et au nord-est du territoire.

C'est notamment dans le domaine des résultats financiers que la situation à la fin de l'année 2015 fait apparaître des dynamiques divergentes.

Le CHBS montre une activité en progression de 3,8% en MCO entre 2010 et 2014 avec une progression plus forte en 2015 de 1,89%. Les recettes de titre ¹⁵⁵ ont également progressé en 2015 (+1,4%) grâce à un travail important réalisé sur leur optimisation depuis l'arrivée dans le nouveau bâtiment. Malgré une situation déficitaire qui a valu un placement de l'établissement en plan de retour à l'équilibre (PRE) en 2013, les mesures d'économies prises notamment pour maîtriser les dépenses de titre ¹⁵⁶ ont permis à l'établissement de retrouver l'équilibre en 2015, un an avant l'échéance prévue par le PRE. L'établissement conserve cependant un déficit cumulé important (-9,5 M€ sur un budget annuel de 245 M€) lié aux charges de financement des investissements immobiliers majeurs évoqués précédemment (282 millions d'euros financés à 85% par l'emprunt) et aux déficits des années précédentes. Le résultat 2015 (excédent de 2,5 M€) et les premières estimations du résultat 2016 permettent de constater que l'établissement prend la mesure des avantages conférés par de nouvelles installations (meilleure gestion des flux, renforcement des actes réalisés en ambulatoire et de l'activité de consultations).

Sur le plan de l'attractivité médicale, les difficultés de recrutement étaient fortes en anesthésie et en médecine d'urgence jusqu'en 2015 et ont pesé sur les dépenses de titre 1 du fait du recours à l'intérim médical. Néanmoins, ces problèmes de recrutement médicaux ont été résolus en 2016 pour l'anesthésie et le seront à la fin de l'année 2016 pour les urgences. Après une phase de grande difficulté quant à l'attractivité médicale, l'établissement a retrouvé une dynamique d'attraction grâce à l'unicité du plateau technique et la possibilité de développer de nouvelles spécialités.

Avec la reconversion des activités d'obstétrique et de chirurgie vers des activités davantage tournées vers les soins de suite et de réadaptation pneumologiques et la gériatrie, le CHQ a désormais la particularité d'avoir des ressources liées à l'activité qui représentent une part non majoritaire de ses ressources (environ 1/3 des recettes). Si la situation financière était jugée satisfaisante en 2008 par la CRC⁵⁷, les investissements immobiliers importants réalisés depuis, les recrutements notamment sur les urgences et surtout la baisse des recettes d'activité depuis 2014 liée aux difficultés de recrutements médicaux en médecine, la baisse des aides à la contractualisation (AC)⁵⁸ ainsi que le gel des dotations annuels de financement (DAF) des activités de psychiatrie depuis 2013 ont entraîné l'établissement vers des résultats déficitaires (-400 000 € en 2014, -1 M€ en 2015). Cet « effet de ciseau » semble s'aggraver pour 2016 malgré un PRE en vigueur depuis fin 2014 à l'origine d'une dégradation du dialogue social tant avec les équipes médicales qu'avec les organisations syndicales.

⁵⁵ Produits de l'Assurance Maladie.

⁵⁶ Charges de personnel

⁵⁷ Chambre régionale des comptes de Bretagne, Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Quimperlé, janvier 2010.

⁵⁸ En 2014 l'établissement a perdu 500 000 € d'aides à la contractualisation.

L'Établissement public de santé mentale (EPSM) Charcot voit quant à lui sa dotation annuelle de fonctionnement gelée depuis 2012 et ses dépenses d'exploitation augmentées. Les mesures d'économies prises notamment en 2014 et en 2015 pour y faire face ont généré des mouvements sociaux importants au sein de l'établissement.

Enfin, les établissements de proximité enregistrent une situation financière moins dégradée que les deux précédents. Le CHLF, après une période 2012-2014 marquée par des mesures d'économies en dépenses (de titre 1 notamment), a retrouvé une dynamique positive en termes d'activité grâce à la salarisation de ses praticiens. Les premiers effets en 2016 de la réforme du financement des hôpitaux de proximité⁵⁹ sont venus concrétiser ces efforts réalisés sur l'activité en termes de recettes. Le CHPLR est pour sa part dans une situation plus difficile à cause du coût du recours à l'intérim médical (248 000 € par an) mettant potentiellement en péril les activités de médecine sur l'établissement en l'absence de recrutement d'un praticien depuis 2015.

Ce panorama montre donc des dynamiques divergentes, notamment entre le CHBS et le CHQ, qui ont pesées dans les discussions sur les coopérations en 2016.

1.1.2 Une concurrence importante avec l'offre privée

Le territoire de santé est marqué par une concurrence forte avec l'offre privée, notamment sur l'agglomération lorientaise. En effet, si le CHBS emporte largement les parts de marché sur sa zone d'attractivité sur la médecine et l'obstétrique (respectivement 70% et 92% en 2014), il est minoritaire sur l'activité de chirurgie avec 35% de parts de marché. Cela s'explique par la présence de deux cliniques privées : l'une à Lorient, la Clinique mutualiste de la Porte de l'Orient⁶⁰, l'autre à Ploemeur (à proximité de Lorient), la Clinique du Ter⁶¹. Par le passé la répartition de l'offre était relativement équilibrée entre les trois établissements, le CHBS et la Clinique du Ter se partageant la chirurgie orthopédique, gynécologie et ORL⁶², la Clinique de la Mutualité se centrant davantage sur la chirurgie vasculaire, urologique et digestive. Seulement, le rachat de la Clinique du Ter, qui appartenait auparavant aux médecins actionnaires, par le groupe Vitalia a marqué un changement de stratégie de la clinique commerciale dans le but de conquérir de plus grandes parts de marché et de réaliser d'importantes opérations en capital et en investissements. Cette nouvelle stratégie commerciale a occasionné plusieurs départs de chirurgiens et de médecins de la Clinique du Ter (sur des spécialités comme le rachis, la chirurgie digestive, la chirurgie thoracique, l'orthopédie, l'urologie⁶³) vers la Clinique mutualiste, ce qui a modifié les équilibres qui prévalaient auparavant avec une concurrence plus forte envers la chirurgie publique du territoire.

Le CHBS a pour sa part fait également le choix de développer des activités traditionnellement dévolues au privé : chirurgie bariatrique, chirurgie ophtalmologique, etc. La concurrence s'est donc accrue sur le territoire de santé.

⁵⁹ Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement : mise en place d'un financement mixte combinant dotation forfaitaire annuelle variable et complément financier conditionné.

⁶⁰ Etablissement adhérent du Groupement Hospitalier Mutualiste Français (GHMF) et donc rattaché à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP).

⁶¹ Etablissement du groupe ELSAN, 2^{ème} groupe d'hospitalisation privée en France, rattaché à la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). Ce groupe est né de la fusion de Vedici et Vitalia en janvier 2016.

⁶² Oto-rhino-laryngologie.

⁶³ En 2017 en urologie.

Il est à noter enfin la présence d'établissements privés en soins de suite et de rééducation (Centre mutualiste de Kerpape à Ploemeur, Maison Saint-Joseph à Quimperlé), dont l'envergure régionale voire interrégionale du premier ne permet pas de parler de véritable concurrence avec les EPS et le second ayant un partenariat privilégié avec le CHQ (projet de bâtiment commun en 2020).

1.2 Des coopérations accrues dans la période récente malgré des freins sur certaines spécialités médicales

1.2.1 Des engagements réciproques des établissements concrétisés dans la gouvernance

A) Des projets médicaux, médicotechniques et logistiques communs

Sur le champ médical, plusieurs constructions communes ont marqué des rapprochements entre les hôpitaux publics du territoire : constitution d'une filière gériatrique intégrée CHBS-CHPLR-CHQ-CHLF⁶⁴ ; filières intégrées en gastro-entérologie et sur l'AVC⁶⁵ ; mutualisation des astreinte médicales entre CHBS et CHPLR ; postes de praticiens partagés⁶⁶ ; consultations avancées en cardiologie, en hépato-gastro-entérologie et en chirurgie. Ce dernier point a constitué un axe stratégique mis en en avant par le chef d'établissement dans le bilan des coopérations : en effet le choix a été fait de ne pas refacturer ces consultations sur les établissements périphériques considérant qu'elles permettaient d'alimenter l'activité chirurgicale programmée sur l'établissement de référence⁶⁷. Néanmoins, un bilan a posteriori montre qu'il faut être vigilant sur ces consultations avancées : l'activité doit être suffisante pour remplir la journée ou la demi-journée du praticien. A défaut, le risque est celui d'un découragement et d'un désintérêt du praticien menant à la fin de la convention. Il faut également être vigilant à ce qu'elles ne soient pas vécues comme une « agression » par les médecins libéraux.

Sur le champ médicotechnique, les coopérations et les intégrations ont fortement progressé : constitution d'un groupement de coopération sanitaire de biologie, création d'un groupement d'achat de pharmacie, stérilisation commune, mise en place d'une permanence des soins commune en imagerie au CHQ. Sur ce dernier point, la coopération a permis de réduire fortement les dépenses d'intérim médical au CHQ qui pouvait s'élever jusqu'à 400 000€ par an.

Enfin, des synergies assez intégrées sur la logistique existent depuis longtemps sur le territoire. La création en 2011 d'une cuisine commune entre l'EPSM et le CHBS sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) a permis de mutualiser les coûts afférents à la restauration. Le CHPLR a lui-même pour projet de rejoindre le GIP à l'horizon 2020. En outre, un GCS est historiquement constitué entre les établissements du territoire avec une blanchisserie, une pharmacie à usage intérieur (PUI) et un service de médecine du travail uniques.

⁶⁴ « *Forme de proto-CHT où pour la première fois tous les directeurs et présidents de CME des établissements publics de santé du territoire étaient autour de la table* » selon le Directeur du CHLF.

⁶⁵ Accident vasculaire cérébral.

⁶⁶ Depuis la fin de l'année 2015, chaque nouveau praticien recruté au CHBS l'est en poste partagé sur les établissements de la CHT à 10 ou 20% minimum.

⁶⁷ Mesure également mise en place entre les établissements du territoire de santé n°7 de Bretagne.

Il est à noter enfin que sur le champ des systèmes d'information, le CHBS et CHQ ont fait le choix de migrer vers le dossier patient informatisé (DPI) avec le même éditeur⁶⁸.

B) Des choix forts sur la gouvernance : CHT, direction commune, directions partagées

Les quatre établissements MCO ont officialisé le 12 février 2014 la création d'une CHT avec l'EPSM et l'Hospitalisation à domicile (HAD) associative en tant que membres associé⁶⁹. Ce dispositif facultatif pour les établissements instauré par la loi HPST⁷⁰ du 21 juillet 2009 devait permettre d'améliorer les synergies entre établissements publics de santé sans être pour autant doté de la personnalité morale, au contraire des GCS par exemple. S'il n'a rencontré qu'un succès limité au niveau national⁷¹, le bilan des trente mois de fonctionnement pour ce qui concerne les Hôpitaux du Sud-Bretagne est positif⁷². Les instances communautaires ; commission de communauté, directoire commun, bureau, comité des présidents de communauté médicale d'établissement (CME) ; ont permis de rapprocher les élus, les équipes polaires et de direction sur les sujets de coopération qui concernaient les établissements de la CHT. Par ailleurs, la constitution d'un comité de direction commun se réunissant tous les trimestres a permis de resserrer concrètement les liens entre les équipes de direction des quatre établissements en instaurant une dynamique managériale nouvelle facilitant la coordination des actions et la construction des projets portés en communs.

En 2014 a été également instaurée une direction commune entre le CHBS et le CHPLR. Ce choix, à l'initiative des deux directeurs, a été moteur pour l'établissement de proximité. Pour la Directrice adjointe déléguée au CHPLR : « *La direction commune a permis d'avoir une voix qui porte davantage auprès de la tutelle pour faire avancer les projets, notamment celui de la reconstruction de l'hôpital qui trainait depuis longtemps* ». De plus, le CHPLR peut bénéficier depuis de l'expertise technique de l'établissement de référence (direction des travaux mise à disposition) pour son projet de reconstruction, ressource dont il n'aurait pu disposer en interne.

Enfin, des directions partagées ont été mises en place à partir de 2013 entre le CHBS et le CHQ : direction des finances, direction des systèmes d'information, direction des affaires médicales. S'agissant de directions que l'on pourrait qualifier de régaliennes, cette décision traduit une véritable marque de confiance entre les deux établissements. Pour exemple, le Centre Hospitalier de La Rochelle et celui de Rochefort, bien que très avancés dans les coopérations territoriales, ont fait le choix jusqu'alors de ne pas partager ces directions⁷³. Le bilan de ces directions partagées est globalement positif : elles ont permis de faire avancer de nombreux sujets communs sur chaque champ, notamment la DSI partagée pour la mise en place du DPI. Néanmoins, les trois Directeurs ont eu à gérer une « dispersion »

⁶⁸ Sillage édité par le Syndicat interhospitalier de Bretagne (SIB).

⁶⁹ L'HAD de Lorient-Quimperlé a la particularité d'être fortement territorialisée avec un taux de patients accueillis par rapport à la population qui est « l'un des meilleurs de France » selon Elisabeth HUBERT, Présidente de la Fédération nationale des établissements de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD). *Hospitalisation à domicile. Lorient, site « remarquable »*. Le Télégramme du 23 février 2013.

⁷⁰ Hôpital, patients, santé.

⁷¹ 39 CHT identifiés en 2013 et 45 à l'automne 2014 (cf [Annexe 1](#))

⁷² Bien qu'il n'ait pu être formellement réalisé car déjà synthétiquement dressé dans le « projet de santé » de la CHT en 2015 ainsi que par manque de temps pour cause de mise à l'agenda rapide de la préfiguration du GHT.

⁷³ Une DSI du groupement va néanmoins être constituée à l'automne 2016.

dans leur exercice managérial liée aux nombreux déplacements entre les établissements et instances à suivre et à concilier. Pour le Directeur général adjoint du CHBS : « *cette contrainte est une réalité qu'il faut intégrer et s'employer à maîtriser au mieux pour éviter une perte d'énergie des acteurs* ».

C) Des projets d'établissements travaillés de concert et un « projet de santé » commun

En 2014, les quatre établissements membres de la CHT ont pris la décision d'élaborer leurs projets d'établissement selon la même méthodologie et le même calendrier avec l'accompagnement d'un consultant⁷⁴. Un diagnostic stratégique a été élaboré pour chaque établissement à partir d'une analyse quantitative de divers indicateurs (demande de soins, adéquation de l'offre, performance des structures) et une évaluation qualitative des enjeux institutionnels (entretiens avec l'ensemble des chefs de pôle, du PCME, du comité de direction). Les équipes médicales et soignantes ont été mobilisées de septembre 2014 à septembre 2015 à travers la conduite d'ateliers pour chaque pôle, l'animation de réunions sur des thématiques multidisciplinaires (urgences, gérontopsychiatrie, SIH). Par ailleurs, d'autres thématiques ont fait l'objet de réflexions spécifiques : la prise en charge des pathologies du sommeil, la biologie et les soins palliatifs.

Ces travaux ont abouti à un séminaire réunissant les équipes de direction et les chefs de pôle le 24 mars 2015. Le « projet de santé de la CHT », avatar pré-loi de santé du projet médical partagé, a été adopté par le bureau de la CHT le 19 octobre 2015 et transmis à l'ARS dans le but de conclure un contrat d'accompagnement financier. Avec un certain recul, le travail réalisé par le consultant sur les filières afin que le corps médical puisse s'approprier les orientations choisies, s'est révélé perfectible.

1.2.2 Des difficultés persistantes à certains rapprochements

L'organisation des urgences a constitué pendant longtemps un point de blocage dans les relations entre le CHBS et le CHQ. En effet, la fermeture de la maternité et du bloc opératoire du CHQ ayant été vécue difficilement par les habitants et par les élus locaux, la peur d'une fermeture du service d'urgences du CHQ est une antienne depuis de nombreuses années sur le territoire de santé. Les urgences quimperloises accueillent en effet 21 000 passages par an contre 48 000 pour le CHBS. Deux lignes de gardes équipées chacune d'un service médicalisé d'urgence et de réanimation (SMUR) et ouvertes en nuit profonde existent donc sur le territoire. A cela s'ajoute un contexte relationnel complexe entre les deux équipes médicales puisque plusieurs urgentistes lorientais ont quitté le CHBS, lui-même fragile sur ses effectifs d'urgentistes, ces dernières années pour exercer à Quimperlé. Le cœur de la crainte est donc celui d'un scénario similaire à celui des urgences de Valognes⁷⁵.

Néanmoins, quelques avancées ont eu lieu dans la période récente : la création d'une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) d'urgences ainsi que la nomination d'un chef de pôle commun sur les deux établissements ayant dans ses missions la territorialisation des activités d'urgences dans la suite du rapport du Dr Jean-Yves GRALL publié en 2015⁷⁶.

⁷⁴ L'EPSM Charcot a été associé partiellement à cette démarche pour des activités dans lesquelles ses équipes médicales sont fortement impliquées : urgences, pédiatrie, gérontopsychiatrie.

⁷⁵ *Valognes teste des urgences « allégées »*, Le Monde du 5 mars 2016

⁷⁶ Dr J.-Y. GRALL, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, juillet 2015

Par ailleurs, la télémédecine⁷⁷ reste un point faible des établissements comparé à d'autres territoires de la région⁷⁸. Seuls quelques actes d'imagerie sont interprétés à distance entre Lorient et Quimperlé. Une expérimentation de consultation avec des *Google Glass* a néanmoins permis de relancer le projet de développement de ce type d'actes en 2016.

A la fin de l'année 2015, le panorama apparaissait donc assez « dégagé ». Les problématiques de concurrence sur les plateaux techniques entre établissements proches ont été réglées depuis plusieurs années à la différence d'autres établissements de la région⁷⁹. Les coopérations ont amené à des habitudes de travail ensemble et de connaissances réciproques entre les équipes de directions et entre certaines équipes médicales malgré la persistance d'idées reçues entre les établissements, finalement naturelles à toutes communautés humaines.

⁷⁷ Acte médical à distance se décomposant en cinq actes reconnus réglementairement : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance, réponse médicale urgente apportée dans le cadre des activités de régulation SAMU

⁷⁸ On peut citer en exemple régional le projet de téléradiologie du territoire de santé n°5 avec deux permanences des soins communes (Fougères-Vitré et Rennes-Redon) et une solution technique commune aux quatre établissements. Cf pour d'autres exemples : ANAP, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe*, 9 mai 2012.

⁷⁹ Notamment les CH de Lannion et de Guingamp ainsi que les CH de Dinan et de Saint-Malo.

2 « Sauter le pas » : la préfiguration du groupement hospitalier de territoire comme déclencheur du choix de la fusion des établissements

Le premier semestre 2016 a été marqué par une décision fondamentale pour l'avenir de l'offre de soins publique dans le territoire de santé : la fusion des quatre établissements MCO. Pourtant rien ne présageait au début de l'année 2016 une évolution si rapide sur le plan stratégique. Comment expliquer ce cheminement ? Il convient d'abord de regarder la réception du dispositif réglementaire relatif au GHT par les établissements sud-bretons (1) avant d'analyser la stratégie décidée en commun par les établissements (2).

2.1 La réception du dispositif du GHT par les Hôpitaux du Sud-Bretagne : mettre de la souplesse face à la complexité

2.1.1 Un parcours réglementaire complexe à comprendre pour les acteurs

La loi de santé a été publiée au Journal officiel le 26 janvier 2016, sans que les débats parlementaires ne viennent remettre en cause le principe même de l'article 107 ni que le Conseil Constitutionnel ne remette en cause cet article sur son principe⁸⁰. Les dispositions du décret d'application de l'article 107 étaient donc très attendues par les acteurs hospitaliers, ce d'autant plus que les agences régionales de santé ont adopté des positions très différentes les unes par rapport aux autres dans la définition des périmètres. Par exemple, si l'ARS Pays de la Loire a dès le début de l'année 2015 travaillé à la définition de ces périmètres en collaboration avec la délégation régionale de la FHF⁸¹, d'autres ont présenté des schémas qui ont fortement interrogé les acteurs alors que le contenu du décret n'était pas encore connu (exemple de l'ARS Normandie en [Annexe 5](#)), quand certaines ont adopté des postures de prudence à l'image de l'ARS Bretagne. Ces schémas avec des périmètres de GHT parfois très larges ont pu interroger au regard des préconisations du rapport intermédiaire de la mission Hubert et Martineau qui notait : « *Le territoire de GHT est un territoire de projet. Il ne peut être déterminé par les frontières administratives des départements ou régions. Le périmètre du GHT correspond davantage à un bassin de vie, aux flux des patients (...). Le GHT doit avoir une taille compatible avec l'objectif de maillage des territoires. La taille du GHT doit ainsi permettre la mise en œuvre du projet médical partagé. Il s'agit donc d'une taille qui correspond à une distance acceptable (...). Il ne paraît pas raisonnable de constituer des GHT entre établissements distants de plus d'une heure*

⁸⁰ Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016 *Loi de modernisation de notre système de santé*. Considérants 59 à 67. Dans sa décision, le Conseil constitutionnel a indiqué que la différence de traitement induite par l'appartenance ou non d'un établissement à un GHT « *est en rapport avec l'objet de la loi* ». De plus, les dispositions « *n'ont ni pour objet ni pour effet de modifier les règles* » s'appliquant aux transferts d'autorisations d'équipements car elles se « *bornent à prévoir que l'appropriation du changement du lieu d'implantation peut se faire dans le même acte que l'appropriation de la convention constitutive du GHT* ». Cependant, le paragraphe IX, qui habilite le Gouvernement à prendre des ordonnances sur les mesures qui définissent les règles budgétaires et comptables des relations entre les établissements publics du groupement, est contesté. En effet, la loi omet de fixer une date à laquelle le projet de loi de ratification des ordonnances devra être déposé devant le Parlement. Le Conseil estime donc que l'habilitation de l'exécutif méconnaît les exigences de la Constitution.

⁸¹ La FHF Pays de la Loire valide par vote "un scénario de compromis" à cinq GHT départementaux, dépêche Hospimédia du 9 novembre 2015.

de trajet.» et de conclure « *Selon ces critères, il devrait y avoir entre 150 et 250 GHT sur le territoire national* »⁸².

Plusieurs versions du projet de décret ont commencé à être rendus publiques par la DGOS dès le début de l'année 2016, la deuxième version étant officiellement soumise à la concertation le 8 février 2016⁸³. Ce projet n'a pas manqué de susciter de nombreuses réactions des acteurs hospitaliers, notamment de la Conférence des présidents de CME de CH⁸⁴ jugeant « *que les conditions et les clés de la réussite des GHT ne sont pas à ce jour réunies* »⁸⁵ et de la FHF alertant quant à « *un risque de surréglementation* »⁸⁶. En effet, le niveau de détail du projet de décret initial laissait peu de marges de manœuvre aux acteurs dans la définition de la gouvernance du GHT ce qui semblait peu compatible avec la diversité des situations rencontrées sur le terrain et contraire même à l'esprit du rapport de la mission ministérielle sur lequel était pourtant basé l'article 107 de la loi.

Par la suite, l'installation d'un comité de suivi des GHT par la Ministre de la santé et des affaires sociales le 17 mars 2016 et le déblocage d'une enveloppe de 10M€ pour accompagner les établissements dans l'élaboration des GHT a été un premier signe positif permettant d'établir un dialogue quant à la mise en œuvre de cette réforme d'envergure⁸⁷. Enfin, c'est au bout de la cinquième version que le texte, composé de six articles, a été publié au Journal officiel le 29 avril 2016⁸⁸.

Il en ressort une version simplifiée sur plusieurs aspects. Tout d'abord les délais pour faire aboutir le projet médical partagé du GHT ont été allongés ([Annexe 6](#)). L'obligation d'un projet de soins partagé est également prévue alors qu'elle était optionnelle dans la troisième version du projet de décret. Au niveau de la gouvernance, plusieurs instances obligatoires sont prévues avec un modèle relativement calqué sur le fonctionnement existant des établissements publics de santé ([Annexe 6](#)). Par ailleurs, les établissements peuvent désormais constituer des pôles inter-établissements. Une possibilité de déroger au dispositif « *en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal* », par le Directeur général de l'ARS « *en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins* » est explicitement formulée.

Enfin, la remise du rapport final de la mission avec des recommandations réglementaires et de bonnes pratiques ainsi que des premiers éléments de la « boîte à outils »⁸⁹ sur les GHT est venue conclure cette séquence du printemps 2016. Au 1er juillet 2016, il était possible de compter 135 GHT⁹⁰, soit moins que la fourchette initialement prévue par la

⁸² *Ibid* p. 19.

⁸³ *Le décret sur les groupements hospitaliers de territoire est en concertation jusqu'au 24 février*, Dépêche Hospimédia du 10 février 2016.

⁸⁴ Présidée à ce moment, par intérim, par Frédéric Martineau, corapporteur de la mission *ad hoc*.

⁸⁵ *Les présidents de CME de CH dénoncent "les effets destructeurs" des orientations actuelles des GHT*, Dépêche Hospimédia du 18 février 2016.

⁸⁶ *GHT : la FHF alerte sur un risque de surréglementation et appelle à une initiative politique du Gouvernement pour sauver la réforme*, Communiqué de presse de la FHF.

⁸⁷ *Marisol Touraine tente de rassurer les hospitaliers en installant le comité de suivi des GHT*, Dépêche Hospimédia du 17 mars 2016.

⁸⁸ *Le ministère propose une version simplifiée du projet de décret GHT et rallongée dans son calendrier*, Dépêche Hospimédia du 31 mars 2016, *Le projet de décret GHT est encore modifié pour rendre obligatoire le projet de soins partagé*, Dépêche Hospimédia du 6 avril 2016, *Le décret GHT sorti au JO formalise les dérogations*, Dépêche Hospimédia du 29 avril 2016.

⁸⁹ Modèle de convention constitutive, guide de consultation des instances, vade-mecum.

⁹⁰ *135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott*, Dépêche Hospimédia du 8 juillet 2016.

mission⁹¹ ou par d'autres projections⁹². Une cartographie nationale des GHT a été rendue publique en juillet 2016 par le Ministère ([Annexe 7](#)) et définie plus précisément par la presse⁹³.

2.1.2 Une méthode de travail resserrée aboutissant rapidement à des premières propositions sur la gouvernance

A) Un pilotage en mode projet de la préfiguration du GHT

En vue de définir le GHT sur le territoire de santé n°3 de Bretagne, les quatre établissements MCO ont fait le choix de resserrer leurs échanges durant la période de préfiguration dès janvier 2016. Le bureau de la CHT s'est réuni tous les mois pour arrêter des orientations stratégiques⁹⁴ et un groupe de travail composé de plusieurs membres des équipes de direction⁹⁵ s'est constitué pour réaliser des propositions au bureau en vue rédiger la convention constitutive du GHT et les orientations du projet médical partagé. En outre, si des premiers travaux ont été engagés par le groupe de travail en vue de signer un contrat territorial d'accompagnement avec l'ARS sur les modèles d'autres territoires de la région⁹⁶, les échéances ont été repoussées en vue de faire aboutir le projet médical partagé comme fondement du contrat territorial. Les orientations du projet médical partagé ayant déjà été travaillées en 2015 lors de la rédaction parallèle des projets d'établissement, elles ont fait l'objet d'une actualisation au 1^{er} semestre 2016 en lien avec les chefs de pôle.

Néanmoins, il conviendra de réactualiser certaines des orientations définies en 2015 dans le cadre de l'élaboration des projets d'établissement afin de s'assurer de leur articulation avec les filières de soins et de leur appropriation par les chefs de service. Le constat d'un investissement inégal des équipes médicales et d'une appropriation plus ou moins forte des orientations du projet médical partagé a pu être fait lors de réunions des communautés médicales d'établissement au printemps 2016⁹⁷. Cela nécessitera donc un engagement important dans le suivi de la définition de ces orientations pour le deuxième semestre 2016. Pour autant, il est indéniable que la réunion régulière des acteurs principaux de la gouvernance des différents établissements (directions, présidents de CME, chefs de pôle) sur un mode « comité de pilotage – groupe projet » a été moteur dans le rapprochement accéléré des établissements sur la période. La réunion à plusieurs reprises du comité de direction commun a permis de faire partager les objectifs stratégiques à l'ensemble des équipes de direction.

Enfin, chaque directeur ayant dans son champ une fonction mutualisée sur la base du décret, a présenté en bureau de CHT un état des lieux et des propositions d'orientations stratégiques. A ce titre, les directeurs et attachés en charge des achats et de la logistique ont fait figure d'exemple puisqu'un état des lieux en lien avec UniHA en vue de la définition d'un plan d'action achat territorial a été engagé dès septembre 2015 : ses conclusions ont

⁹¹ Entre 150 et 250 GHT.

⁹² Le Groupe recherche sur l'impact des recompositions et des coopérations hospitalières (IRCH) projetait une « carte idéale » de 157 GHT. VIGNERON E., HAAS S., *L'amélioration de l'accessibilité aux soins. La question du territoire du GHT*. Gestions hospitalières n°554, p.139.

⁹³ Une cartographie assez précise et bien réalisée sur *Google Maps* a été publiée par Hospimédia. Elle est disponible en libre accès sur le site internet de l'agence.

⁹⁴ En intégrant les directeurs des soins des établissements pour préfigurer le fonctionnement en comité stratégique.

⁹⁵ Auquel participait l'auteur de ces lignes.

⁹⁶ Les établissements membres des CHT des territoires de santé N°1, 4 et 7 de Bretagne ont signé un contrat territorial d'accompagnement avec l'ARS Bretagne.

⁹⁷ Cela s'explique aussi par les changements de chefs de pôle en décembre 2015.

été présentées en bureau de CHT en janvier 2016. Le travail en mode projet sur les cinq établissements (l'EPSM compris) sur ce champ a permis d'engager une dynamique qui a ouvert la voie pour les autres directions fonctionnelles. Nous y reviendrons plus en détail dans la troisième partie.

B) Le choix de la direction commune comme levier pour une gouvernance « souple » Les travaux engagés sur la bases des premiers projets de décret n'ont pas manqué de susciter des inquiétudes sur le champ de la gouvernance. En effet, il est rapidement apparu qu'aux instances des établissements, déjà nombreuses, allaient se surajouter les instances du GHT (comité stratégique, comité territorial des élus locaux, collège médical ou commission médicale de groupement, CSIRMT⁹⁸ de groupement, commission ou comité des usagers de groupement, conférence territoriale du dialogue social, directoire de groupement⁹⁹). Or, l'expérience des directions et des praticiens partagés ayant des responsabilités institutionnelles avait déjà montré le caractère chronophage de ce type d'exercice. De ce point de vue, la logique « fédérative » qui transparait dans le décret du 29 avril 2016, semblait mal adapté à des territoires moins étendus où les communautés hospitalières travaillent de façon plus resserrée.

A cela, il faut ajouter les questionnements autour des mécanismes de délégations pour les fonctions mutualisées. En effet, on peut constater un glissement d'une vision coopérative (notamment dans l'étude d'impact de la loi) vers une vision intégrative entre la loi et le décret puisque ce dernier ne s'en tient pas aux délégations de fonctions et d'activités prévues par la loi, mais leur préfèrent des délégations de compétences qui restent à préciser¹⁰⁰. Comme le rappelle Dominique LAROSE¹⁰¹, « *les délégations prévues par la loi telles que précisées par le décret constituent indiscutablement, avec toutes les conséquences de droit, des délégations de pouvoir caractérisées par un transfert juridique de compétence et non une simple délégation de fonctions comme pouvait le laisser croire l'étude d'impact* ». L'établissement support « *assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement* » et non « *en leur nom* » à la différence par exemple des délégations volontaires que peuvent réaliser les collectivités territoriales entre elles. Pour Dominique LAROSE « *les délégations obligatoires de « fonctions » prévues dans le cadre du GHT feront peser une responsabilité importante sur l'établissement support, celui-ci assurant le risque financier et judiciaire des fonctions et activités exercées. Et l'on peut légitimement penser que les établissements parties ne seront pas forcément enclins à supporter financièrement les conséquences des fautes qui pourraient être commises par l'établissement support (contentieux marchés publics, codage des actes, par exemple).* »¹⁰². La prise de conscience de cette difficulté a ainsi joué un rôle important dans

⁹⁸ Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

⁹⁹ Il a été fait le choix d'ajouter un directoire au groupement pour associer les chefs de pôles aux décisions stratégiques à l'image des directoires d'établissement et a fortiori dans la perspective de la création de pôles inter-établissement.

¹⁰⁰ Le décret du 27 avril 2016 ne fixe pas les conditions de ces délégations alors même que le 7° de l'article L. 6132-7 du code de la santé publique invitait le pouvoir réglementaire à préciser, par un « *décret en Conseil d'Etat* », « *Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire.* »

¹⁰¹ LAROSE Dominique, *Transferts et délégations dans les GHT : un débat byzantin aux conséquences potentielles importantes*, Note du Cabinet Houdart du 26 mai 2016.

¹⁰² Ce constat n'est pas sans susciter des interrogations à la lecture du Vade-mecum de la DGOS qui promeut une vision beaucoup plus coopérative du GHT que le texte réglementaire lui-même par exemple sur les groupements de commande ou encore les budgets annexes.

la décision des directeurs de recourir à la convention de direction commune en vue de pouvoir adapter le niveau des délégations.

Dans ce contexte d'incertitudes juridiques préjudiciables aux coopérations territoriales déjà engagées, le choix a rapidement été fait entre les directions des établissements MCO d'engager une démarche de convention de direction commune¹⁰³. Comme le montre le schéma en [annexe 8](#), sur délibération des conseils de surveillance des établissements, ceux-ci peuvent être gérés dans le cadre d'une convention de direction commune. Chaque établissement conserve alors sa personnalité juridique, son autonomie financière et ses instances. Le directeur de la direction commune assume pour chacun des établissements partenaires les missions de chef d'établissement.

Ce mode de gouvernance qu'il soit « proposé » par la tutelle ou qu'il soit à l'initiative des établissements de santé, s'est fortement développé dans la période récente. En effet, la DGOS dénombrait fin 2014 pas moins 368 directions communes, concernant près de 40% des établissements publics de santé. Ce dispositif est marqué par un faible taux de dénonciation (12,2%) et, quand il l'est, c'est majoritairement pour procéder à une fusion (52%) ou à un élargissement du périmètre de la direction commune (16%)¹⁰⁴. C'est le cas par exemple des Hôpitaux de Champagne Sud (HCS) qui ont expérimenté une direction commune pour la première fois à l'échelle d'un département depuis juin 2015 en privilégiant deux niveaux de pilotage : « *celui de la direction commune et celui des directions d'établissement ou directions déléguées* »¹⁰⁵. Sur le territoire sud-breton, l'exemple de la direction commune entre le CHPLR et le CHBS depuis 2014 a ainsi montré qu'il était possible d'avoir un management « décentralisé et délégitif » de la direction commune¹⁰⁶. Il a en ce sens montré l'exemple pour les autres établissements, ce qui a permis d'apporter la garantie du « bon esprit » du dispositif.

Une fois l'arbitrage arrêté entre les trois chefs d'établissements en mars 2016 pour mettre en place une direction commune entre le CHBS et le CHLF ainsi qu'entre le CHBS et le CHQ, il a été proposé la constitution d'un « organigramme territorial de direction » ([Annexe 9](#)) afin d'acter la transition vers une gouvernance territoriale. Travaillé dans le cadre du comité de direction commun au printemps 2016, cet organigramme calqué sur la nouvelle organisation, a pu être vécu comme « déstabilisant » au sein de l'équipe de direction dans la mesure où il représente un acte fort de changement du management stratégique. Beaucoup de questions ont porté sur l'articulation entre directions fonctionnelles et directions de site. Toutes choses égales par ailleurs (unicité de la personnalité juridique, densité de la population), l'expérience de la constitution des groupes au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a pu nourrir la réflexion¹⁰⁷. Le principe de la transition progressive de certaines attributions des directions déléguées vers les directions fonctionnelles avec un point de vigilance particulier sur le CHQ dont la masse critique est plus importante que les établissements de proximité a été posé. Après une période

¹⁰³ Pour les deux établissements qui n'étaient pas en direction commune : CHQ et CHLF.

¹⁰⁴ DGOS, *Rapport au Parlement sur les reconfigurations de l'offre hospitalière 2012-2014*, p.46-47.

¹⁰⁵ BLUA P., *Une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT, Stratégie de groupe des Hôpitaux Champagne Sud*, Revue Hospitalière de France, n°569, p. 66-69.

¹⁰⁶ Cf 1.2.1 B)

¹⁰⁷ *La mise en place des groupes hospitaliers à l'AP-HP : une expérience à méditer ?*, Journal de l'Association des directeurs d'hôpital, n°60 de novembre/décembre 2015.

Intervention de Patrick Lambert Chef du Département des cadres dirigeants, Direction des Ressources Humaines AP-HP « *Les GHT seront-ils des AP territoriales ? L'expérience des groupements hospitaliers de l'assistance publique – Hôpitaux de Paris* » à la formation ADH PACA du 17 juin 2016 au CHU de Nice : « *Les tribulations d'un directeur d'hôpital en GHT : Être singulier, devenir pluriel...* ».

d'échanges et d'arbitrages pour chaque direction fonctionnelle et déléguée, le nouvel organigramme était arrêté au début du mois de juin 2016 et présenté aux instances pour une mise en œuvre au 1^{er} octobre 2016.

2.2 Le choix de la fusion au sein d'une gouvernance construite par « cercles concentriques »

Les grands principes des directions communes¹⁰⁸ ont été actés lors d'un Directoire commun aux quatre établissements en avril 2016. Par la suite s'est engagée une phase plus politique où le cadre imaginé à l'origine a été redessiné suivant trois niveaux d'intégration et de coopération¹⁰⁹.

2.2.1 Le premier cercle, celui de la fusion des membres de l'ancienne CHT : un processus décisionnel impliquant fortement les élus, les présidents de CME et les organisations syndicales

A) Une volonté des élus de définir eux-mêmes la gouvernance hospitalière locale

Les chefs d'établissement ont engagé dès avril 2016 un processus de consultation de leurs Présidents de Conseil de Surveillance¹¹⁰. Ces réunions, d'abord informelles, ont eu un rôle très important dans les décisions qui ont suivi. En effet, la présentation du dispositif de la direction commune et notamment de l'expérience entre le CHBS et le CHPLR à travers le témoignage du maire de Riantec a permis de dissiper les inquiétudes des autres élus qui auraient pu voir derrière ce processus, une opération de démantèlement de l'offre de soins existante sur le territoire du Faouët et de Quimperlé¹¹¹. Dès lors, l'idée de fusion a été suggérée par les élus eux-mêmes afin de simplifier les niveaux de gouvernance, lorsque leur a été présentée la proposition des conventions directions communes ([Annexe 10](#)). La littérature montre en effet que la convention de direction commune constitue souvent un prérequis à toute opération de fusion¹¹². En l'espèce, le contexte des coopérations déjà existantes couplées au nouveau cadre réglementaire a achevé de convaincre les quatre maires qu'il valait mieux « sauter le pas d'un seul coup » en actant la fusion des établissements en un seul doté de la personnalité morale.

Par la suite, cette proposition a été travaillée par les chefs d'établissement avec chaque élu respectif. Le maire de Quimperlé a notamment évoqué la nécessité d'avoir un certain nombre de « garanties » sur l'offre de soins présente sur sa commune. Une fois un accord trouvé, ces dernières ont été présentées à la presse locale le 24 juin 2016. Elles contenaient notamment l'aboutissement d'un projet important de reconstruction d'un site de SSR en lien avec une association locale PSPH¹¹³. Il est à noter que, comme pour le CHQ, ce projet a

¹⁰⁸ Il est possible de mettre un pluriel car juridiquement deux conventions de direction commune supplémentaires ont été signées. Dans les faits l'orientation est davantage celle d'une équipe de direction unique autour d'un chef d'établissement.

¹⁰⁹ Ces trois niveaux n'ont pas été imaginés comme tels, mais c'est ainsi qu'ils apparaissent au sortir du processus décisionnel du 1^{er} semestre 2016.

¹¹⁰ Les directeurs du CHBS et du CHQ avaient déjà commencé à engager des rencontres avec les maires et les députés en ce sens en janvier 2016.

¹¹¹ Ces craintes s'ancrent dans un passé récent de refus d'intérim et de direction commune. En 2013, une direction commune CHPLR-CHLF avait été proposée par l'ARS mais refusée par le Conseil de surveillance du CHLF. La même année, le Conseil de surveillance du CHQ avait refusé que l'intérim de direction soit effectué par le directeur du CHBS.

¹¹² DGOS, *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014*. A une échelle plus réduite on peut citer le mémoire de Mathieu MONIER : « *La direction commune, une étape vers la fusion ? Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault* », Mémoire EHESP, Rennes, Filière D3S, décembre 2009.

¹¹³ Etablissement privé participant au service public hospitalier.

pu trouver un écho favorable auprès de l'ARS à partir du moment où l'établissement s'engageait dans une démarche d'intégration plus forte avec les autres établissements publics de santé. De nouveau, il est apparu indéniable que le « poids » politique d'établissements fortement intégrés avait davantage d'écho auprès de l'agence que lors des négociations menées individuellement par chaque établissement sur le financement de ses projets.

Garanties extraites du communiqué de presse du 24 juin 2016 du Président du Conseil de Surveillance du CHQ et de la Directrice du CHQ

La restructuration du SSR en lien avec l'association Maison Saint-Joseph ;
La pérennité du Centre périnatal de proximité et la réhabilitation de ses locaux ;
Une meilleure identification et la réhabilitation des locaux de consultations et de soins ambulatoires ;
Un travail sur l'offre en psychiatrie en lien avec l'EPSM Charcot ;
La rénovation du site de la Villeneuve ;
Le maintien de l'ouverture du service des urgences de Quimperlé 24h/24 ;
Un examen particulier de la dotation en personnels sur la structure de Bois-Joly et de l'extension de sa capacité à moyen terme en réponse aux besoins de lits d'aval pour la population âgée du territoire.

Au début du mois de juillet 2016, les Conseils de surveillance des quatre établissements MCO se sont prononcés pour la transformation de la CHT en GHT et pour une fusion des quatre établissements à l'horizon du 1^{er} janvier 2018.

B) Une volonté du corps médical d'adapter la gouvernance du GHT en perspective de la fusion

Ce pas aurait été impossible sans l'association des corps médicaux, et notamment de leurs représentants, au processus décisionnel. Un exemple récent dans la région a montré qu'un défaut d'association précoce du corps médical au projet pouvait l'amener à l'échec¹¹⁴. En l'occurrence, pour ce qui concerne les Hôpitaux du Sud-Bretagne, les présidents de CME et les chefs de pôle ont été associés en amont de la décision. Ces derniers rejoignaient les élus et les directeurs pour constater que la gouvernance du GHT était peu adaptée au territoire de santé et que la fusion était de nature à simplifier la gouvernance notamment médicale du GHT. A ce titre, le président de CME de l'établissement support avait d'emblée émis des réserves en raison de la lourdeur des processus décisionnels liée aux nombres d'instances.

La direction du CHBS a ainsi pu s'appuyer sur un président de CME avec une forte légitimité puisque réélu pour un deuxième mandat de président en décembre 2015. Ce dernier a ainsi été porteur des préoccupations de sa communauté médicale, notamment à un moment où les aspirations des autres établissements pouvaient tendre à déséquilibrer la gouvernance médicale. Ainsi, le choix a été fait d'un collège médical (par rapport à un comité médical) avec une réévaluation du fonctionnement de cette instance à la fin de l'année 2017.

¹¹⁴ La direction du Centre Hospitalier de Quimper avait un temps envisagé un GHT avec le CHRU de Brest mais a renoncé après un référendum interne de la communauté médicale qui s'y est opposé. *Pour un groupement hospitalier de territoire distinct de Bres.*, Le Télégramme du 30 mars 2016. *Les hospitaliers finistériens s'accordent finalement sur deux GHT autour de Brest et Quimper* Dépêche Hospimédia du 31 mars 2016.

Extraits de la convention constitutive. Article 15 : Le collège médical

Le Collège médical contribue à l'élaboration, à la mise à jour et au suivi du projet médical partagé. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement.

En ce qui concerne la psychiatrie, le projet territorial de santé mentale, porté par la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT), sera présenté au Collège médical du GHT et s'inscrira dans le cadre du projet médical partagé.

Le Collège médical est tenu informé, chaque année, de la mise en œuvre du Projet Médical Partagé (PMP) et du bilan dressé par son Président.

Il donne un avis quant à la politique de recrutement médical, la recherche et l'innovation médicale sur le GHT.

En outre, les chefs de pôle ont été associés à l'actualisation des orientations du projet médical partagé, notamment en se saisissant des « pôles inter-établissements », nouveauté juridique introduite par le dispositif du GHT¹¹⁵. Alors que, jusqu'alors, les GCS étaient privilégiés sur le champ des coopérations medicotechniques, la notion de pôle inter-établissement permettra à l'établissement support de porter en propre ces missions. Ainsi les activités du GCS de biologie constitué en 2015 entre le CHBS et le CHQ ainsi que les activités d'imagerie intégreront un pôle inter-établissement, actant la dissolution du GCS. Si ce pôle-inter-établissement est censé renforcer les liens entre les équipes, les modalités de gouvernance restent complexes à établir dans un souci d'équilibre. C'est un argument supplémentaire ayant plaidé pour la fusion dans le but de résoudre cet écueil en dépassant les contraintes posées par la cohabitation de plusieurs entités juridiques.

C) Une prise en compte des inquiétudes organisations syndicales

Légitimement, cette décision a pu interroger les représentants du personnel. En effet, le projet de fusion s'ajoute à un contexte de PRE pour le CHBS et donc de mesures de redressement engagées en 2014 et en 2015 pour maîtriser les dépenses de Titre 1 (suppression de l'avancement d'échelon à la durée intermédiaire en 2014, réduction de 17 à 14 jours RTT en 2015). Des mesures similaires ont été prises au CHQ dans le cadre de son propre PRE¹¹⁶.

Pour cette raison, il est apparu impératif d'apporter la garantie aux personnels en place tant non médicaux que médicaux qu'aucune mobilité ne serait imposée dans le cadre de la fusion des quatre établissements. Le directeur du CHBS a rencontré les organisations syndicales de chaque établissement pour expliquer la démarche et le projet avant la concertation des comités techniques d'établissement sur le sujet. Ces engagements sur le fond et dans la méthode ont permis de rappeler via une communication concertée et unique pour les quatre établissements, les objectifs premiers de cette décision stratégique, c'est-à-dire la garantie de soins sécurisés et de de qualité pour les patients.

Par ailleurs, les organisations représentatives du personnel ont été concertées quant à la composition et aux compétences de la conférence territoriale de dialogue social, afin que

¹¹⁵ Proposition que l'Assemblée Nationale n'avait pas retenue dans le débat parlementaire et que le Sénat l'a réintroduit à l'initiative de la mission Hubert et Martineau.

¹¹⁶ La situation financière du CHQ a pu inquiéter en CTE et en CME du CHBS avec la crainte devoir « éponger » les déficits du CHQ alors que le CHBS venait de retrouver l'équilibre financier en 2015. Cette perception qui peut faire écho à l'actualité européenne est à nuancer puisque l'établissement ayant le déficit cumulé le plus important est le CHBS.

cette instance permette l'instauration d'un véritable dialogue social à l'échelle du GHT à l'image de ce qui existe dans les CTE de chaque établissement. La quasi-totalité de leurs propositions a pu être retenue démontrant l'engagement des directions à s'inscrire dans ce processus de dialogue social. Néanmoins, la parution d'articles dans la presse locale et de tracts durant l'été 2016 sur la question de la fusion doit amener les directions à rester vigilantes quant à la communication qui sera réalisée sur ce sujet sensible. Il conviendra dans la stratégie de communication des établissements de ne pas revenir sur la décision elle-même (« pourquoi fusionner ? »), mais sur le « comment » afin d'amener les organisations syndicales autour de la table des négociations de l'année 2017, notamment sur les questions relatives aux ressources humaines (cf partie 3).

En bilan, le GHT sera pour les quatre établissements une étape vers la fusion durant le deuxième semestre 2016 et l'année 2017. Il conviendra donc de ne pas concentrer l'attention sur le fonctionnement du GHT¹¹⁷ mais sur la préparation de la fusion. La convention constitutive du GHT elle-même sera à revoir au début de l'année 2018 pour acter les relations entre les deux principaux établissements qui la composeront (l'établissement public « territorial »¹¹⁸ et l'EPSM) ainsi qu'avec les établissements partenaires.

2.2.2 Le deuxième cercle, celui du GHT : la prise en compte des spécificités de la santé mentale

A) Au niveau national : une réception peu enthousiaste du GHT par les établissements spécialisés en santé mentale

Dès le printemps 2015, les acteurs de la psychiatrie publique et notamment l'Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM) ont abordé avec beaucoup de prudence le principe d'adhésion obligatoire à des GHT polyvalents et ont plutôt plaidé pour la mise en place de GHT « spécialisés »¹¹⁹. Le législateur n'est pas revenu sur le principe d'adhésion obligatoire mais a enrichi le texte de loi à l'article 69 avec la possibilité de constituer des communautés psychiatriques de territoire (CPT) pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement. La position de l'ADESM a par la suite évolué pour envisager différentes configurations permettant d'articuler GHT et CPT, tout en envisageant dans certains cas des dérogations à l'adhésion obligatoire¹²⁰. Pour le Président de l'ADESM, la participation aux GHT « polyvalents » devait être assortie de conditions : la garantie de maîtrise des ressources et la garantie d'être le pilote de la filière psychiatrique (incluant le handicap psychique) pour les établissements assumant les responsabilités de la politique de santé mentale et de psychiatrie, au titre de l'article 69. Au printemps 2016, la FHF annonçait qu'un tiers des établissements psychiatriques avait décidé d'intégrer des GHT polyvalents, un tiers de constituer des GHT spécifiques et un tiers envisageaient de solliciter une dérogation à l'appartenance à un groupement, comme le permet la loi¹²¹.

¹¹⁷ Notamment par exemple sur la question du règlement intérieur qui avait pu prendre du temps lors de l'élaboration de la CHT.

¹¹⁸ Terminologie employée dans les supports de communication relatifs à la décision de fusion des quatre établissements.

¹¹⁹ *L'Adesm propose de créer des GHT en santé mentale dans le projet de loi de Santé*, Dépêche Hospimédia du 3 mars 2015.

¹²⁰ *L'Adesm veut que les hôpitaux psychiatriques expérimentent différentes configurations de GHT*, Dépêche Hospimédia du 12 février 2016.

¹²¹ *Les hôpitaux psychiatriques optent en majorité pour des GHT spécialisés ou des dérogations*, Dépêche Hospimédia du 22 avril 2016.

En définitive, au 1^{er} juillet 2016, parmi les 20 établissements ayant obtenu une dérogation à l'adhésion obligatoire à un GHT, 11 étaient des établissements spécialisés en psychiatrie (dont le CH Guillaume Régnier de Rennes¹²²), certains contestant malgré tout la décision de l'ARS¹²³.

B) En Bretagne-Sud : une obligation d'adhésion pour l'EPSM Charcot

En Bretagne, les quatre établissements spécialisés en santé mentale ont décidé au printemps de demander au Directeur général de l'ARS une dérogation commune à l'adhésion obligatoire au GHT pour privilégier une participation en tant que membre associé¹²⁴. Cette position de principe a mis en difficulté le projet de préfiguration du GHT dans la mesure où pendant presque six mois¹²⁵ les quatre établissements MCO ne savaient pas s'ils allaient être rejoints par l'établissement spécialisé en psychiatrie. Néanmoins, une information régulière et des invitations au bureau de CHT et au groupe de travail ont permis de garder un lien entre les directions, malgré le fait que les communautés médicales de l'EPSM et des autres établissements dialoguent peu.

La décision de l'ARS donnée de façon informelle en avril 2016 s'est accompagnée d'un courrier à l'EPSM en date 27 mai 2016, dans lequel l'agence apportait plusieurs garanties à l'établissement¹²⁶. De fait, l'établissement a dû être intégré de façon « expresse » dans la gouvernance et les orientations médicales définies par les établissements MCO avec les garanties souhaitées : EPSM établissement « support » de la filière psychiatrique, garantie du maintien de son autonomie financière (dont versement exclusif de la DAF psychiatrie et non fongibilité dans les recettes T2A), autonomie de sa politique d'investissement.

Le territoire Sud-Breton a ainsi connu ce que de nombreux autres territoires ont vécu dans la préfiguration du GHT, c'est-à-dire les craintes de l'intégration de la psychiatrie publique dans un GHT « polyvalent ». Or, comme le rappellent fort justement le Dr Gérard MASSE et le Pr Emmanuel VIGNERON : « *Une telle exigence de dérogation, même si la loi permet de l'envisager, comporte un risque évident d'isolement et de marginalisation* ». et d'ajouter avec verve : « *Notre pays a besoin d'une politique de santé mentale s'appuyant sur un secteur psychiatrique rénové. Notre pays a besoin d'une politique de santé mentale qui soit à la hauteur de ses ambitions historiques. Notre pays n'a pas besoin d'une psychiatrie repliée sur elle-même, isolée. Notre pays a besoin d'une psychiatrie publique qui éclaire sa marche : le secteur a été initialement conçu et porté par des hommes et des femmes qui ont su saisir des opportunités à un moment donné* »¹²⁷. En définitive, la rapidité avec laquelle les instances de l'EPSM ont pu se prononcer sur l'adhésion au GHT et de façon favorable, contre toutes attentes, pour ce qui concerne sa communauté médicale d'établissement¹²⁸, témoigne du fait que derrière les idées reçues que peuvent avoir les

¹²² « *Seul le centre hospitalier Guillaume-Régnier de Rennes disposera d'une dérogation à ce principe compte tenu de sa taille et de sa spécificité hospitalo-universitaire. Il contribuera cependant à la filière santé mentale du projet médical partagé du GHT Haute Bretagne.* », communiqué de presse de l'ARS Bretagne du 4 juillet 2016.

¹²³ *Le CH spécialisé Georges-Mazurelle va boycotter les travaux du GHT de Vendée faute de dérogation*, Dépêche Hospimédia du 7 juillet 2016.

¹²⁴ *L'ARS Bretagne refuse aux EPSM l'adhésion à des GHT généralistes*, Dépêche APM du 29 avril 2016.

¹²⁵ Entre janvier et le milieu du mois de mai.

¹²⁶ Notamment sur le pilotage de la filière santé mentale, la garantie d'une non-fongibilité des dotations annuelles de financement, à l'image des demandes exprimées au niveau national par l'ADESM.

¹²⁷ MASSE G., VIGNERON E., *GHT, psychiatrie et santé mentale : les inquiétudes sont-elles fondées ?* Gestions hospitalières n°556, p. 265

¹²⁸ 3 pour, 1 contre et 4 abstentions.

parties prenantes, il est possible de s'accorder sur les moyens d'améliorer le parcours du patient souffrant de troubles de santé mentale.

2.2.3 Le troisième cercle, celui des coopérations : des liens avec les autres établissements qui restent à structurer

A) Le conventionnement avec le(s) CHU : choisir de ne pas choisir

Le dispositif du GHT confirme le renforcement des liens entre les centres hospitaliers et le centre hospitalier universitaire (CHU) et par voie de conséquence la réaffirmation du rôle régional du CHU. Cela est finalement conforme au rôle attendu d'un CHU selon l'ordonnance fondatrice de 1958 qui est tout autant un centre hospitalier régional (CHR) qu'un CHU. Ce dernier assure en effet un rôle structurant dans les missions suivantes définies au IV de l'article L. 6132-3 du Code de la santé publique (CSP) : enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ; recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ; gestion de la démographie médicale ; missions de référence et de recours.

Sur le territoire Sud-Breton, la particularité réside en ce que les établissements travaillent tant avec le CHRU de Brest que le CHU de Rennes (voire même le CHU de Nantes) selon les filières médicales. Par exemple, l'EPSM Charcot est rattaché à la subdivision universitaire de Brest quand le CHBS est rattaché à celle de Rennes. De même, le CHBS travaille en étroite collaboration avec le CHU de Brest sur la médecine légale, l'oncogénétique, la foetopathologie et avec le CHU de Rennes sur une grande partie d'autres filières médicales.

De fait, ce « rattachement » à un seul CHU tel qu'il existe dans la loi ne semble pas convenir à des centres hospitaliers situés sur des territoires intermédiaires aux divisions universitaires. Les inquiétudes médicales se sont fait entendre en commission médicale d'établissement sur la crainte d'une potentielle remise en cause de certaines filières du fait de cette disposition. Il reste à espérer que les ARS feront une application ouverte et pragmatique du texte en validant le principe d'un rattachement à deux CHU pour les GHT situés sur ces territoires intermédiaires, en fonction des filières médicales définies dans le projet médical partagé.

B) Associer les établissements médico-sociaux pour améliorer les prises en charge post-hospitalisation des personnes âgées

La question de l'implication des établissements médico-sociaux dans la démarche du GHT semble fondamentale à l'heure de la structuration des parcours d'aval et du vieillissement toujours plus important de la patientèle accueillie dans les établissements. Si ces établissements n'ont pas la même obligation que celle des EPS à adhérer à un GHT, ils peuvent en être partie ou y être associé. Les gains techniques de l'appui du secteur sanitaire apparaissent relativement évidents (système d'information, comptabilité analytique, ingénierie de projet et de travaux, marché public, qualité...), de même que « *le sanitaire découvre quant à lui les savoir-faire du médico-social, notamment en termes d'adaptation des lieux de soins aux publics les plus fragiles (autistes, personnes âgées...)* »¹²⁹.

Plusieurs réalisations avec les outils juridiques déjà existants ont montré l'exemple en ce sens : plateforme territoriale unique de coordination de la filière gériatrique du Grand Besançon, équipe infirmière de territoire au sein du groupement de coopération sociale et

¹²⁹ DE BONNAY P., TASSERY M., *Les groupements hospitaliers de territoire, un nouveau défi pour le secteur médico-social ?*, Revue hospitalière de France n°569, mars-avril 2016.

médico-sociale de l'Yonne, direction commune avec les structures gérontologiques voisines du centre hospitalier de Dieppe ou des structures médico-sociales publiques du handicap et de la gériatrie exerçant sur le territoire de Compiègne-Noyon¹³⁰.

En outre comme le rappelle Bernard ROUAULT, Directeur du Centre Hospitalier de la Haute-Côte-d'Or « *le médecin coordonnateur devra trouver une place légitime dans la gouvernance médicale. Acteur important, à l'interface entre le résident, les équipes médicales et paramédicales et les familles, le médecin coordonnateur représente un maillon essentiel du parcours de la personne âgée* »¹³¹. Il sera donc essentiel qu'il soit partie prenante de la définition du projet médical partagé sur la filière gériatrique pour faciliter le décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social.

La création d'un poste plein de directeur coordonnateur de la filière gériatrique au sein de l'organigramme de direction commune va également en ce sens (cf [Annexe 9](#)) pour développer ces dispositifs.

Sur le territoire Sud-Breton, les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été officiellement sollicités pour connaître leur position par rapport au GHT. Leur relative prudence par rapport au dispositif s'explique par l'attente de connaître les orientations des établissements du GHT sur les filières d'aval. Les établissements du GHT ont fait le choix de structurer d'abord leur filière gériatrique en un ou deux pôles inter-établissements¹³² avant d'engager des coopérations avec les EHPAD dans un second temps. Pour autant, il est à noter que d'autres territoires ont fait des choix différents à l'image du « GHT Atlantique 17 » qui a d'emblée intégré l'ensemble des ESMS publics comme membre parties au GHT dans le cadre d'une filière gériatrique intégrée.

C) Le cas particulier des relations avec Centre Hospitalier du Centre Bretagne (CHCB) : un contexte très politique

Le rapprochement entre les territoires sud et centre bretons a focalisé pendant un temps l'attention de l'ARS. En effet, le CHCB¹³³, issu de la fusion des hôpitaux de Pontivy et de Loudéac fait face à de grandes difficultés sur le plan de la démographie médicale¹³⁴ ainsi que sur le plan financier (-3,2M de déficit en 2014 réduit à -1,6 M en 2015 grâce à un PRE). En outre, le territoire de santé n°8 accuse des fuites importantes de ses patients vers les autres territoires puisque 40% des patients vont se faire soigner dans les établissements de Vannes, de Saint-Brieuc ou de Lorient.

Pour faire face à ces difficultés, l'ARS a esquissé en lien avec les directions du CHBS et du CHCB, la préfiguration d'un GHT commun aux deux territoires de santé visant à rapprocher les deux établissements sur le plan des filières médicales de façon plus poussée par rapport aux coopérations existantes (en cardiologie et en gynécologie avec des gardes assurées le weekend). Néanmoins cette proposition a fait l'objet d'un rejet de la part du Conseil de surveillance du CHCB le 30 mai 2016, les élus craignant que les patients costarmoricains se détournent du CHCB pour aller vers le CH de Saint-Brieuc¹³⁵.

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ ROUAULT B., *Vers un projet médical partagé avec les EHPAD*, Revue hospitalière de France n°569, mars-avril 2016.

¹³² L'arbitrage restait à réaliser au moment de la rédaction de ces lignes.

¹³³ Etablissement reconstruit à neuf sur le site de Kério où est également présent une polyclinique appartenant au groupe Vivalto Santé.

¹³⁴ « *depuis 20 ans, aucun jeune spécialiste ou chirurgien formé à Rennes, Nantes ou Brest, n'a intégré le corps médical de l'hôpital de Pontivy* » rappelait un médecin morbihannais dans le Pontivy Journal du 9 juin 2016 : *Centre hospitalier du centre-Bretagne : son attractivité, un problème de taille.*

¹³⁵ *Le conseil de surveillance du CH Centre-Bretagne refuse de bâtir un GHT avec Lorient*, Dépêche Hospimédia du 07/06/16.

En juin 2016 l'ARS a donc privilégié la création d'un GHT sur le Centre-Bretagne¹³⁶, un des plus petits GHT de France avec un territoire de 140 000 habitants. Comme le rappelle l'Agence, « *il est donc primordial, non seulement de maintenir les coopérations qui existent, mais aussi de développer des liens contractuels plus formalisés avec l'hôpital de Lorient pour obtenir une présence plus importante et systématique de médecins spécialistes volontaires* » au CHCB¹³⁷. Un travail de formalisation des coopérations entre les deux GHT sera donc à mener en 2016 sur les temps médicaux partagés comme le rappelait l'ARS en avril 2016¹³⁸, bien que certains élus émettent des souhaits de construction d'un « axe centre-breton »¹³⁹ Carhaix - Plouguernevel – Pontivy. Une convention sera donc signée entre le CHBS et le CHCB avant la fin de l'année 2016 incluant un « comité des élus » et une instance de dialogue social afin de resserrer le dialogue entre les deux établissements. On notera enfin qu'une étude du groupe de recherche IRCH sur les périmètres des GHT place le CHCB dans le périmètre du GHT de Lorient¹⁴⁰.

Le cas particulier des établissements privés

La Mutualité Française Finistère-Morbihan, la Maison de santé Le Divit (EHPAD privé à but non lucratif), la Clinique du Ter et l'HAD associative (déjà associée à la CHT et à la définition de son projet médical) ont sollicité officiellement les établissements publics de santé du territoire pour être des établissements « partenaires du GHT ». Il a été décidé de réaliser des conventions de partenariat dans un second temps après la constitution du GHT.

En résumé, comme le rappelait le Directeur du CHBS lors de la conférence de presse du 9 juillet 2016, ce nouvel « *établissement public territorial sera le premier employeur de son territoire : fort des compétences de ses 5 500 salariés, dont 400 praticiens, et d'un budget consolidé de près de 350 millions d'euros, il constituera un acteur public de santé incontournable au service de la population* ». De fait, si les conditions de mise en œuvre du GHT et des coopérations évoquées ci-dessus devront être travaillées après l'été 2016, il apparaît que la priorité des directions des quatre établissements MCO sera de réussir leur fusion au 1^{er} janvier 2018.

3 « Se mettre en mode fusion » : un projet à hauts risques qui nécessitera un pilotage stratégique important pour aboutir à un véritable groupe hospitalier

3.1 Tirer les leçons du passé : une fusion peut échouer

Pour reprendre la métaphore physique citée au début de ce mémoire, il faut une certaine « énergie » pour que les forces nucléaires l'emportent sur la réaction électrostatique : sans cette énergie, les deux noyaux se repoussent. Comme le rappelait un DRH ayant eu à piloter une fusion hospitalière « *C'est quand on se rapproche que l'on prend conscience de la distance qui nous sépare* »¹⁴¹.

¹³⁶ Le GHT du Centre-Bretagne est composé de trois établissements : le CHCB de Noyal-Pontivy, le CH de Guémené-sur-Scorff et la Maison d'accueil spécialisée (Mas) de Guémené-sur-Scorff.

¹³⁷ L'ARS Bretagne lâche du lest et accorde son propre GHT au CH Centre-Bretagne, Dépêche Hospimédia du 23 juin 2016.

¹³⁸ Pontivy. Hôpital : des praticiens communs à Pontivy et Lorient ?, Ouest France du 14 avril 2016.

¹³⁹ Santé : A. Guéguen pour un axe Centre-Breton, Ouest France du 6 juillet 2016.

¹⁴⁰ Carte n°2, Une simulation optimale en 157 GHT, Gestions hospitalières n°554, mars 2016, p. 143

¹⁴¹ CHEVALLIER L., Le management de la phase post-fusion : Les enseignements de l'expérience du CHANGE, Mémoire EHESP, Rennes, Décembre 2015, Filière DH.

Il ne fait pas de doutes que le mouvement de « réaction » sera présent dès le début du projet à la rentrée 2016. Il se comprend par le fait qu'intrinsèquement une fusion d'établissements est une opération risquée qui nécessite de prendre certaines précautions (1). Une fois ce point de vigilance effectué, il sera nécessaire d'engager rapidement les travaux préparatoires à la fusion dont il est d'ores et déjà possible de dessiner quelques grands axes (2). Enfin, à moyen terme il s'agira d'identifier les facteurs permettant la redéfinition des identités d'établissements pour aller vers une identité de groupe (3). A ce titre, la communication jouera un rôle fondamental que l'on ne saurait négliger.

3.1.1 Une opération de fusion comprend plusieurs risques

En 2012, l'IGAS mettait en avant plusieurs facteurs pouvant conduire à la fusion des établissements publics de santé notamment en chirurgie et en obstétrique : la pression de la démographie médicale des spécialistes, la pression des gardes et des astreintes, la position concurrentielle de l'hôpital public avec les cliniques. Si l'Inspection estimait que le mouvement de restructuration apparaissait terminé dans le secteur de l'obstétrique, elle notait qu'il était loin d'être achevé dans le secteur de la chirurgie et commençait seulement en médecine¹⁴². Elle relevait les économies d'échelle positives pour les petits établissements (inférieurs à 300 lits) tout en soulignant que le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins n'était pas automatique¹⁴³. Elle mettait en garde enfin sur le fait que « *les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts et de dysfonctionnements* »¹⁴⁴. La Cour des Comptes en 2013, exemples à l'appui, dressait un constat similaire qualifiant d'« *inachevées et imparfaites* » ces reconstitutions¹⁴⁵.

Néanmoins, dans la période récente, l'effet « à plein » de la tarification à l'activité (T2A) a été un fort outil d'incitation aux restructurations pour les établissements, notamment pour les établissements ayant une activité insuffisante pour investir, voire pour assumer des coûts de fonctionnement croissants. La mise en œuvre du « plan triennal » d'économies dans les établissements de santé depuis 2015 ne peut qu'accentuer ce constat. Il est étayé par la persistance des processus de fusions dans la période 2012-2014¹⁴⁶ : le nombre de fusion entre EPS a doublé en 10 ans. Il concerne de façon très majoritaire seulement deux établissements. Seuls 4 fusions concernaient 3 EPS sur la période et une seule en concernait 4 sur la période 1995-2011¹⁴⁷. La faible expérience de « fusions multi-établissements » doit donc amener à être vigilant sur la conduite du processus pour les établissements sud-bretons.

¹⁴² IGAS, *Ibid.*

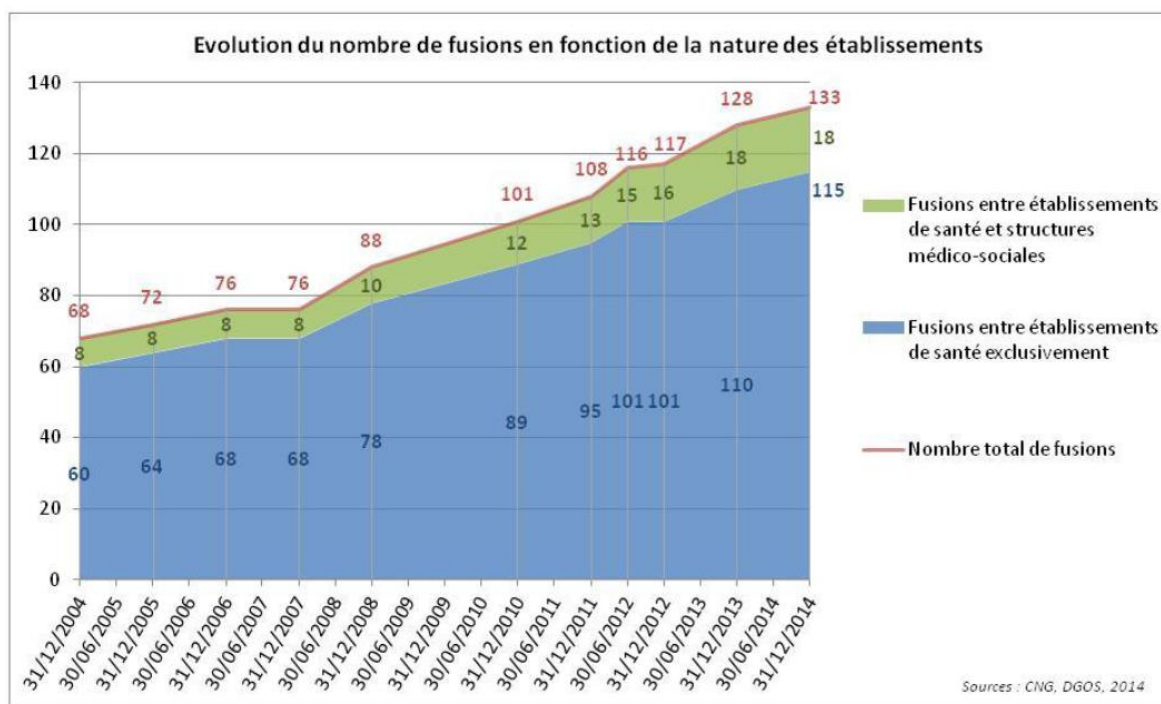
¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013, 2. Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées*, février 2013.

¹⁴⁶ DGOS, *Ibid.*, p. 49

¹⁴⁷ Cour des Comptes, *Ibid.*, p. 224



3.1.2 Des recommandations de méthode à prendre en compte

Pour l'IGAS, le temps de trajet trop important, des bassins de vie trop différents, l'absence de complémentarité des activités, la grande taille des hôpitaux et leur équivalence sont des facteurs fortement compromettant pour la conduite de la fusion¹⁴⁸. Comme démontré précédemment, aucun de ces risques n'apparaît sur le territoire de santé n°3 de la région Bretagne.

Elle nécessite par ailleurs une implication et une « *professionnalisation* » forte des responsables « *dans le cadre d'un mode projet associant étroitement responsables administratifs et médicaux* »¹⁴⁹. Par ailleurs, il faut souligner le rôle important de l'ARS qui doit être régulateur et accompagner les établissements dans cette démarche tant sur le plan financier que par la mise à disposition d'outils spécifiques pour conduire l'opération. La particularité de l'expérience du territoire sud-breton est que la fusion n'a pas été suggérée par la tutelle. Bien au contraire, elle a semblé, lors de l'annonce, ne pas répondre exactement à un agenda politique de l'Agence centré sur la constitution du GHT présenté comme un dispositif de coopération et non d'intégration. Pour autant, le poids politique conféré par les décisions des 4 Conseils de surveillance a donné une force importante à la décision stratégique de fusion vis-à-vis de l'Agence.

3.2 Préparer la création d'un établissement unique : vers de nombreux travaux stratégiques à engager

La fusion du CHBS, du CHQ, du CHLF et du CHPLR est prévue pour le 1^{er} janvier 2018 soit dans 16 mois à la date de l'écriture de ce mémoire : demain donc. Elle nécessitera une structuration très exigeante en termes de gestion de projet à l'image du dispositif mis en place au CHBS en 2013 pour l'ouverture du nouvel hôpital. Il convient donc d'en analyser les principaux enjeux touchant au pilotage et à la gouvernance (1), à la fusion comptable et

¹⁴⁸ Ces facteurs de risques sont les mêmes que ceux évalués plus tard pour la constitution des périmètres des GHT par les rapporteurs de la mission mais également par les études universitaires. Cf VIGNERON E. *Coopérations, les groupements hospitaliers de territoire entre espoirs et regrets*, Territoires et santé n°1, janvier-février 2016.

¹⁴⁹ IGAS, *Ibid*, p. 6

financière (2), à l'optimisation des marchés publics (3), à la mise en place d'un système d'information unique (4) ainsi qu'à l'harmonisation des règles de GRH (5).

Les développements qui vont suivre s'appuient notamment sur l'expérience de la fusion du Centre Hospitalier d'Annecy avec le Centre Hospitalier de Saint-Julien-en-Genevois relatée dans un ouvrage récent de Cédric ZOLEZZI¹⁵⁰. Il faut en souligner la clarté et l'opérationnalité pour le décideur hospitalier.

3.2.1 Gouvernance et pilotage du projet : vers le « choc de simplification »

A) Maintenir la simplification de la gouvernance comme fil conducteur du projet

La simplification de la gouvernance est un argument déterminant qui a prévalu lors des réunions avec les élus locaux et dans les différentes communautés médicales d'établissement. En effet, comme démontré précédemment la gouvernance du GHT apparaît comme particulièrement inadaptée à un territoire relativement peu étendu comme celui du Sud-Bretagne en ajoutant un échelon d'instances supplémentaires¹⁵¹. Le risque est alors celui de décourager les directeurs à s'investir sur l'échelon du groupement et surtout les praticiens et responsables médicaux. Pour cela, il sera important de considérer la réunion des instances du GHT dans sa configuration telle qu'écrite dans la convention constitutive comme une phase transitoire de 16 mois préalable à la fusion. De fait, il conviendra de ne pas surinvestir les éléments de gouvernance du GHT (comme la rédaction du règlement intérieur) qui devront quoi qu'il en soit être réactualisés en 2018. L'objectif à terme sera d'unifier un maximum d'instances et de laisser en local ce qui représente un intérêt (CHSCT¹⁵² notamment)¹⁵³.

B) Structurer un pilotage en mode projet à l'échelle de la direction commune

A l'inverse, un investissement important devra être réalisé sur le pilotage du projet de fusion nécessitant à minima ½ ETP de directeur à consacrer à la conduite du projet. Un comité stratégique de suivi de la fusion devra être constitué dès l'automne 2016 avec une composition qui pourrait être la suivante : les présidents de Conseil de surveillance, les présidents de CME, le DG¹⁵⁴, le DGA¹⁵⁵, le SG¹⁵⁶, le Coordonnateur général des soins, les secrétaires de comité technique d'établissement (CTE), un représentant de l'ARS¹⁵⁷. En parallèle, la démarche de définition précise du projet médical partagé du GHT pourra être animée par le président du collège médical du GHT. Il importera de bien mettre en lien les deux démarches projets qui sont intrinsèquement liées bien que le projet de fusion puisse apparaître comme concernant avant tout les fonctions « supports » et « administratives ». En parallèle des groupes de travail (potentiellement polaires) élaborant les détails du PMP, des comités de pilotage par fonction impactée par la fusion, appuyés par des comités

¹⁵⁰ ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, coll. Vade-mecum pro, Presses de l'EHESP, novembre 2015.

¹⁵¹ Par exemple, ce ne sont pas moins de 25 instances qui ont dû être réunies sur les cinq établissements en juin 2016 pour recueillir leur avis sur la convention constitutive du GHT.

¹⁵² Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail.

¹⁵³ Pour le Président de CME du CHBS 2018 devra être « *une année de transition pour préparer la CME du futur établissement afin de travailler sur l'équilibre de la gouvernance médicale, la redistribution capacitaire, la nouvelle organisation polaire et pour coller aux élections des CME initialement prévues en 2019* ».

¹⁵⁴ Directeur général.

¹⁵⁵ Directeur général adjoint.

¹⁵⁶ Secrétaire général.

¹⁵⁷ Qui pourra être alimenté par un comité de pilotage de la fusion plus restreint composé de la direction générale, des directeurs concernés et, pour les thèmes qui les concernent, les présidents de CME, chefs de pôle et certains chefs de service.

techniques et alimentés par des groupes de travail thématiques, devront être mis en place ([Annexe 11](#)). Pour ce qui concerne les directions fonctionnelles au vu du calendrier resserré, l'opportunité du recours à un consultant extérieur ou le recrutement d'un chargé de mission dédié devra être étudiée en particulier sur les volets financiers et RH (les volets marchés et systèmes d'information ayant déjà été bien travaillés dans le cadre de la préfiguration du GHT).

Il conviendra également de se rapprocher de l'ARS pour définir précisément le contenu de l'arrêté de fusion et élaborer un contrat d'engagement. Il pourra être suggéré plusieurs éléments constituant cet arrêté ([Annexe 12](#)) avec un point de vigilance particulier sur les transferts de biens, droits et obligations, afin d'éviter d'avoir à rédiger systématiquement des avenants de transfert pour l'ensemble des marchés publics passés par les établissements fusionnant. Par ailleurs, le contrat d'engagement devra prévoir l'accompagnement par l'ARS de la mise en œuvre de la fusion et définir un agenda partagé pour préparer la prise d'effet juridique de la fusion. Il s'agira de fixer des résultats cibles et des échéances : élections des instances délibératives, début de mise en application du projet médical, nouvelle configuration des pôles d'activités médicales et médicotechniques et des directions fonctionnelles, basculement des comptes des « applicatifs » informatiques en une comptabilité unique et un système d'information unique. Les coûts directement engagés par les quatre établissements, notamment sur les systèmes d'information, devront faire l'objet d'un accompagnement financier nécessaire par l'ARS¹⁵⁸.

Enfin, il conviendra de réaliser une veille réglementaire attentive. En effet, un projet d'ordonnance ([Annexe 13](#)) est actuellement en discussion dans le cadre de la septième vague de concertation sur les textes d'application de la loi de modernisation du système de santé. Il dispose que la fusion peut être réalisée à l'initiative des établissements parties et non plus seulement à l'initiative de l'ARS.

C) Choisir rapidement le mode de fusion

Une fusion entre établissements peut prendre deux formes :

- **Une fusion-création** qui suppose la disparition de tous les établissements fusionnés et la naissance d'un nouvel établissement ;
- **Une fusion-absorption** qui entraîne le maintien de l'un des établissements et la disparition du ou des autres. L'établissement restant conserve alors son siège, son numéro FINESS¹⁵⁹, ses références bancaires...

D'emblée la fusion-création met tous les établissements sur le même pied d'égalité et permet un affichage moins dramatique que celui du type « le gros mange les petits » avec le ressentiment qui peut y être associé. Cependant en termes, de charge de travail, notamment sur les volets financiers et les marchés¹⁶⁰ la fusion-absorption emporte des avantages lorsque l'asymétrie de taille est assez importante comme c'est le cas en l'espèce (un établissement support avec un plateau technique complet, un établissement de taille moyenne et deux hôpitaux de proximité).

¹⁵⁸ Des financements spécifiques à l'accompagnement des évolutions des systèmes d'information dans le cadre des regroupements hospitaliers seront mis en place. GODELUCK S., *Marisol Touraine : « Je vais engager 2 milliards d'euros d'investissement sur cinq ans pour l'hôpital »*, Les Echos du 23 mai 2016.

¹⁵⁹ Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

¹⁶⁰ Cf 3.2.2 et 3.2.4

D) Prévoir en amont la consultation des instances

Il sera nécessaire de prévoir courant 2017 le recueil de l'avis de plusieurs instances de chacun des quatre établissements : conseil de surveillance, CHSCT, CTE, CME et directoires. Les avis des conseils municipaux des quatre communes sièges devront également être recueillis. Une fois ces avis agrégés, l'ARS décidera de l'inscription à l'ordre du jour de la commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS) sur la base d'un dossier de demande d'autorisation de la fusion (qui sera préparé en pratique par le directeur des quatre établissements et transmis à l'ARS avec l'ensemble des avis et délibérations). Il est à noter qu'il s'agit seulement d'avis : il suffit donc d'inscrire le projet de fusion à l'ordre du jour de l'instance sans forcément à avoir à recueillir un avis conforme sur le projet de fusion. Une attention très particulière devra être portée au recueil de l'avis des CHSCT. Comme l'a montré la jurisprudence sur la fusion du CH du Pays d'Aix et de Pertuis¹⁶¹, un défaut de consultation du CHSCT peut conduire à l'annulation de l'arrêté de fusion, avec des conséquences potentiellement catastrophiques au stade terminal de la préparation de la fusion, d'autant plus pour une fusion de quatre établissements un établissement unique.

3.2.2 La fusion comptable et financière : aligner les process budgétaires et préparer l'harmonisation financière en lien avec les partenaires

A) Une phase de diagnostic qui devra être rapide

Un comité de pilotage spécifique associant un représentant de la Direction départementale des finances publiques (DDFIP) pourra être mis en place. Un diagnostic (potentiellement réalisé par un consultant ou un chargé de mission¹⁶²) devra être réalisé dès l'automne 2016 et être livré le plus en amont possible de la fusion. Il pourra porter sur l'organisation financière de chacun des sites tant sur la fonction financière que sur le contrôle de gestion (point faible des organisations financières actuelles de ces établissements¹⁶³). Il devra détailler particulièrement l'organisation des chaînes de facturation ainsi que les principaux cycles budgétaires et comptables afin d'identifier les zones de risques en cernant rapidement les grands équilibres financiers du futur établissement. Ainsi suivant le nouveau calendrier établi par Bercy et la DGOS¹⁶⁴, l'EPRD, le PGFP, le plan pluriannuel d'investissement (PPI) pour 2018 du nouvel établissement devront être réalisés en 2017. Un diagnostic des outils financiers existants pourra également être dressé.

¹⁶¹ Jugement du tribunal administratif de Marseille n° 1107178 du 27 juillet 2012 et jugement de la cour administrative d'appel de Marseille n°12MA04000 du 20 février 2014 : « *Eu égard aux aménagements de grande ampleur directement liés à la fusion des centres hospitaliers du Pays d'Aix et de Pertuis tels qu'ils résultent des documents préparatoires à cette décision, qui énumèrent les nombreuses réorganisations induites par la mesure, une telle restructuration est constitutive d'une décision d'aménagement important modifiant les conditions de travail au sens des dispositions de l'article L. 4612-8 du code du travail, imposant la consultation des CHSCT des deux établissements, alors même que des consultations ultérieures ont vocation à être organisées et que, par ailleurs, il ne peut être retenu d'atteinte grave et immédiate aux intérêts des personnels hospitaliers.* »

¹⁶² Décision à prendre en fonction de l'exhaustivité des éléments offerts par les opérations de certification des comptes et de suivi de la comptabilité publique qui peuvent aussi livrer un premier diagnostic.

¹⁶³ S'expliquant par la mise en place tardive du dossier patient informatisé.

¹⁶⁴ Instruction ministérielle N° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé : ce texte avance à partir de 2017 le calendrier de fixation de l'EPRD et du PGFP au 1er janvier de l'année civile avec une transition au 31 mars pour l'exercice 2016. L'EPRD 2018 devra donc être adopté avant le 1er janvier 2018.

B) Les chantiers d'harmonisation financière

Un travail prioritaire devra être mené sur l'harmonisation des fichiers communs de structure en lien avec les chefs de pôle. De fait la définition exacte des nouveaux pôles devra être arrêtée rapidement avant la fin de l'année 2016¹⁶⁵ pour engager le travail sur le fichier commun de structure (FICOM)¹⁶⁶. Il apparaît que le travail sur le FICOM sera plus important en cas de fusion-crétion que de fusion-absorption dans la mesure où la deuxième option suppose de reprendre l'ensemble de l'arborescence. Une fois défini, le FICOM devra rapidement être transmis à la direction des systèmes d'information (DSI).

Par ailleurs, un autre enjeu important porte sur l'harmonisation et la formalisation des procédures de rattachement, stocks et provisions. Ce chantier devra être préparé en lien avec le processus de certification des comptes en commençant par une cartographie des risques comptables liés aux contraintes du cadre réglementaire (instruction M21). Chaque type de provision devra faire l'objet d'une procédure harmonisée (compte épargne temps, risque, gros entretien, assurances, renouvellement des immobilisations, créances...). Une vigilance devra être portée aux modalités de provisions afférent aux comptes épargne temps (CET).

C) Clôturer les comptes, ouvrir les comptes

En outre, la clôture des comptes et l'ouverture de l'exercice suivant seront à préparer en lien avec la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Une attention particulière devra être portée sur la question de la journée complémentaire dont la position de principe de la DGFIP est de la faire disparaître en cas de fusion des entités juridiques. Mais au regard de la complexité de l'opération et du délai minimal requis avant d'arriver à un fonctionnement normal, il sera très vraisemblablement souhaitable de la maintenir et donc de trouver un compromis avec la DGFIP¹⁶⁷.

Les partenaires, notamment financiers, des établissements devront être informés. La sécurisation juridique de la gestion de baux ne devrait pas poser de difficultés majeures dans la mesure où, à la différence d'autres établissements, le patrimoine des hôpitaux du Sud-Bretagne est relativement limité. Les contrats bancaires devront faire l'objet d'un examen approfondi car en cas de mentions particulières sur les transferts de droits et obligations¹⁶⁸, la banque est en droit de réclamer le remboursement anticipé des emprunts, ce qui peut poser d'importantes difficultés de trésorerie. Le CHBS étant endetté (9,5 M€ de déficits cumulés en 2015 car 85% de l'opération de construction du nouvel hôpital du Scorff a été financée par l'emprunt), en ce sens la fusion-absorption apparaît là encore préférable. Même si les taux sont actuellement dans une période basse, les conditions d'obtention de crédits par les banques se sont fortement durcies ces dernières années par rapport aux contrats signés au milieu des années 2000 en lien avec les ratios de Bâle III¹⁶⁹. Il conviendra donc d'accorder une vigilance particulière aux taux des contrats bancaires renégociés.

Enfin, une harmonisation des règles d'imputation des dépenses (clé de répartition de la comptabilité analytique) devra avoir lieu et être préparée en 2017. En ce sens, le renforcement du contrôle de gestion par la création d'une direction dédiée (cf [annexe 9](#))

¹⁶⁵ A l'issue de la conclusion des travaux sur l'adaptation capacitaire.

¹⁶⁶ Le découpage des pôles permettra de connaître le détail des pôles en termes de structure interne (pôles / structures internes / unités fonctionnelles)

¹⁶⁷ Cela avait déjà pu être négocié lors de création du GCS de biologie en début d'année 2016.

¹⁶⁸ Exemple : « L'emprunteur ne pourra en aucun cas céder ni transférer ses droits et obligations ».

¹⁶⁹ Depuis les accords de Bâle III entrés en vigueur en 2010 pour une mise en place progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2019 les établissements bancaires doivent disposer d'une exigence minimale de fonds propres réglementaires et augmenter leur ratio de fonds propres durs.

permettra un pilotage resserré qui devra être fortement lié au déploiement du dossier patient informatisé en cours.

3.2.3 Les systèmes d'information : réussir la convergence

A) L'avantage d'une cartographie déjà réalisée

La cartographie des applicatifs par domaine d'activité a déjà été réalisée au 1^{er} semestre 2016 dans le cadre des travaux d'élaboration du schéma directeur du système d'information territorial ([Annexe 14](#)). Elle fait apparaître des différences de choix d'éditeurs entre les établissements mais elle met aussi en évidence des facteurs de convergence entre le CHBS et le CHQ autour d'une DSI partagée et du choix de la même application pour le dossier patient informatisé.

Le calendrier de mise en place du SIH unique¹⁷⁰ dépendra de la capacité des éditeurs à rendre leurs équipes disponibles pour participer à la conduite du projet et à la migration des applicatifs¹⁷¹. La sensibilisation des référents métiers devra être envisagée sous forme de formation avant la fusion.

Il est à noter que la problématique relative à l'hébergement des données de santé qui avait pu être soulevée lors des discussions sur le GHT disparaît dans la perspective de la fusion puisqu'une seule entité juridique est créée. Un seul programme médicalisé des systèmes d'information (e-PMSI¹⁷²) est envisagé à l'horizon 2018.

Enfin, dans les chantiers opérationnels, la fusion des bases d'identité patient constituera un préalable : elle représentera un travail important pour la DSI en lien avec l'identitovigilance.

B) 1^{er} janvier 2018, minuit : le D-day

A minuit le 1^{er} janvier 2018, la fusion informatique sera effective. L'admission des premiers patients aux urgences dans le SIH fusionné du nouvel établissement pourra commencer. Il devra être mis en place une *hotline* pour mettre en lien les utilisateurs et les agents de la DSI, appuyés par les éditeurs. Cela avait déjà été réalisé lors des premières semaines du déploiement du dossier patient informatisé au CHBS et au CHQ. Si l'on en croit les expériences précédentes de fusions hospitalières, il faut en général quatre mois après la fusion pour retrouver un fonctionnement normal.

C) La convergence de systèmes d'information dans le cadre du GHT

Plus largement dans le cadre du GHT, une coordination devra être instaurée pour respecter les délais réglementaires d'un SI convergent avec un identifiant patient unique et des applicatifs identiques pour tous les domaines fonctionnels à horizon 2021. Par ailleurs, les projets de guide méthodologique du Ministère sur le SI convergent¹⁷³ laissent peu de place aux doutes : toutes les compétences sont transférées à l'établissement support, qui aura également autorité hiérarchique sur les agents et la responsabilité du matériel. Le dialogue à ce sujet devra concerner notamment l'EPSM Charcot à l'heure où l'établissement doit renouveler son DPI (dont l'éditeur est actuellement différent de celui des autres

¹⁷⁰ L'interopérabilité a été rejeté lors de la rédaction du schéma directeur des systèmes d'information au regard des coûts déraisonnables qu'elle a déjà pu générer tant à l'échelle du CHBS qu'au regard des expériences des autres établissements.

¹⁷¹ Ils ont été informés du projet de fusion durant l'été 2016.

¹⁷² Programme médicalisé des systèmes d'information.

¹⁷³ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, *Guide méthodologique pour la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, version de mai 2016 dont la publication est prévue pour septembre 2016.

établissements¹⁷⁴). L'arrivée d'un nouveau DSIO en septembre 2016 au sein de la direction commune après une période d'intérim de presque un an devrait permettre d'impulser cette dynamique de convergence entre l'EPSM et les établissements MCO dotés d'une DSI unique.

La convergence SI sur les cinq établissements¹⁷⁵, comme l'échéancier du décret¹⁷⁶, devra permettre de réaliser plusieurs objectifs : réduction des coûts de formation grâce au paramétrage et à l'utilisation d'un seul logiciel pour les équipes de soins territoriales, disparition de la fragilité des équipes SI locales et progression dans l'atteinte des cibles du programme Hôpital numérique¹⁷⁷. L'[annexe 15](#) propose des cibles de convergence sur la base de l'expérience du CHD Vendée.

A ces objectifs d'efficience, il faut ajouter un important et nécessaire effort d'investissement dans le domaine de la convergence des applications et dans l'urbanisation du SI. L'exemple donné par la fusion des CH d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois est éloquent : un budget prévisionnel de 1,4M€ d'investissement et 400 000€ de surcoûts d'exploitation. Comme le souligne Cédric ZOLEZZI : « *En matière de SIH la fusion ne représente pas un gain immédiat, il n'en résulte que des investissements et des surcoûts d'exploitation...* »¹⁷⁸. C'est la raison pour laquelle la convergence des SI constituera un des volets principaux du contrat hospitalier de territoire qui doit être négocié et signé avec l'ARS.

Enfin, une réflexion spécifique devra être menée sur les compétences et ressources humaines au service du SIH : faut-il les orienter prioritairement sur la gestion et le pilotage des projets et des investissements ou les affecter à la gestion technique de l'infrastructure et/ou du parc (matériel et applicatif) ?

3.2.4 Les RH : chantier le plus important au regard du volume et des risques

- 1) La nécessité d'avoir une cartographie complète des processus RH

Comme pour les finances, il conviendra d'avoir un comité de pilotage et un comité technique pour valider la qualité technique des productions (cf [annexe 11](#)).

Un temps important devra être consacré à la cartographie des processus RH en vue d'harmoniser toutes les règles, pratiques et usages en vigueur dans chaque établissement. Il s'agira sûrement du chantier le plus chronophage et plusieurs groupes de travail devront être constitués pour le mener à terme. Une fusion d'établissements peut nécessiter de passer en revue plusieurs centaines de règles pour relever toutes les divergences potentielles et les harmoniser. L'enjeu est d'autant plus important que cette harmonisation n'était jusqu'alors pas portée comme une priorité car il s'agit, comme dans beaucoup d'établissements, d'un sujet très sensible.

En juin 2016, le Directeur des ressources humaines (DRH) choisi pour coordonner l'opération a identifié avec les directions concernées les six processus suivants sur la base d'un document de travail de l'ANAP¹⁷⁹ servant à « *prioriser les impacts attendus d'un regroupement* »¹⁸⁰. Six groupes thématiques ont été identifiés :

¹⁷⁴ Cortexte édité par Capcir.

¹⁷⁵ Deux après les 1^{er} janvier 2018.

¹⁷⁶ 1^{er} janvier 2018 pour la définition du schéma directeur du système d'information du GHT et au 1^{er} janvier 2021 « *le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels* » et « *les établissements parties au groupement utilisent [...] un identifiant unique pour les patients* ».

¹⁷⁷ Avec des financements afférents relativement conséquents.

¹⁷⁸ ZOLEZZI C. *Ibid.*

¹⁷⁹ Agence nationale d'appui à la performance.

¹⁸⁰ Il devrait faire l'objet d'une publication à l'automne 2016.

- Groupe 1 : politique sociale, dialogue social, pilotage des effectifs, gouvernance RH, pilotage de la masse salariale ;
- Groupe 2 : qualité de vie au travail, action sociale, santé au travail, risques professionnels, gestion du handicap ;
- Groupe 3 : recrutement, concours, sorties, plannings, absences, permanence et continuité des soins ;
- Groupe 4 : évaluation, GPMC¹⁸¹, accompagnement, plans de formation ;
- Groupe 5 : suivi de la dette sociale, paie ;
- Groupe 6 : gestion des données personnelles, des contrats de travail, des contentieux, procédure disciplinaire, CAP, retraite.

Chaque groupe devra réaliser un état comparé de l'application de la réglementation et réaliser un benchmark des process. Au vu du chantier conséquent, il pourra être utile de recourir à un consultant¹⁸² ou de recruter un chargé de mission pour gagner du temps sur la réalisation de la cartographie. Un premier inventaire des règles à harmoniser est indiqué à l'[annexe 16](#). Il apparaît au vu des expériences de fusions que si de nombreuses règles peuvent différer, seules un petit nombre peuvent représenter des écarts importants et doivent être rapidement identifiées pour être traitées en priorité. Il apparaît d'emblée qu'un des sujets majeurs sera la question de la définition d'une règle commune à la prime de service¹⁸³ qui est unique au CHPLR et au CHBS (régime *contra legem*) et différenciée au CHLF et au CHQ (pour ce dernier suite à un contentieux que l'établissement a perdu). D'ores et déjà, il s'agit d'une différence qu'ont relevé les syndicats dans leurs différents tracts de l'été 2016 au sujet de la fusion.

La cartographie devra être réalisée pour mars 2017 suivant le rétro-planning fixé en juin 2016. Par la suite, des réunions paritaires pourront avoir lieu pour définir l'une des quatre options suivantes pour chaque règle :

1. Harmonisation par le haut,
2. Harmonisation par le bas,
3. Harmonisation sur une position intermédiaire,
4. Pas d'harmonisation dans l'immédiat.

En outre, la cartographie devra inclure des éléments essentiels de productivité des ressources humaines afin d'identifier les évolutions pouvant avoir un impact notable sur l'activité des agents comme le note Yann DUBOIS¹⁸⁴. Afin d'objectiver les situations par site et par CH, les indicateurs pourront être les suivants :

- Ratio Journée et séance / Equivalent temps plein rémunéré (ETPR) personnel non médical (PNM) ;
- Ratio venues et séances / ETPR personnel médical (PM) ;
- Ratio lit moyen occupé / ETPR PM et PNM ;

¹⁸¹ Commission administrative paritaire.

¹⁸² Un inconvénient du recours au consultant est le délai dû aux marchés publics, soit au moins trois mois, ce qui peut retarder la livraison du diagnostic.

¹⁸³ La prime de service rémunère la qualité des services rendus à partir de la notation annuelle de l'agent et des journées d'absence. Le directeur peut donc proposer au conseil de surveillance d'adopter ce régime en faveur de ses agents, il s'agit donc d'une prime facultative. Arrêté ministériel du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service au profit des personnels hospitaliers qui détermine le régime indemnitaire.

¹⁸⁴ DUBOIS Y., *La pertinence sociale du GHT*, Gestions hospitalières n°554, mars 2016, pp.149-150.

- Rapport indice de performance durée moyenne de séjour (IPDMS) / ETPR PM et PNM.

Les établissements pourront de façon opportune mobiliser le fonds d'intervention régionale (FIR) de l'ARS au titre des « opérations de développement des coopérations, de mises en réseaux, de regroupement sous diverses formes juridiques ou de fusions de structures »¹⁸⁵. Cet appui financier pourra venir au titre de l'accompagnement social de la fusion sur la base des quatre aides du FIR suivantes :

- La mise en place d'une cellule locale d'accompagnement social pour la modernisation (CLASMO)¹⁸⁶ ;
- Le financement des actions de conversion professionnelle pour les agents titulaires ou non-titulaires ;
- Le remboursement du différentiel de rémunération pour les agents publics titulaires ou non-titulaires et les agents salariés¹⁸⁷ ;
- Le financement de quatre volets GPMC.

L'implication des organisations syndicales dans la phase de diagnostic, d'identification des convergences, de conditions à réunir et de modalités de mise en œuvre, est essentielle. Le CHBS a réussi à créer les conditions d'un dialogue social très apaisé, ce qui est un peu moins le cas des trois autres établissements. La responsabilisation des organisations syndicales à l'échelle territoriale dans le projet de fusion sera ainsi un moyen d'éviter des prises de position fermées au dialogue comme elles peuvent avoir lieu dans certains établissements.

Il sera nécessaire de rappeler l'engagement fort pris en juin 2016 par les chefs d'établissement vis-à-vis des agents en faveur d'une mobilité choisie sur l'ensemble des sites.

Le travail d'harmonisation pourra aboutir à un protocole d'accord (à l'image du protocole d'accord ARTT¹⁸⁸ du CHBS de mai 2015). Il pourra être composé de trois parties :

- Les écarts de pratiques qui feront l'objet d'un arbitrage immédiat ;
- Les écarts à traiter à moyen terme, sous six mois à un an par exemple ;
- Les écarts à traiter à plus long terme, sous un à deux ans par exemple.

Enfin, il est recommandé de présenter les arbitrages et la recombinaison générale dans les différentes instances, de réaliser des réunions d'information directes auprès du personnel et pour les services et les agents les plus concernés par la fusion et le GHT, des entretiens individuels¹⁸⁹.

3.2.5 Les marchés publics : transformer l'essai

A) Un travail déjà fortement avancé mais des incertitudes réglementaires persistantes
Le travail à réaliser pour préparer la fusion a l'avantage d'être précocement engagé grâce à celui commencé sur la préfiguration du GHT. D'ores-et-déjà des marchés communs sont

¹⁸⁵ Circulaire n°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

¹⁸⁶ Expérience déjà vécue avec l'ouverture de l'hôpital du Scorff et le centre de Kerlivio.

¹⁸⁷ L'établissement d'accueil peut ainsi percevoir pendant deux ans le remboursement de la différence (en entier pour la première année et pour moitié pour la deuxième année).

¹⁸⁸ Aménagement et réduction du temps de travail.

¹⁸⁹ DUBOIS, *Ibid.*

passés entre les établissements, notamment depuis le lancement de la mise en œuvre du plan d'actions achat territorial (PAAT) en janvier 2016 (marché de matelas anti-escarre par exemple).

En outre, une fonction achat commune du GHT avec un organigramme unique a été définie suite à un groupe de travail réunissant les directeurs et attachés des cinq établissements GHT au premier semestre 2016 ([Annexe 17](#)). la fonction achat commune implique des acheteurs uniques et progressivement une harmonisation des choix d'équipements biomédicaux comme hôteliers et donc des pratiques professionnelles. La direction des achats et de la logistique est donc la direction fonctionnelle où le travail sur la configuration à l'échelle du GHT et de l'établissement unique est la plus avancée.

Néanmoins une difficulté de l'automne 2016 sera la mise en place effective du GHT dans la mesure où l'EPSM Charcot restera maître du besoin et où le CHBS, établissement support, sera seul en charge de l'identification et de la mise en œuvre de la procédure de mise en concurrence (qui correspond *a minima* à la publication de l'avis d'appel public à la concurrence, l'analyse des candidatures et des offres, la sélection du ou des attributaires pressentis, l'information des candidats, la publication de l'avis d'attribution...¹⁹⁰). L'EPSM conservera la maîtrise de ses investissements dans la mesure où il s'agit d'une garantie apportée par l'ARS. Or cette garantie « politique » apparaît assez largement aller à l'encontre de loi et du décret, ce qui pose un flou juridique sur le signataire effectif des marchés de l'EPSM alors que textuellement c'est au CHBS qu'il revient de réaliser l'appel public à la concurrence. Il sera donc opportun de régler cette question dans le règlement intérieur du GHT en l'absence de précisions réglementaires.

B) Profiter de la fusion pour optimiser les marchés

La fusion sera l'opportunité pour les établissements de mettre un terme à certains marchés désavantageux pour se voir appliquer les conditions les plus favorables d'autres marchés obtenus par les partenaires de la fusion. Si la direction ne souhaite pas poursuivre un marché, la résiliation pour motif d'intérêt général sera possible mais devra envisager l'indemnisation du titulaire. Une évaluation de ces montants d'indemnisation au regard des gains achats réalisés par le changement devra nécessairement être réalisée pour chaque marché.

Cependant, la fusion nécessitera de passer de nombreux avenants de transferts pour acter le changement de personne publique et de comptable assignataire, ce qui pourra être fastidieux pour la direction des achats et de la logistique. Le contenu de l'arrêté pris par le DGARS sera alors important puisqu'il devra mentionner le transfert des droits et obligations à l'égard des tiers. Dans ce cas, un simple ordre de service notifié avec copie au comptable assignataire serait alors suffisant. Il est à noter que le projet de décret sus-évoqué sur les fusions hospitalières mentionne ce transfert de droit et obligations : s'il devait s'appliquer en l'état avant la publication de l'arrêté de fusion, cette précaution sur le contenu de l'arrêté de fusion ne serait donc pas nécessaire.

¹⁹⁰ COSTE A. et CORLOUER N., *Transferts et délégations dans le GHT : une fonction achats revisitée ?*, Note du Cabinet Houdart du 27 juin 2016.

3.3 Envisager l'intégration post-fusion : comment construire une culture de groupe hospitalier ?

3.3.1 L'apport d'une stratégie de communication pour accompagner la transition vers le groupe hospitalier

« Pour complexe qu'elle soit sur les plans juridique, comptable, budgétaire, organisationnel, la fusion est chose simple et aisée, comparée à la fusion des esprits, des volontés, des dynamismes, des logiques médicales et soignantes » soulignait il y a vingt ans un témoin direct d'une fusion inter-établissement¹⁹¹. Les premières initiatives en matière de communication sur le projet de GHT et de fusion se sont centrées sur la communication externe à la presse et la communication interne par la voie des supports de chaque établissement (exemples en [annexe 18](#)). « Un bon nom est une publicité en soi » affirmait Claude C. HOPKINS¹⁹² : les instances des établissements ont également été consultées sur plusieurs propositions de noms pour le groupement. Il en a résulté le choix suivant : « **Groupe Hospitalier Sud-Bretagne** » (GHSB). Le choix du terme « groupe » semblait plus clair que celui de groupement et permettait de s'aligner sur le vocabulaire utilisé dans le monde des entreprises et de reprendre la « stratégie de groupe » de la FHF. De plus, la terminologie inversée « Sud-Bretagne » évitait de faire une analogie trop forte avec l'établissement support. Ce choix s'est accompagné très rapidement de la réservation d'un nom de domaine¹⁹³. Néanmoins, la rapidité avec laquelle s'est réalisée le processus de décision ainsi que le calendrier réglementaire d'adoption de la convention constitutive du GHT n'ont pas permis de structurer un plan de communication qui va s'avérer nécessaire pour expliquer le GHT¹⁹⁴ et préparer la fusion.

Un projet de communication sera nécessaire pour faire connaître et expliquer le projet de fusion et son avancement aux acteurs impactés, désamorcer les inquiétudes sur d'éventuelles fermetures de services, faciliter l'adhésion du personnel au projet et faire naître un sentiment d'appartenance commune.

Le projet de communication pourra se décliner suivant plusieurs axes. Il sera tout d'abord nécessaire d'élaborer une identité pour le GHT avec une subtilité visuelle (additif) pour distinguer l'établissement fusionné car, pour l'heure, il n'est pas certain que la distinction entre la démarche de fusion des établissements MCO et la présence de l'EPSM dans le GHT soit bien comprise par tous. Cela pourra passer par l'élaboration d'un logo unique d'abord temporaire, apposé sur tous les documents traitants du projet de fusion jusqu'au dévoilement du logo définitif, ainsi que d'une signature¹⁹⁵. Le recours à une agence pourrait permettre de garantir l'impartialité de la démarche. La nouvelle identité visuelle pourra être présentée à l'ensemble du personnel et à l'extérieur à l'occasion d'un temps fort : remise du projet médical partagé à l'ARS ou encore signature du contrat d'engagement relatif à la fusion, entre les 4 établissements et l'ARS.

Une lettre d'information sur le projet de fusion des quatre établissements pourra être mise en place. Un groupe de travail sur la communication composé de membres des équipes des quatre établissements pourra également être constitué.

¹⁹¹ BARATTA N., *Les fusions entre établissements : un événement culturel*, Décision santé n°95, 30 avril 1996.

¹⁹² Claude Clarence Hopkins (1866-1932) fut l'un des pionniers de la publicité moderne.

¹⁹³ <http://hopitauxsudbretagne.bzh>. Il s'agira du premier site internet d'établissements de santé en .BZH, domaine de premier niveau générique commercialisé depuis décembre 2014.

¹⁹⁴ Une communication en présentiel à destination des cadres du CHBS par le Directeur a néanmoins eu lieu juin 2016.

¹⁹⁵ Sorte de devise du groupe.

Enfin, une fois l'identité du groupe hospitalier définie et communiquée, elle pourra être déclinée par différentes actions : réalisation de la charte graphique, reportage photo sur tous les sites, nouveau magazine interne, livret unique du patient hospitalisé dans le groupe, nouveau site internet. Un événement fondateur, par exemple une soirée spéciale avec la mise en avant de réalisations menées par des équipes provenant de chaque établissement, pourra être organisé au début de l'année 2018 pour que les professionnels de chaque établissement se retrouvent et acter ainsi symboliquement la constitution de ce nouveau groupe hospitalier¹⁹⁶.

3.3.2 De l'acculturation des identités d'établissements à l'appropriation d'une identité commune au groupe : le rôle des valeurs et du temps

Le risque de l'opération combinée de fusion et de construction du GHT est de voir un sentiment d'absorption s'installer au sein des établissements « non supports ». Le processus d'acculturation devra tendre au dépassement du deuil des anciennes structures (étape nécessaire et déjà vécue sur le territoire¹⁹⁷) pour aboutir à un processus d'appropriation de la nouvelle structure. Si ce travail davantage de plus long terme n'interviendra que dans un second temps, il importe de pouvoir l'anticiper le plus en amont possible pour désamorcer les freins culturels à la constitution d'une culture de groupe. En effet, comme le rappelle Lionel CHEVALLIER : « *La rapidité de la procédure de fusion a pour effet de reporter une partie des difficultés, dont la gestion du changement, sur la phase d'intégration* ». Pour Pascal FORCIOLLI qui a piloté la fusion des hôpitaux d'Eaubonne et de Montmorency : « *L'hôpital est un corps vivant et multiforme. Il n'y a pas deux établissements identiques. Chaque hôpital a sa culture, son histoire, son territoire [...] ses professionnels le façonnent chacun à leur manière* »¹⁹⁸. Si la rapidité a prévalu dans le processus décisionnel décrit précédemment, il conviendra à l'inverse de faire preuve de pragmatisme dans la mise en œuvre de la fusion des quatre hôpitaux Sud-Bretons. Le CHBS est lui-même le résultat d'une fusion de trois établissements (CH de Lorient, CH d'Hennebont et Hôpital militaire Calmette), parfois mal vécue par certains acteurs¹⁹⁹ et dont certains dans l'établissement se souviennent encore malgré qu'elle ait eu lieu il y a presque vingt ans.

Il y a des différences culturelles entre les hôpitaux du territoire. Sans aborder la question de l'EPSM qui mériterait de plus amples développements liés à l'histoire et à la culture des établissements spécialisés en santé mentale, la grande différence en vue de la fusion réside dans les différences de fonctionnement entre l'hôpital pivot et les deux établissements de proximité. Ces différences de cultures de travail ont pu d'ores et déjà s'exprimer lors des groupes de travail du PAAT : alors que le CHBS a un fonctionnement organisationnel presque « industriel » (pour faire la comparaison avec le monde des entreprises), le CHLF et le CHPLR fonctionnent davantage comme des petites et moyennes entreprises familiales. Le CHQ, bien que de taille plus importante, a aussi un fonctionnement où la proximité des relations permet de répondre rapidement aux questions et où l'information circule vite. Dans ces trois établissements, l'accès à la direction est aisé

¹⁹⁶ La fusion du CH d'Annecy du CH de Saint Julien en Genevois s'est réalisée sans aucune journée de grève ni manifestation d'opposition dans la période de préfiguration. Cédric Zolezzi qualifie ainsi ce résultat de « *succès global du projet dont la communication a été un élément important* ».

¹⁹⁷ Notamment lors de la fermeture de l'Hôpital militaire Calmette.

¹⁹⁸ FORCIOLI P., *Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux*, Gestions hospitalières, juin-juillet 2003, n°427, p.468.

¹⁹⁹ Notamment les professionnels ayant travaillé au CH d'Hennebont.

et simple du fait de faibles strates hiérarchiques intermédiaires. A l'inverse, les relations entre les équipes administratives et les équipes soignantes sont relativement directes et les partages de tâches ainsi que la polyvalence des pratiques courantes. Par ailleurs, ces établissements s'inscrivent dans fortement dans la vie locale notamment avec les communes, comme en témoigne par exemple la cuisine partagée entre le CHQ et la Ville de Quimperlé. Cet attachement des agents à la proximité et à la vie locale devra bien être pris en compte dans le processus de changement à conduire. Pour le Directeur du CHLF « *le risque le plus important des projets de GHT et de fusion est que la potentielle perte de proximité et leur caractère chronophage entraînent le départ des meilleurs éléments des équipes des établissements « non supports » vers l'établissement support ou hors du groupe, ce qui fragiliserait inévitablement le groupe dans son entier* ».

Dépasser les cultures d'établissements pour aboutir à une culture de groupe implique de passer par ce que Jean Paul DUMOND appelle un « deuil » : « *La valeur traumatique de ces opérations est souvent associée à une séparation et à une perte, en particulier d'identité, qui a valeur d'un deuil* »²⁰⁰. Il fait le constat suivant : « *porteuses de bouleversements, d'angoisse, les fusions d'établissements constituent une transformation sociale majeure qui affecte en profondeur le rapport des individus à l'institution hospitalière puisque le cadre pérenne de travail que celle-ci proposait, en particulier, d'identité, a valeur de deuil* ». Une fusion peut en effet générer ce que la sociologie du travail documente désormais assez bien : « une crise d'identité organisationnelle » générant inquiétude, blocages, refus de l'altérité et distanciation de l'individu par rapport à l'organisation. Dans la constitution du GHSB, il s'agira d'avoir la plus grande vigilance quant à ces réactions négatives que l'on met trop souvent sur le compte de la « résistance au changement ». Il n'y a pas de gène collectif qui inciterait naturellement les gens à résister mais il y a en revanche des personnes qui ne voient pas l'intérêt qu'ils auraient à changer. C'est donc davantage l'incertitude et le manque d'informations, voire la perception d'une injustice, qui peuvent générer des crispations, d'où la nécessité d'une politique de communication structurée dans la conduite de l'opération de fusion.

La fusion et le GHT devront permettre à terme la création d'une culture commune nouvelle. Or cette dernière ne se décrète pas et nécessitera du temps et du sens.

Sur le sens, s'il est certain que le calcul économique est une des raisons (pas la seule) de ce type d'opération, il ne peut être celui qui prévaut dans sa conduite et dans la phase de post-intégration. En effet, les valeurs de respect, de confiance, de collaboration seront des préalables indispensables à la réussite de l'opération et doivent en constituer l'esprit. Le projet médical partagé en sera en cela le socle puisqu'il replacera l'opération dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins et de la graduation de la prise en charge des patients. En d'autres termes, les managers hospitaliers devront rester vigilantes à ne pas conduire la fusion et le GHT comme des projets en soi malgré le temps que le premier mobilisera mais à les articuler de façon étroite avec le projet médical partagé. Il sera du rôle de la direction de fixer les valeurs du projet et s'en servir comme levier comme le notait Lionel BELLANGER devant les directeurs de centre hospitaliers au sujet de la mise en place des GHT²⁰¹.

²⁰⁰ DUMOND J.-P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de service hospitaliers*, Sciences sociales et santé, décembre 2006, vol. 24, n°4, p.97.

²⁰¹ Intervention de Lionel BELLANGER, « Manager par les valeurs ou comment donner du sens au travail dans la mise en place des GHT », Conférences nationales des directeurs et présidents de CME de CH, 1^{er} juillet 2016, La Rochelle.

7 recommandations à l'égard du responsable hospitalier par Lionel BELLANGER

1. Exercer une autorité responsabilisante ;
2. Faire preuve de consistance (mettre en accord ce que l'on dit avec ce que l'on fait) ;
3. Donner de la reconnaissance ;
4. Se remettre en cause ;
5. Faire preuve de résilience ;
6. Vouloir coopérer ;
7. Gérer les transformations.

Pour qu'une culture GHSB émerge, cela passera nécessairement à long terme par un renouvellement des personnes aux postes d'autorité (directeurs, présidents de CME, chefs de pôle...), par des règles communes et des objectifs communs. Le rôle du management, management stratégique mais aussi de proximité (cadres administratifs, cadres de santé), sera essentiel : comme le rappelle Lionel CHEVALLIER : « *une fusion réussie est celle qui aura démultiplié les forces de ses composantes et fait naître une entité nouvelle au terme d'un processus de synergie. Les facteurs clés du succès tiennent pour l'essentiel à la capacité des responsables d'obtenir l'adhésion et l'implication des parties prenantes dans le but de répondre à la répulsion primitive provoquée par la fusion* ». Il ne fait pas de doutes que les nouvelles arrivées de professionnels, issues de nouveaux recrutements mis en œuvre et des départs à venir, permettront aux membres des établissements actuels de petit à petit se détacher des identités des établissements pour davantage s'approprier comme leur la nouvelle structure, comme ce fut déjà le cas sur le territoire avec la création du CHBS. Comme le résume Pascale BEDIER²⁰² : « *la volonté et la confiance que le personnel engage requièrent l'alliance du temps afin que la fusion s'accomplisse véritablement* ».

²⁰² BEDIER P., *Former pour accompagner la fusion. Comment préparer le personnel ?*, Revue hospitalière de France, novembre-décembre 1999, n°6, p.62.

Conclusion

Le GHT est un dispositif que l'on peut en définitif qualifier « d'hybride ». En effet, bien que promu sous l'angle des coopérations, notamment par le Ministère, il fait désormais de moins en moins de doutes qu'il s'agit d'un dispositif d'intégration qui s'inscrit dans une longue histoire de tentatives de rationalisations de la carte hospitalière française. Si la gouvernance du dispositif est construite sur un modèle fédératif avec des instances « territoriales », la complexité de sa gestion à droit constant pour les établissements publics de santé adhérents à des groupements de taille « modeste » (entre 3 et 6 établissements) risque de les amener inévitablement à des solutions juridiques procurant davantage de souplesses de gestion : conventions de direction commune et fusions d'établissements.

C'est le choix qui a été fait par les hôpitaux sud-bretons dans la phase de préfiguration du GHT dans un calendrier très resserré. Dans cette phase, il est indéniable, à l'image d'autres expériences²⁰³, que l'association des décideurs politiques à la décision stratégique a été un facteur déterminant.

Le processus décisionnel décrit ici pour être érigé en éventuelle méthode doit tenir compte du fait que la situation qui prévalait réunissait les conditions suivantes :

- Pas de litige sur le leadership ;
- Une CHT qui a joué le rôle d'« éclaireur » et a donné de la crédibilité à une coopération institutionnelle ;
- Une configuration géographique favorable en termes de bassin de vie ;
- Une complémentarité en termes d'activité et de positionnement dans l'offre de soins du territoire, après restructuration des plateaux techniques ;
- Une fragilité des autres établissements en matière d'attractivité médicale ;
- Une situation financière présente et à venir incertaine dans les CH périphériques de la CHT par rapport à l'établissement de référence ;
- Des hommes et des femmes ayant l'intelligence de dépasser les aprioris naturels sur le fonctionnement de l'établissement voisin.

L'ensemble de ces paramètres ont favorisé l'émergence d'une communauté de destin et d'intérêts au service de la population, que les élus ont bien perçue, amenant donc assez naturellement à cette décision de fusion. Est-ce pour autant une loi générale ? Il est certain qu'il s'agit encore d'une situation assez largement minoritaire au vu de la grande hétérogénéité des GHT constitués en juillet 2016. Pour autant il n'est pas exclu que ce type de configuration soit amené à se multiplier à l'avenir au vu des évolutions réglementaires.

Désormais, le travail que les équipes devront fournir afin de réussir cette fusion et l'organisation du GHT, avec à l'appui le projet médical partagé, sera sans conteste très important. L'ampleur des chantiers nécessitera un pilotage en mode projet qui mobilisera de nombreuses énergies dont cette étude livre des premières pistes de recommandations. Le défi résidera en la capacité des managers hospitaliers à partager les informations et les décisions dans une période qui sera courte et très dense. Tous les dossiers ne pourront pas donc être menés en même temps (ils devront de fait être priorisés) et il y a aura sûrement des difficultés voire des échecs dans la conduite du projet au vu de son ampleur. Mais comme l'affirmait Marcel Proust « *Il n'y a pas de réussite facile, il n'y a pas d'échec*

²⁰³ « La transparence de l'information et l'engagement des élus aux côtés du directeur et du président de CME sont les garants du succès de l'entreprise ». RAIKOVIC M. (Dr), *Fusions d'hôpitaux publics, l'expérience des Hôpitaux du Léman*, Décision santé N°165, 2000.

définitif ». Admettre cela pour un projet de regroupement hospitalier aussi ambitieux qu'il soit, c'est déjà avoir un peu réussi.

Bibliographie

Ouvrages

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

Articles

- BARATTA N., *Les fusions entre établissements : un événement culturel*, *Décision santé* n°95, 30 avril 1996.
- BEDIER P., *Former pour accompagner la fusion. Comment préparer le personnel ?*, *Revue hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n°6, p.62.
- BLUA P., *Une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT, Stratégie de groupe des Hôpitaux Champagne Sud*, *Revue Hospitalière de France*, n°569, p. 66-69.
- DE BONNAY P., TASSERY M., *Les groupements hospitaliers de territoire, un nouveau défi pour le secteur médico-social ?*, *Revue hospitalière de France* n°569, mars-avril 2016.
- DEMANET Q., *La mise en place des groupes hospitaliers à l'AP-HP : une expérience à méditer ?*, *Journal de l'Association des directeurs d'hôpital*, n°60 de novembre/décembre 2015.
- DUBOIS Y., *La pertinence sociale du GHT*, *Gestions hospitalières* n°554, mars 2016, pp.149-150.
- DUMOND J.-P., *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de service hospitaliers*, *Sciences sociales et santé*, décembre 2006, vol. 24, n°4, p.97.
- FAVEREAU Eric, *Les hôpitaux en fusion*, *Libération*, 30 juin 2016.
- FORCIOLI P., *Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux*, *Gestions hospitalières*, juin-juillet 2003, n°427, p.468.
- GODELUCK S., *Marisol Touraine : «Je vais engager 2 milliards d'euros d'investissement sur cinq ans pour l'hôpital»*, *Les Echos* du 23 mai 2016.
- LAUDE L. LOUAZEL M., *Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel*, *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013, vol. 31, n°2-3, p.93-106.
- MASSE G., VIGNERON E., *GHT, psychiatrie et santé mentale : les inquiétudes sont-elles fondées ?*, *Gestions hospitalières* n°556, p. 265.
- P.-Y. LAUTROU, *L'hôpital de la discorde*, *L'Express*, 10 avril 2003.
- PLASSAIS O., *GHT et systèmes d'information hospitaliers convergents*, *Revue hospitalière de France* n°569, mars-avril 2016, pp. 44-47.
- RAIKOVIC M. (Dr), *Fusions d'hôpitaux publics, l'expérience des Hôpitaux du Léman*, *Décision santé* N°165, 2000.
- ROUAULT B., *Vers un projet médical partagé avec les EHPAD*, *Revue hospitalière de France* n°569, mars-avril 2016.
- STAMANE A-S, *Santé. Pour la sauvegarde de l'hôpital d'Hennebont*, *L'Humanité* du 12 décembre 2003.

- VIGNERON E., HAAS S., *L'amélioration de l'accessibilité aux soins. La question du territoire du GHT*. Gestions hospitalières n°554, p.139.
- VIGNERON E., *Coopérations, les groupements hospitaliers de territoire entre espoirs et regrets*, Territoires et santé n°1, janvier-février 2016.

Rapports

- Chambre régionale des comptes de Bretagne, Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Quimperlé, janvier 2010.
- Chambre régionale des comptes de Bretagne, Rapport d'observations définitives, Centre Hospitalier de Bretagne Sud, publication prévue pour septembre 2016.
- CHEVALLIER L., *Le management de la phase post-fusion : Les enseignements de l'expérience du CHANGE*, Mémoire EHESP, Rennes, Décembre 2015, Filière DH.
- Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013, 2. Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées*, février 2013.
- Direction générale de l'offre de soins, *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014*, 31 décembre 2014.
- GRALL J.-Y. (Dr), *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, juillet 2015.
- HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, mai 2015.
- HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, février 2016.
- LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y, BONNET J-L., *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, IGAS, 2012.
- MONIER M., « *La direction commune, une étape vers la fusion ? Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault* », Mémoire EHESP, Rennes, Filière D3S, décembre 2009.

Divers

- BELLANGER L., « *Manager par les valeurs ou comment donner du sens au travail dans la mise en place des GHT* », Conférences nationales des directeurs et présidents de CME de CH, 1^{er} juillet 2016, La Rochelle.
- CNEH Conseil, *Groupement hospitalier de territoire, Design de votre GHT et trajectoire de transformation*, 1^{er} juillet 2016, p. 17, cneh.fr.
- CNEH, *L'Echo Juris Santé spécial Loi de modernisation de notre système de santé, L'essentiel la loi pour les hospitaliers en 32 fiches*, janvier 2016, Chapitre 2, fiches 6 à 12.
- COSTE A. et CORLOUER N., *Transferts et délégations dans le GHT : une fonction achats revisitée ?*, Note du Cabinet Houdart du 27 juin 2016.
- Groupe IRCH, Carte n°2, *Une simulation optimale en 157 GHT*, Gestions hospitalières n°554, mars 2016, p. 143.
- HOUDART L., *Coopération ou fusion Mutualisation ou délégation ? L'ambiguïté du « groupe-ment » hospitalier de territoire*, Revue hospitalière de France, n°563.
- HOUDART L., *Groupement hospitalier de territoire – personnalité morale*, Note du Cabinet Houdart du 23 juin 2015.

- LAROSE Dominique, *Transferts et délégations dans les GHT : un débat byzantin aux conséquences potentielles importantes*, Note du Cabinet Houdart du 26 mai 2016.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, *Vade-mecum : GHT, mode d'emploi*, édition du 26 mai 2016.

Sites internet

- BLEMONT P., GENETY C., *Les coopérations hospitalières*, modifié le 05/02/2013, <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr> visité le 17/08/2016.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, « Boite à outils des GHT », *GHT : accéder aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit*, publié le 25 mai 2016 mis à jour le 3 août 2016, visité le 17/08/2016.

Sources législatives, réglementaires et jurisprudentielles

- [Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)
- [Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire](#)
- [Jugement du tribunal administratif de Marseille n° 1107178 du 27 juillet 2012](#)
- [Jugement de la cour administrative d'appel de Marseille n°12MA04000 du 20 février 2014](#)
- [Instruction ministérielle N° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé](#)
- [Circulaire n°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.](#)

Liste des annexes

- Annexe 1 : Les limites des outils de coopérations existants
- Annexe 2 : Historique des réformes visant la recomposition hospitalière
- Annexe 3 : Les outils de coopération hospitalière existants avant la création des GHT
- Annexe 4 : Les territoires de santé bretons
- Annexe 5 : Evolution des propositions de l'ARS Normandie sur la définition des périmètres des GHT au 1^{er} semestre 2016
- Annexe 6 : Calendrier de déploiement du projet médical partagé et instances de gouvernance du GHT
- Annexe 7 : Cartographie des GHT
- Annexe 8 : L'intérêt de la convention de direction commune couplée au GHT
- Annexe 9 : Organigramme commun des quatre établissements MCO (CHBS, CHQ, CHPLR, CHLF) à partir du 1^{er} octobre 2016
- Annexe 10 : Tableaux de synthèse des conséquences du GHT, d'une direction commune et d'une fusion sur la gouvernance hospitalière présenté aux élus locaux par les chefs d'établissement
- Annexe 11 : Proposition de structuration du projet de fusion
- Annexe 12 : Proposition de modèle d'arrêté de fusion
- Annexe 13 : Projet d'ordonnance d'application de l'article 204 de la LMS issu de la septième vague de concertation
- Annexe 14 : Cartographie des logiciels existants entre les quatre établissements de la future direction commune
- Annexe 15 : Exemples de cibles de convergence des systèmes d'information
- Annexe 16 : Un premier inventaire (non exhaustif) des règles RH à harmoniser
- Annexe 17 : Projet d'organigramme de la fonction achats commune du GHT
- Annexe 18 : Exemples de communications internes du CHBS et du CHQ sur le GHT

1 Les limites des outils de coopération existants²⁰⁴

« Les opérations de recompositions publiques les plus intégrées restent très limitées avec une moyenne de 5 à 6 fusions par an sur les 17 dernières années (116 fusions entre 1995 et 2012). Les groupements de coopération sanitaire érigés en établissements de santé sont très rares (22 GCS-ES dont aucun n'est constitué exclusivement d'établissements publics). De même, le nombre de communautés hospitalières de territoire (CHT) est notoirement faible (39 en 2013, 45 à l'automne 2014). (...)

Au 10 décembre 2014, 44,5 % des établissements publics de santé (402 établissements de santé) n'étaient ni en direction commune, ni en communauté hospitalière de territoire. A contrario, 11,3 % cumulaient une direction commune et une communauté hospitalière de territoire (109 établissements publics de santé). Ces données nous indiquent l'existence d'une logique territoriale de coopération à deux niveaux, et la nécessité de cumuler divers outils de coopération pour mener à bien des coopérations intégrées. (...)

A l'inverse, les outils de coopération sont très largement utilisés dans la mise en place de coopération sur des activités ciblées. En effet, le nombre de groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens, secteurs public et privé confondus, a augmenté (621 à ce jour contre 191 fin 2008). Pour autant, leur objet reste limité à quelques activités ou fonctions mises en commun : à ce jour, sur ces 621 GCS de moyens, 326 ont été constitués pour mutualiser des fonctions informatiques, logistiques et/ou administratives. »

²⁰⁴ HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pp. 11-12.

2 Historique des réformes visant la recomposition hospitalière²⁰⁵

Fin du XIX^{ème} siècle : Premières tentatives d'inventaire, et déjà de coordination, de la direction de l'Assistance publique par Henri Monod.

Règlement d'administration public du 17 avril 1943 relatif à la loi du 21 décembre 1941 sur les hôpitaux et hospices civils : Instauration d'un classement des établissements.

Loi du 21 décembre 1941 portant réorganisation des hôpitaux et des hospices civils et son décret d'application du 17 avril 1943 : Consécration juridique de l'hôpital comme un établissement sanitaire et social. Fin de l'hospice et création de la fonction de directeur ainsi que de la commission consultative médicale devenue, par la loi du 24 juillet 1987, la commission médicale d'établissement.

Loi du 31 décembre 1970 : Création des groupements hospitaliers de secteur et leur support juridique, les syndicats interhospitaliers.

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : Instauration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Ordonnance Juppé du 24 avril 1996 : Obligation de création de communautés d'établissements de santé entre établissements publics.

Ordonnance Mattei du 4 septembre 2003 : Elaboration de projets médicaux de territoire établis par tous les établissements publics et privés d'un même territoire de santé.

Circulaire de mars 2004 : lancement des SROS de troisième génération pour tenter d'instaurer une graduation claire et efficace des soins.

Mission Larcher sur l'avenir de l'hôpital en 2007 : Recommandation de la création de communautés hospitalières qui allaient devenir les CHT par la loi 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Rapport Couty en 2012 sur le Pacte de confiance à l'hôpital : Réinstauration du service public hospitalier et recommandation de la conception d'un service public territorial de santé, aux origines du principe du GHT.

²⁰⁵ Pour plus de détails, un historique des réformes hospitalières est disponible sur le site de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

3 Les outils de coopération hospitalière existants avant la création des GHT²⁰⁶

Les outils de coopération issus du droit hospitalier	
Coopération conventionnelle	Convention
	Communauté hospitalière de territoire
	Convention de coopération
	Réseau de santé
Coopération organique	Pas de création d'un établissement de santé
	Groupement de coopération sanitaire de moyens
	Fondation hospitalière
	Création d'un établissement de santé
	Groupement de coopération sanitaire établissement de santé
	Fusion-création
Quelques outils de coopération issus du droit commun	
Groupement d'intérêt économique	<p>Le groupement d'intérêt économique (GIE) est doté de la personnalité morale de droit privé.</p> <p>Membres : personnes physiques (professionnels libéraux) ou personnes morales de droit public ou de droit privé,</p> <p>Objet : faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres.</p> <p>Dans le monde la santé, le GIE les plus nombreux portent sur l'exploitation d'équipements matériels lourds comme des scanners.</p>
Groupement d'intérêt public	<p>Le groupement d'intérêt public (GIP) est doté de la personnalité morale de droit public.</p> <p>Membres : personnes morales, de droit public ou de droit privé.</p> <p>Objet : Permettant notamment de gérer des équipements ou des activités d'intérêt commun, il peut détenir une autorisation d'équipements matériels lourds mais pas d'autorisation d'activités de soins. Il existe des GIP spécifiques au domaine de l'action sanitaire et sociale, par exemple pour la gestion en commun d'activités supports telles que la fonction linge ou la fonction restauration.</p>
Association loi 1901	

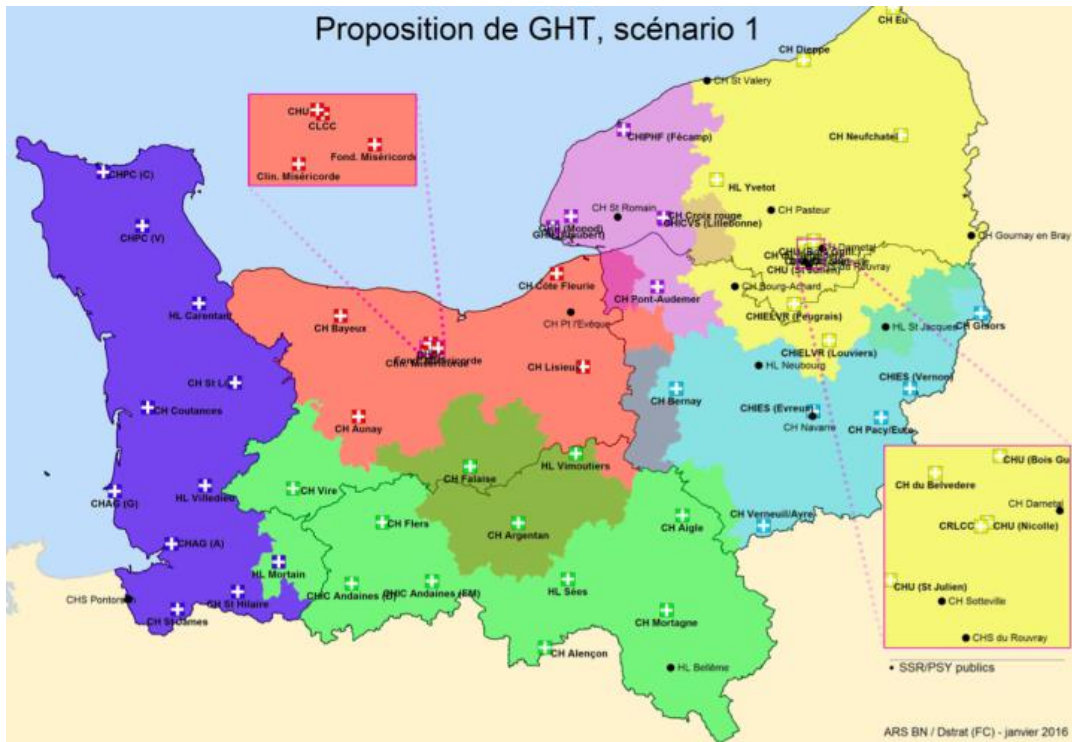
²⁰⁶ BLEMONT P., GENETY C., *Les coopérations hospitalières*, modifié le 05/02/2013, <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr> visité le 17/08/2016.

4 Les territoires de santé bretons

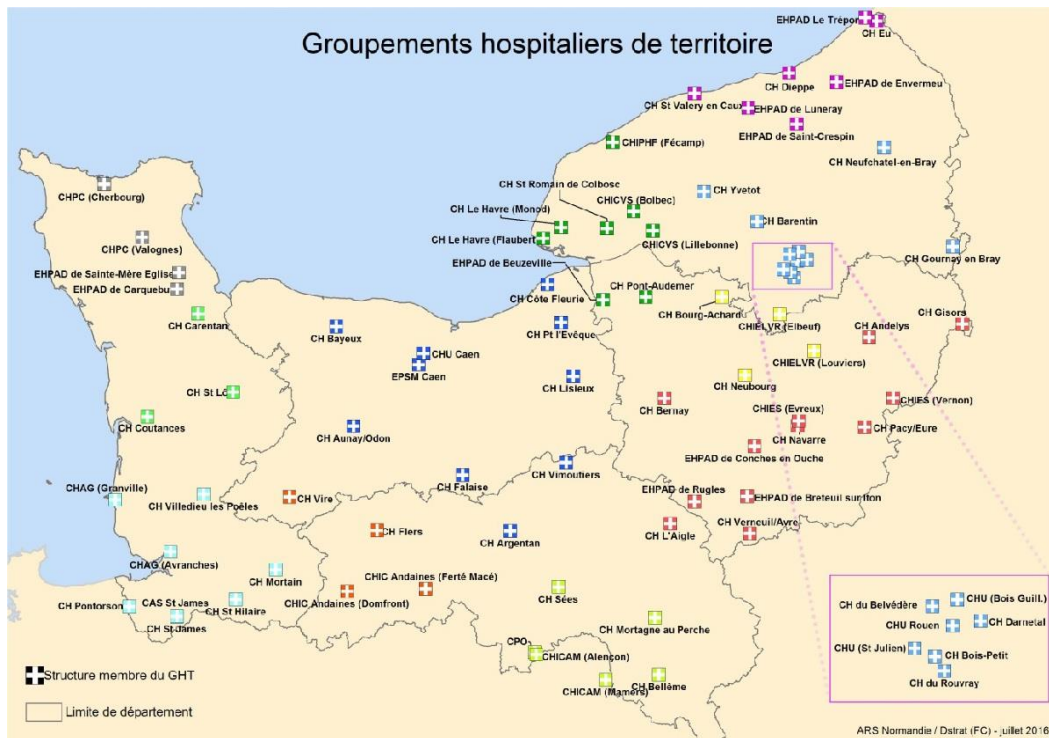


Source : ARS Bretagne

5 Evolutions des propositions de l'ARS Normandie sur la définition des périmètres de GHT au 1^{er} semestre 2016

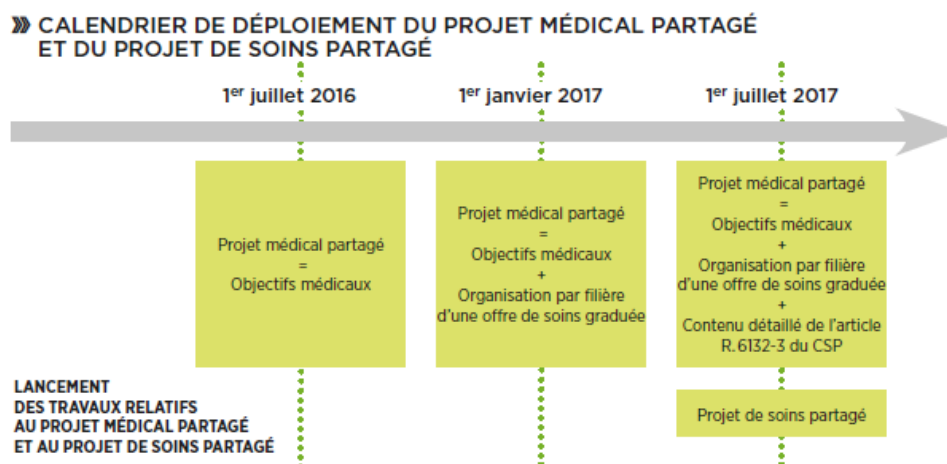


Un des scénarios présenté par l'ARS Normandie en janvier 2016



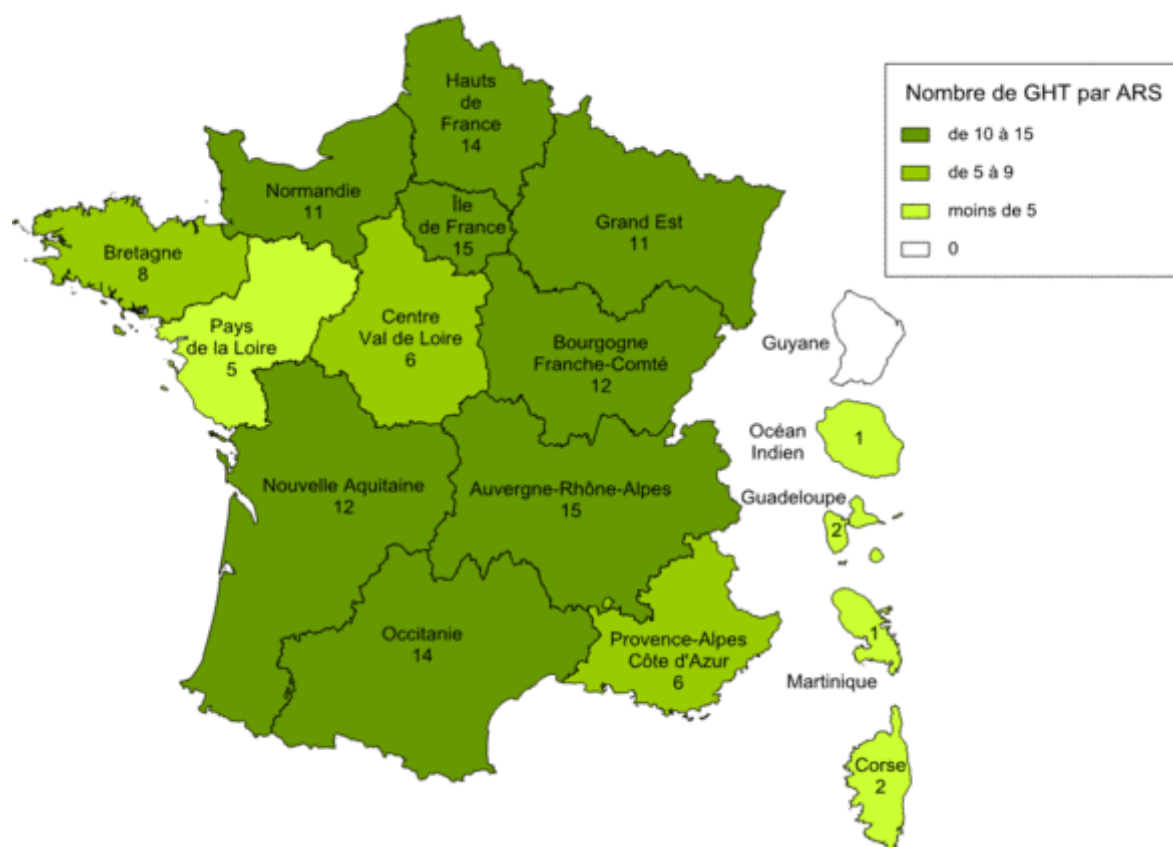
Scénario retenu : 11 GHT

6 Calendrier de déploiement du projet médical partagé et instances de gouvernance du GHT²⁰⁷



DISPOSITIONS DEVANT FIGURER DANS LA CONVENTION CONSTITUTIVE	VERSION DU 1 ^{er} JUILLET 2016	AVENANT ULTÉRIEUR ENVISAGEABLE
2 - VOLET ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT		
Désignation de l'établissement support	Approbation par les CS des établissements parties à la majorité des deux tiers	
Comité stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Composition et présidence Fixées par décret <i>Si bureau : composition et compétences</i> • Compétences : à préciser • Fonctionnement : à définir 	
Comité territorial des élus locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Composition : à préciser au-delà des membres de droit • Présidence : à définir • Compétences : à préciser • Missions : à définir • Fonctionnement : à définir 	
Collège médical ou commission médicale de groupement	<ul style="list-style-type: none"> • Option entre les deux modalités exprimée dans leur avis par la majorité des CME des établissements parties <i>Si collège médical</i> • Composition : à définir • Compétences : à définir • Composition : à préciser <i>Si commission médicale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences : définir les délégations des CME des établissements parties à la commission médicale du groupement
CSIRMT de groupement		<ul style="list-style-type: none"> • Composition : à préciser • Compétences : définir les délégations des CSIRMT des établissements parties à la CSIRMT du groupement
Comité des usagers ou commission des usagers du groupement		<ul style="list-style-type: none"> • Option entre les deux modalités exprimée dans leur avis par la majorité des CDU des établissements parties <i>Si comité des usagers du groupement</i> • Composition : à définir • Compétences : à définir <i>Si commission des usagers du groupement</i> • Composition : à définir • Compétences : définir les délégations des CDU des établissements parties à la CDU du groupement
Conférence territoriale de dialogue social		<ul style="list-style-type: none"> • Composition : à préciser pour organisations représentées dans plusieurs CTE • Compétences : fixées par décret
Fonctions mutualisées		Modalités de mise en œuvre des mutualisations, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • modalités de coordination des instituts et des écoles • modalités de coordination des plans de formation

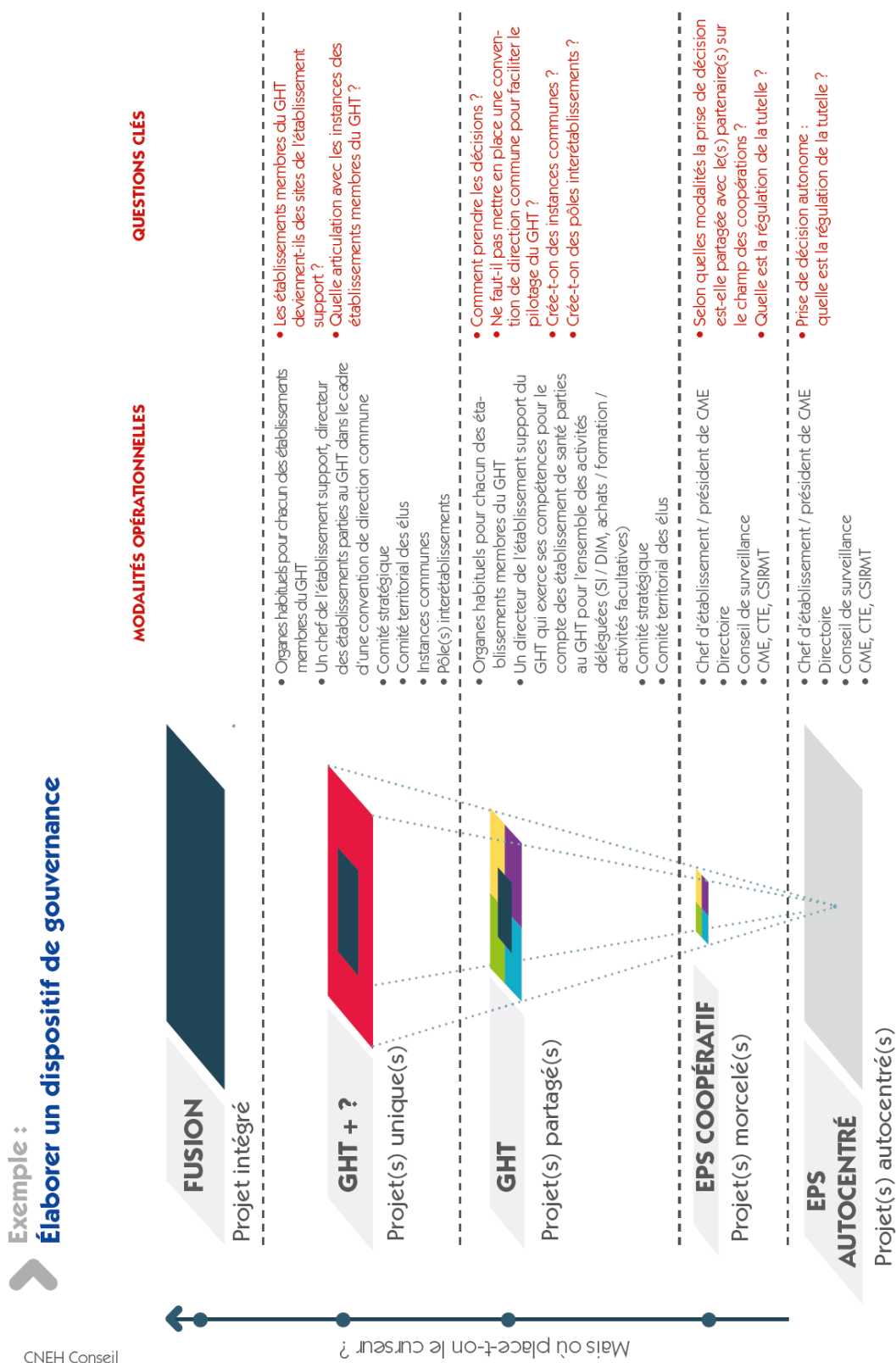
7 Cartographie des GHT²⁰⁸



²⁰⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, *Vade-mecum : GHT, mode d'emploi*, édition du 26 mai 2016, p. 8 et p. 23.

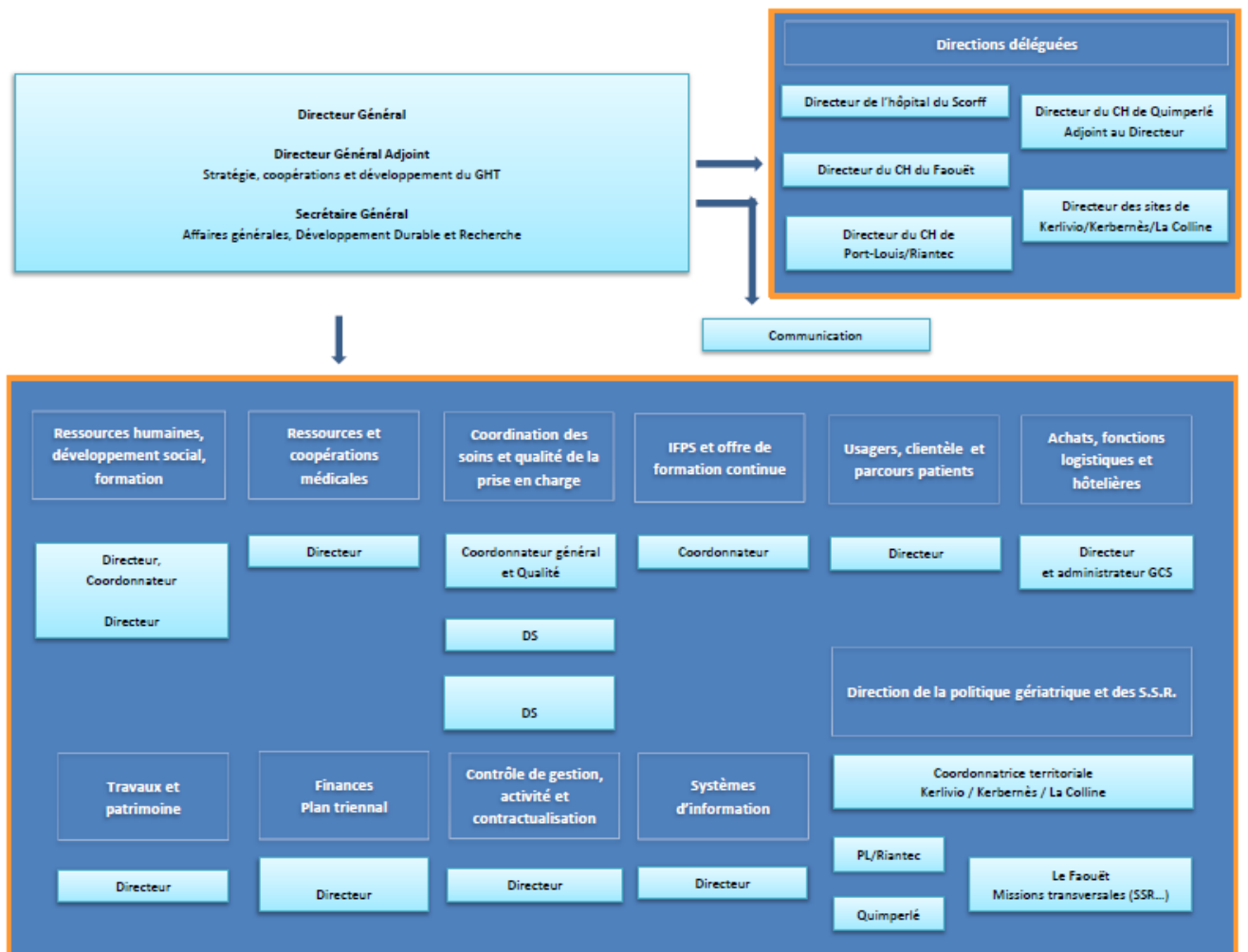
²⁰⁸ Site internet du Ministère des affaires sociales et de la santé. *GHT : accéder aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit*.

8 L'intérêt de la convention de direction commune couplée au GHT²⁰⁹



²⁰⁹ Illustration extraite d'un document de présentation de CNEH Conseil, *Groupement hospitalier de territoire, Design de votre GHT et trajectoire de transformation*, 1^{er} juillet 2016, p. 17., cneh.fr.

9 Organigramme de la direction commune des quatre établissements MCO (CHBS, CHQ, CHPLR, CHLF) à partir de du 1^{er} octobre 2016



10 Tableaux de synthèse des conséquences du GHT, d'une direction commune et d'une fusion sur la gouvernance hospitalière présentés aux élus locaux par les chefs d'établissement

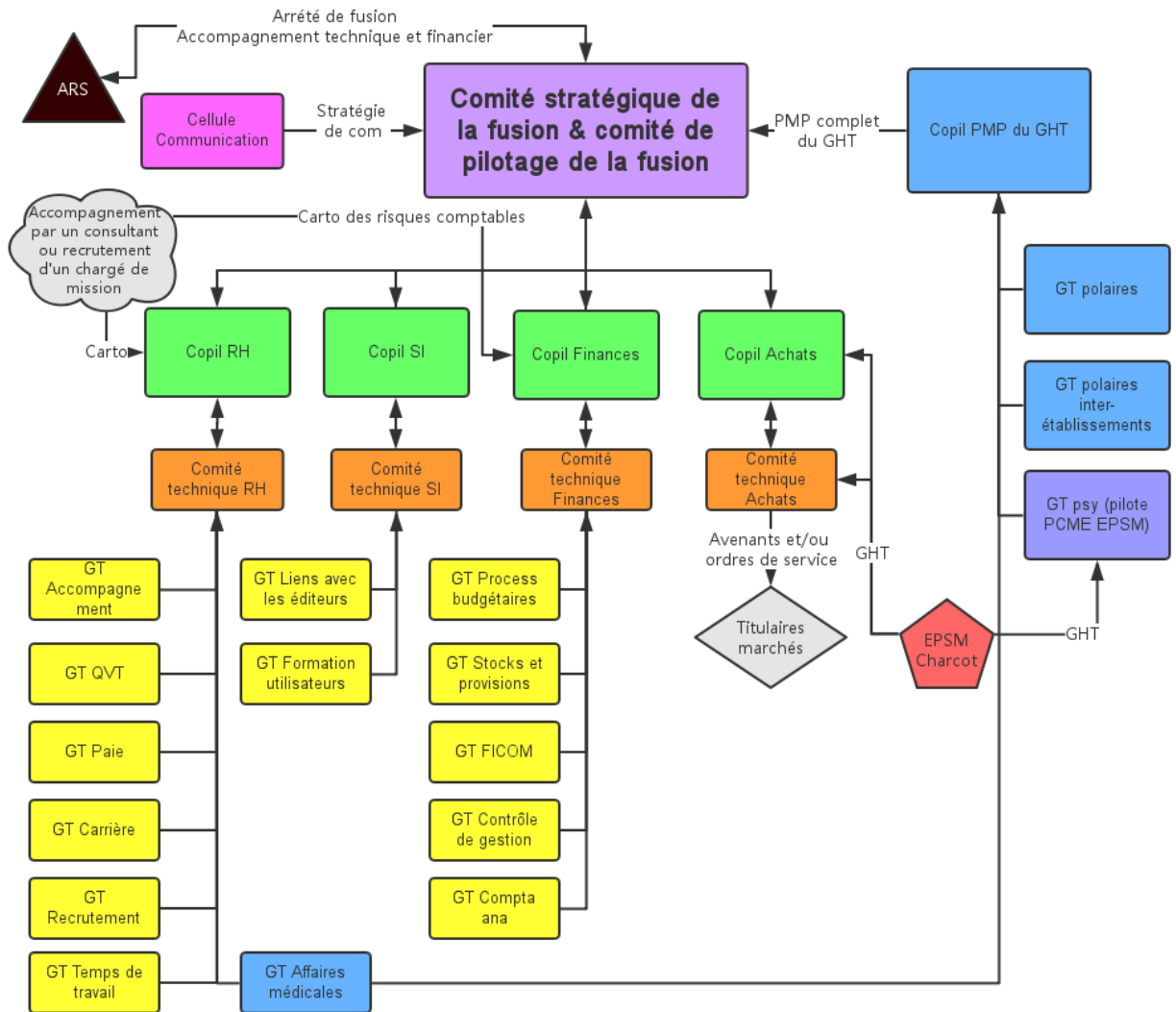
FORME JURIDIQUE	ACTEURS	GOVERNANCE	RH	FINANCES	ACHATS	TRAVAUX	LOGISTIQUE	FACTURATION PATIENTELE	SIH	AFFAIRES MEDICALES	QUALITE
ETABLISSEMENT SUPPORT (LMS)	CHBS	Sur missions transférées	Formation continue et DPC	Examen consolidé EPRD et PGFP 2016	X	X	X	X	X	X	X
	MEMBRES		Autre dans limite EPRD	Comptes consolidés 2020			Dans limite marchés conclus par établissement support	X		Dans limite activités mutualisées et pôle inter établissements	
DIRECTION COMMUNE	CHBS (GHSB)	Personnalités juridiques préservées Directeurs de sites Instances inchangées mais multipliées	X	X	X	X	X	X	X	X	X

FUSION	CHBS	Une seule personnalité juridique									
		Un seul directeur	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Instances communes et présence 4 PCSurveillance									

FORME JURIDIQUE	Avantages	Inconvénients	Propositions
ETABLISSEMENT SUPPORT (LMS)	<p>Statu quo</p> <p>Entités juridiques préservées</p> <p>Responsabilités juridiques maintenues</p>	<p>Application stricte de la loi (gestion par l'établissement support des activités déléguées avec transfert des compétences de chef d'établissement)</p> <p>Un directeur de site sans délégation sur segments d'activité essentiels = une attractivité du poste amoindrie</p> <p>Intrication complexe des responsabilités/autorités/gestion pesant sur les agents des services concernés</p> <p>Multiplicité des instances</p>	<p>Au regard des inconvénients relevés du fait de la nouvelle législation et de l'évolution prévisible des situations, cette solution paraît la plus pénalisante tant pour le fonctionnement que pour les établissements non support.</p>
DIRECTION COMMUNE	<p>Souplesse dans l'application de la loi : délégations fortes aux directeurs de site</p>	<p>Multiplicité des instances avec un risque d'investissement altéré des DA sur les dossiers et de burn out</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Négociation possible mais limitée de certaines garanties car la communauté quimperloise (élus, PH, syndicats ne siègent pas dans les instances de l'établissement support) • Présence sur site d'un directeur délégué

	<p>Entités juridiques préservées</p> <p>Responsabilités juridiques maintenues</p>	<p>Critiques des équipes des directions et des PM car isolement</p> <p>Difficultés budgétaires et d'investissement non résolues</p> <p>Cohésion et solidarité médicales plus difficiles à construire</p>	
<p>FUSION</p>	<p>Négociation des conditions de mise en place</p> <p>Simplification</p> <p>Clarification des responsabilités et autorités...</p> <p>Instances communes uniquement : gain de temps et économique</p> <p>Personnel commun</p> <p>Un seul EPRD</p>	<p>Possibles inquiétudes sur l'avenir de l'hôpital</p>	<p>Garanties à apporter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respect identité de chaque structure (conservation et lisibilité de son nom) : une charte graphique au nom du GHT avec celui du site • Présence sur site d'un directeur délégué • Vice-présidence du CS : Maire de Quimperlé • L'ensemble des maires sont membres du CS • Engagement sur la pérennité de l'ODS sur le site du fait de la cohérence entre le PMP et les PM des établissements (élaboration concomitante et avec le même consultant) • Garantie d'une capacité retrouvée à investir et mener des projets nouveaux car adossement au nouvel établissement ainsi créé (retour à l'équilibre)

11 Proposition de structuration du projet de fusion



12 Proposition de modèle d'arrêté de fusion²¹⁰

Article 1 : Le Groupe Hospitalier Sud-Bretagne est créé par fusion du CHBS, du CHQ, du CHPLR et du CHLF ;

Article 2 : La fusion tant administrative que budgétaire prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2018 ;

Article 3 : Le nouvel EPS sera dénommé « Groupe Hospitalier Sud-Bretagne » et son siège social sera implanté au 5 Avenue de Choiseul, 56100, Lorient ;

Article 4 : Le conseil de surveillance du nouvel établissement sera constitué conformément aux dispositions des articles R6143-2 à R6143-4 du CSP ;

Article 5 : Le président du conseil de surveillance sera désigné selon les modalités prévues à l'article L6143-5 du CSP.

Article 6 : Les dons et legs acquis, l'actif et le passif, l'ensemble des éléments constitutifs du patrimoine, les biens meubles et les biens immeubles du domaine public et du domaine privé du CHBS, du CHQ, du CHPLR et du CHQ, les droits et obligations à l'égard des tiers sont transférés de plein droit à la date du 1^{er} janvier 2018 au GHSB. Ces transferts de biens, droits et obligations ne donnent lieu à aucun indemnité, taxes, salaires et honoraires. Le DGARS est chargé de l'authentification des transferts de propriété en vue d'une publication au service de publicité foncière.

Article 7 : Les autorisations d'activités de soins dont sont détenteurs le CHBS, le CHQ, le CHPLR et le CHLF fusionnés seront transférées au nouvel établissement le jour de la fusion.

Article 8 : La gestion sera assurée par le comptable public responsable de la trésorerie hospitalière à compter du 1^{er} janvier 2018.

Article 9 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Bretagne.

²¹⁰ ZOLEZZI, *Ibid*, p.39-40, adapté au contexte sud-breton.

13 Projet d'ordonnance²¹¹ d'application de l'article 204 de la LMS issu de la septième vague de concertation

PROJET D'ORDONNANCE n°2016-XXX du
relatif à la procédure de fusion des établissements publics de santé

NOR :

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

Sur le rapport du Premier ministre et de la ministre des affaires sociales et de la santé ;

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code général des impôts ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 204 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

Article 1^{er}

Le chapitre I du titre III du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. - L'article L.6131-2 est ainsi modifié :

1° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° De créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ; »

2° Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° De prendre une délibération tendant à la fusion des établissements concernés dans les conditions prévues à l'article L.6141-7-1, dans un délai de six mois.»

²¹¹ Proposé à la concertation par la DGOS à la FHF.

II. – L'article L.6131-4 est ainsi modifié :

Les mots « au premier alinéa » sont remplacés par les mots « au quatrième alinéa ».

Après les mots « la fusion des établissements publics de santé concernés » sont ajoutés les mots « dans un délai de 6 mois à compter de l'expiration du délai prévu par l'article L.6131-2. »

Article 2

Le chapitre I du titre IV du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Les dispositions de l'article L.6141-7-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. - La transformation d'un établissement public de santé résultant soit d'un changement de ressort, soit d'une fusion intervient dans les conditions définies par le présent article.

« II. - Le changement de ressort correspond à une diminution ou une extension du ressort de l'établissement public de santé tel que défini au deuxième alinéa de l'article L.6141-1.

« Le directeur de l'établissement public de santé devant faire l'objet d'un changement de ressort prend toutes les décisions nécessaires à la mise en place de l'établissement qui en résultera.

« Les procédures de recrutement et d'avancement, en cours avant le changement de ressort de l'établissement, peuvent être valablement poursuivies dans l'établissement qui en est issu.

« Le changement de ressort d'un établissement public de santé est décidé en fonction du ressort qui en résultera soit par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé soit par décret. La décision détermine la date du changement de ressort et en complète, en tant que de besoin, les modalités.

« III. - La fusion entre deux ou plusieurs établissements publics de santé se fait soit par la création d'une nouvelle personne morale, soit par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements parties à la fusion. Cette fusion est réalisée à l'initiative des établissements parties à la fusion ou suite à une demande du directeur général de l'agence régionale de santé conformément à l'article L. 6131-2

« La fusion de plusieurs établissements publics de santé entraîne le transfert de l'ensemble des biens, droits et obligations à l'établissement issu de la fusion. Ces transferts de biens, droits et obligations ne donnent lieu à aucune indemnité, taxe, contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts ou honoraire.

« Les décisions nécessaires à la mise en place en l'établissement issu de la fusion sont prises conjointement par les directeurs des établissements qui fusionnent, après que les conseils de surveillance de ces établissements se sont prononcés en application du 4° de l'article L.6143-1 et après information du ou des comités stratégiques des groupements hospitaliers de territoire concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les conditions dans lesquelles les autorisations prévues au chapitre VI du titre II du livre premier de la cinquième partie et au chapitre II du titre II du livre premier de la sixième partie du Code de la Santé publique, détenues par les établissements qui fusionnent, ainsi que les meubles et immeubles de leur domaine public et privé sont transférés à l'établissement issu de la fusion et atteste des transferts de propriété immobilière en vue de leur publication au fichier immobilier.

« Les structures régulièrement créées en vertu des articles L.6146-1 et L.6146-2 dans les établissements concernés, avant la fusion, sont transférés dans l'établissement qui en est issu. Il en va de même des emplois afférents aux structures considérées, créés avant l'intervention de la fusion.

« Les procédures de recrutement et d'avancement, en cours avant la fusion, peuvent être valablement poursuivies sans l'établissement qui en est issu.

« La fusion des établissements publics de santé est décidée en fonction du ressort de l'établissement qui en est issu soit par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé soit par décret dans des conditions définies par voie réglementaire. La décision détermine la date de fusion, l'établissement siège et en complète, en tant que de besoin, les modalités. »

Article 3

Le Premier ministre et la ministre des affaires sociales et de la santé sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait le .

**PAR LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE :
LE PREMIER MINISTRE,**

La ministre des affaires sociales et de
la santé

14 Cartographie des logiciels existants entre les quatre établissements de la future direction commune



DPI	OSIRIS Version APOZEM/SSIAD)	SILLAGE Version	SILLAGE Version	OSIRIS Version SSIAD)
Gestion identifiant	CPAGE Version	CPAGE Version Patients	CPAGE Version	HEXAGONE Version WEB
Gestion des achats	CPAGE Version	CPAGE Version écofinance (V152100)	CPAGE Version	HEXAGONE Version WEB
PMSI	OPALE/OXALYS	ORBIS (v8.0.17) PMSI Pilot, Magellan	CORA PMSI Pilot	OPALE/OXALYS
Interfaces/Bus		EAI Cloverleaf (Sillage)	EAI EEBOP EAI Cloverleaf (Sillage)	ANTARES
Particularités	DPI hébergé au SIB	DPI en cours de déploiement	DPI en cours de déploiement	Réflexion sur l'évolution HEXAGONE

Tableau des logiciels communs



15 Exemples de cibles de convergence des systèmes d'information²¹²

1. L'urbanisation des systèmes d'information avec plusieurs règles :
 - a. Unicité de l'environnement de travail pour l'agent, quel que soit l'établissement d'exercice ;
 - b. Unicité des données du patient, quel que soit l'établissement qui le prend en charge ;
 - c. Unicité des référentiels clés ;
 - d. Réduction du nombre d'applications de production de soins et diminution du nombre d'interfaces ;
 - e. Découplage de gestion des identités et des mouvements des applications de gestion administrative des malades (architecture applicative).
2. L'élaboration de solutions multi-entités juridiques pour
 - a. Assurer la gestion de plusieurs fichiers communs avec des plages de codage dédiées (par exemple pour les structures susceptibles d'être en recouvrement) ;
 - b. Assurer la gestion de référentiels communs et de référentiels par entité juridique (notamment le livret thérapeutique) ;
 - c. Avoir le même DPI partagé par toutes les entités juridiques avec des paramétrages différents possibles mais garants d'une continuité de prise en charge.
3. Un DPI commun pour répondre aux besoins exprimés par les présidents de CME afin de (d') :
 - a. Faciliter la mobilité des médecins sur l'ensemble des structures, en intégrant au dossier patient l'ensemble des fonctions nécessaires à la prise en charge et ce, quel que soit l'établissement dans lequel est réalisé l'activité ;
 - b. Offrir la possibilité d'une prise en charge transversale sur le parcours gradué dans les établissements de proximité et de recours.
 - c. Couvrir toutes les activités du GHT : psychiatrie, SSR, MCO, médico-social, etc.
4. Des outils PMSI et décisionnels communs pour :
 - a. Permettre aux médecins DIM d'utiliser le même outil ;
 - b. Faciliter le contrôle de gestion avec un pilotage médico-économique unifié.

²¹² Extraits de PLASSAIS O., *GHT et systèmes d'information hospitaliers convergents*, *Revue hospitalière de France* n°569, mars-avril 2016, pp. 44-47.

16 Un premier inventaire (non exhaustif) des règles RH à harmoniser²¹³

Domaine RH	Objectif	Règle et procédures	Niveau opérationnel d'analyse pour les gestionnaires
Préparation de l'EPRD	Préparer le budget du nouvel établissement	Préparation de l'EPRD en termes d'effectifs, de dépenses et de nouveaux coûts moyens	
		Suivi budgétaire	Tableaux institutionnels, suivi mensuel Rapports institutionnels existants ou non
		Procédure de clôture de l'exercice	
		Politique de remplacement	Pool pour les absences courtes Règles de remplacement pour les absences longues ou à la suite d'un départ
		Procédures d'ouverture de poste en cours d'année	
		Diffusion de tableaux de bords harmonisés	
Recrutement	Conforter l'attractivité	Procédures applicables pour tout le personnel, démission	Aptitude physique Recrutement du personnel soignant et non soignant Formalisation de la procédure
		Procédure applicable aux contractuels et à leur parcours	Décision de recrutement Contrat type Reprise d'ancienneté Renouvellement et fin de contrat
		Concours	Organisation Publicité Composition des jurys Gestion des résultats Gestion des nominations Relations avec la CNRACL Parcours des stagiaires (appréciations)
		Autres recrutements	Emplois aidés Apprentis
		Positions statutaires	Travail à temps partiel Détachement Gestion de la carrière l'agent détaché Cessation du détachement Mise en disponibilité Congé parental Congé de présence parentale
Paie	Sécuriser les rémunérations	Gestion des astreintes administratives	
		Déplacement « sang »	
		Avantages en nature	Nourriture Soins gratuits Logements
		Indemnités	Pied levé Exceptionnelle compensatrice Forfaitaire technique Responsabilité Forfaitaire pour travaux supplémentaires Licenciement

²¹³ Tableau réalisé à partir de ZOLEZZI C., *Tout savoir sur la fusion hospitalière*, Presses de l'EHESP, novembre 2015, pp. 69-75.

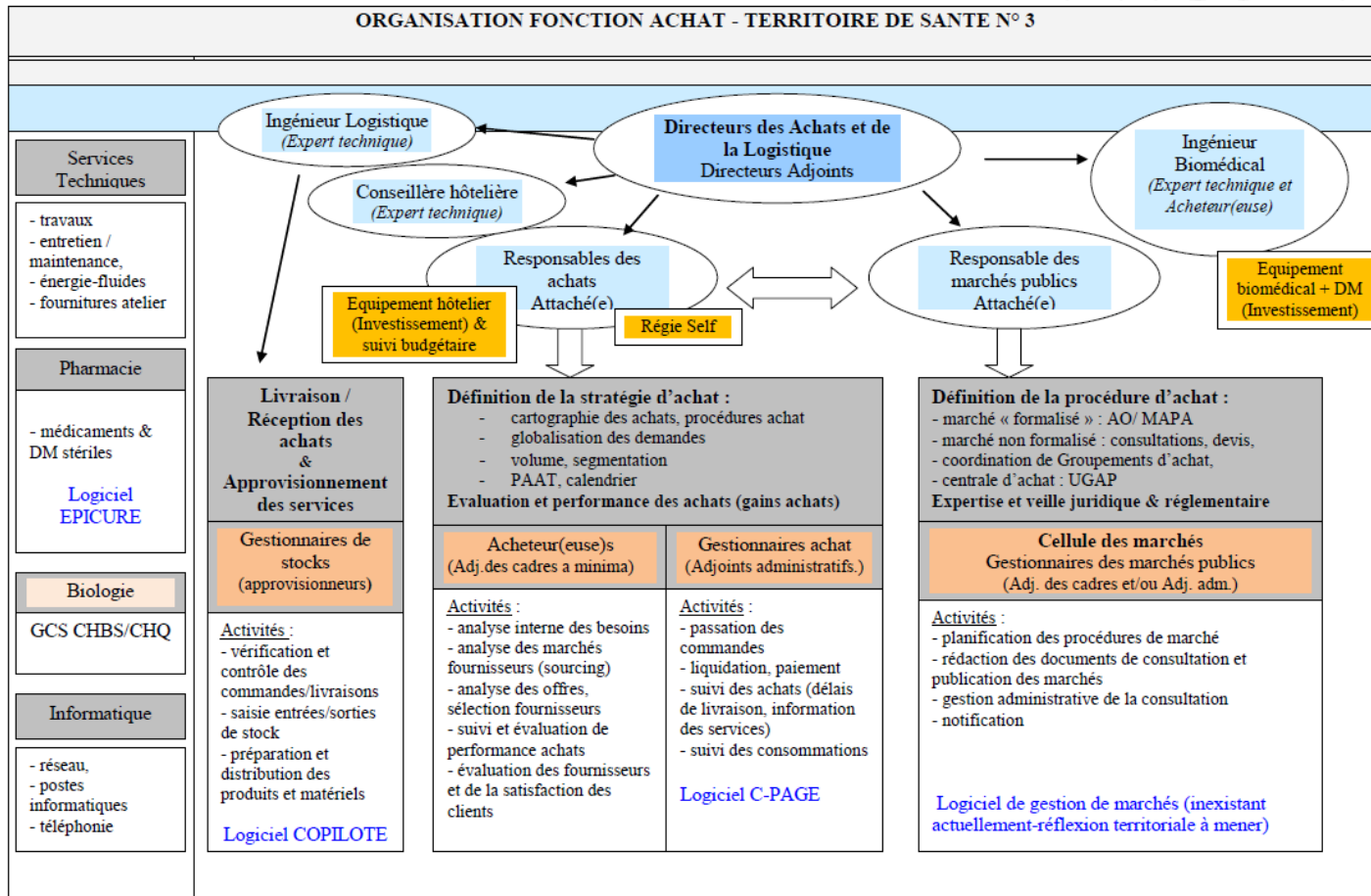
			<ul style="list-style-type: none"> Permanence Chaussures ou vêtements Logement Vie chère Dimanche et jours fériés Stage Travail intensif de nuit Supplément familial de traitement GIPA NBI
		Primes	<ul style="list-style-type: none"> Assistance soins gérontologiques Collaborateurs chef de pôle Encadrement forfaitaires Spéciales début de carrière Heures supplémentaires De laboratoire De service De vagemestre Spéciale IADE Remboursement des frais de visite médicale Insalubrité
		Politique de rémunération	<ul style="list-style-type: none"> Frais de déplacement sectoriel Contrôle de paie Prise en charge des éléments variables de paie Œuvres sociales Date de versement de la paie Processus faisant suite à un trop-perçu Allocation de perte d'emploi
Temps de travail	Réorganiser le temps de travail	Aménagement et réduction du temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> Durée et amplitude de la durée de travail Temps de travail Temps de pause Temps d'habillage Temps de repas
		Gestion des absences	<ul style="list-style-type: none"> Maladie Congé longue maladie Congé longue durée AT-MP Temps partiel thérapeutique Maternité et adoption Congé paternité
		Gestion du temps	<ul style="list-style-type: none"> Ouverture des droits à congés annuels Journée de solidarité Sujétions de dimanche et jours fériés Rappel sortant de repos Planification de congés annuels Affichage du planning du tableau des compteurs mensuels Cycle de travail et roulement Congé supplémentaire ou exceptionnel Validation de la présence à la formation continue
		Astreintes	<ul style="list-style-type: none"> Services techniques Direction Cadres de santé De sang Bloc opératoire et chir cardiaque HAD Kinésithérapeute Cardiologie interventionnelle

			Endoscopie digestive Don d'organes Pratiques d'astreinte non formalisée
			Ecart dans la comptabilisation des heures supplémentaires
			Choix du régime cadre
Formation et GPMC	Faire de la fusion une opportunité	Comparaison du fonctionnement et de la composition de la commission de formation	
		Politique de formation	Préparation aux concours Etudes promotionnelles et gestion des financements des VAE Congés de formation professionnelle Bilans de compétences
		GPMC	Code métier Fiches de postes d'entretiens et recrutement Faisant fonctions Mobilité Accompagnement des parcours professionnels
		Gestion de la formation	Chiffrage des demandes Inscription des agents Suivi du plan et des demandes en cours d'année Définition des enveloppes Suivi du budget DIF Formation interne Bilan pédagogique et financier pour l'organisme de formation continue
Instances	Harmoniser la gestion institutionnelle	Gestion du droit syndical	Suivi du temps d'absence syndical Suivi des autorisations exceptionnelles pour absences syndicales Congé pour formation syndicale Méthode de gestion en cas de survenue d'un danger grave et imminent
		Gestion du droit de grève	Définition du service minimum Procédure de préavis Diffusion Assignation
		Gestion des instances représentatives du personnel	Existence ou non d'un règlement intérieur Organisation des CTE et travail de chaque sous-commission du CTE
		Dialogue social	Mise en œuvre d'actions Evaluation et périodicité Organisation de la concertation avec les OS
Affaires médicales	Examiner les pratiques de gestion des médecins	Recrutement interne	Présence d'un vivier Procédure générale de sélection Mode de création de postes de PH (publication et recours à l'intérim)
		Recrutement externe	Procédure de recrutement des temps plein / temps partiel Indemnités de frais de changement de résidence
		Accueil et intégration	
		Alimentation et consommation du CET	
		Formation médicale	
		Rémunération	Indemnités journalières et transport

			Indemnité d'activité sectorielle de liaison Exercice multi-site Service public exclusif Gestion des internes Avantages annexes Temps de travail additionnel Procédure de paie Organisation des heures de cours
		Gardes et astreintes	Déplacements en astreinte Astreintes opérationnelles Sécurité et garde Organisation semestrielle des gardes internes Conditions de garde Affectation et gestion des logements de garde
		Instances	CME COPS CAL
		Gestion des contentieux et organisation de la veille juridique	

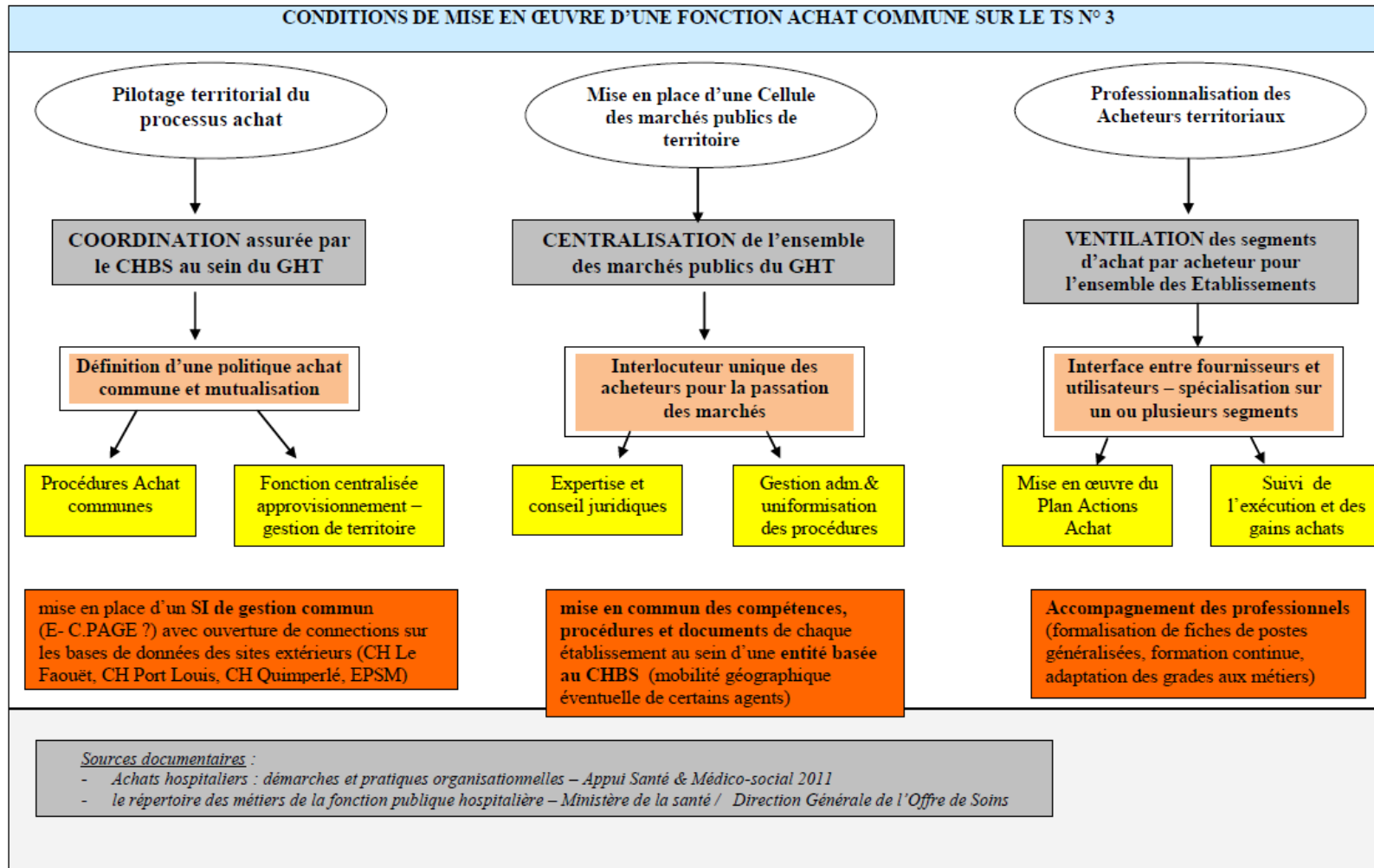
17 Projet d'organigramme de la fonction achat commune du GHT

PROJET

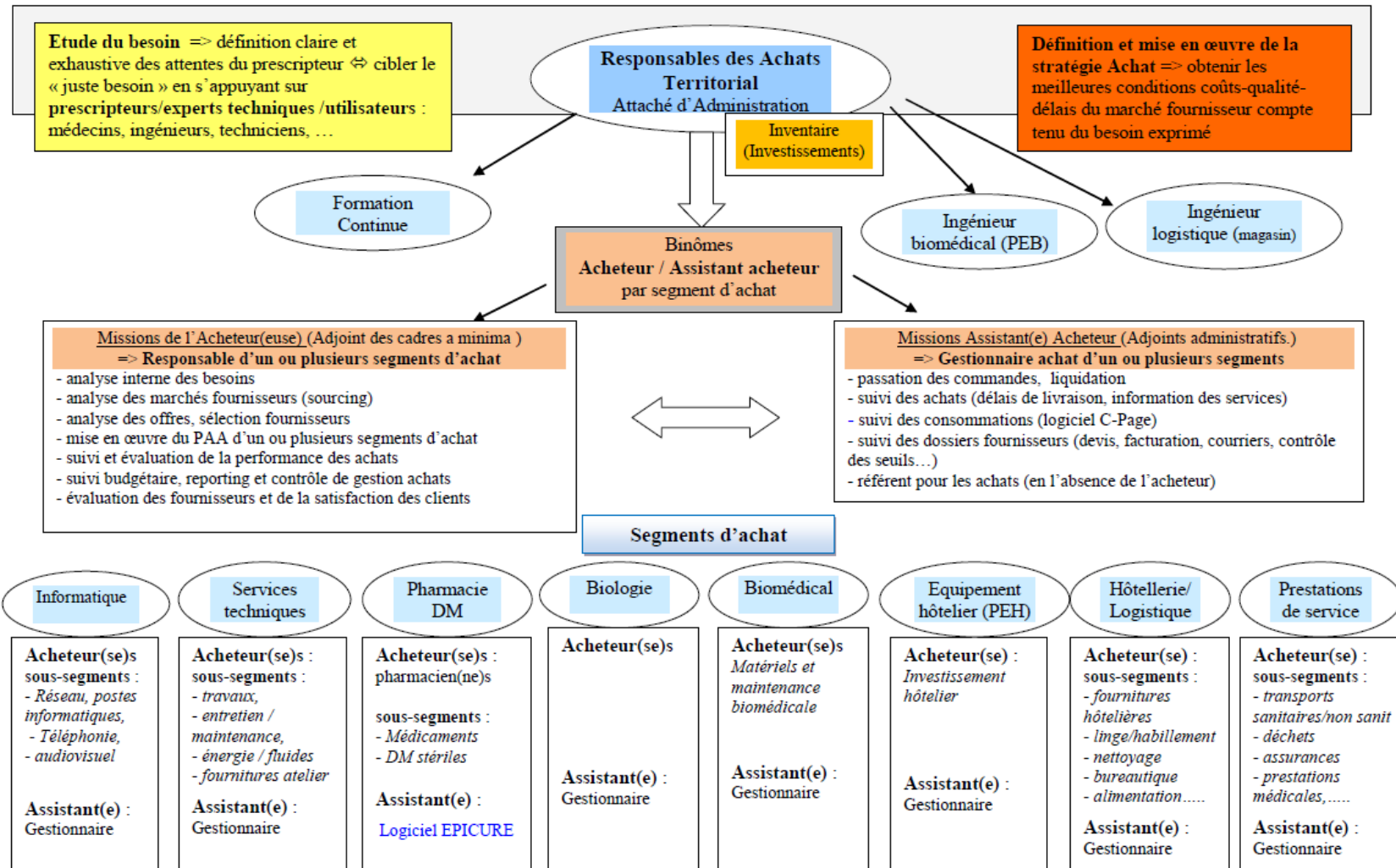


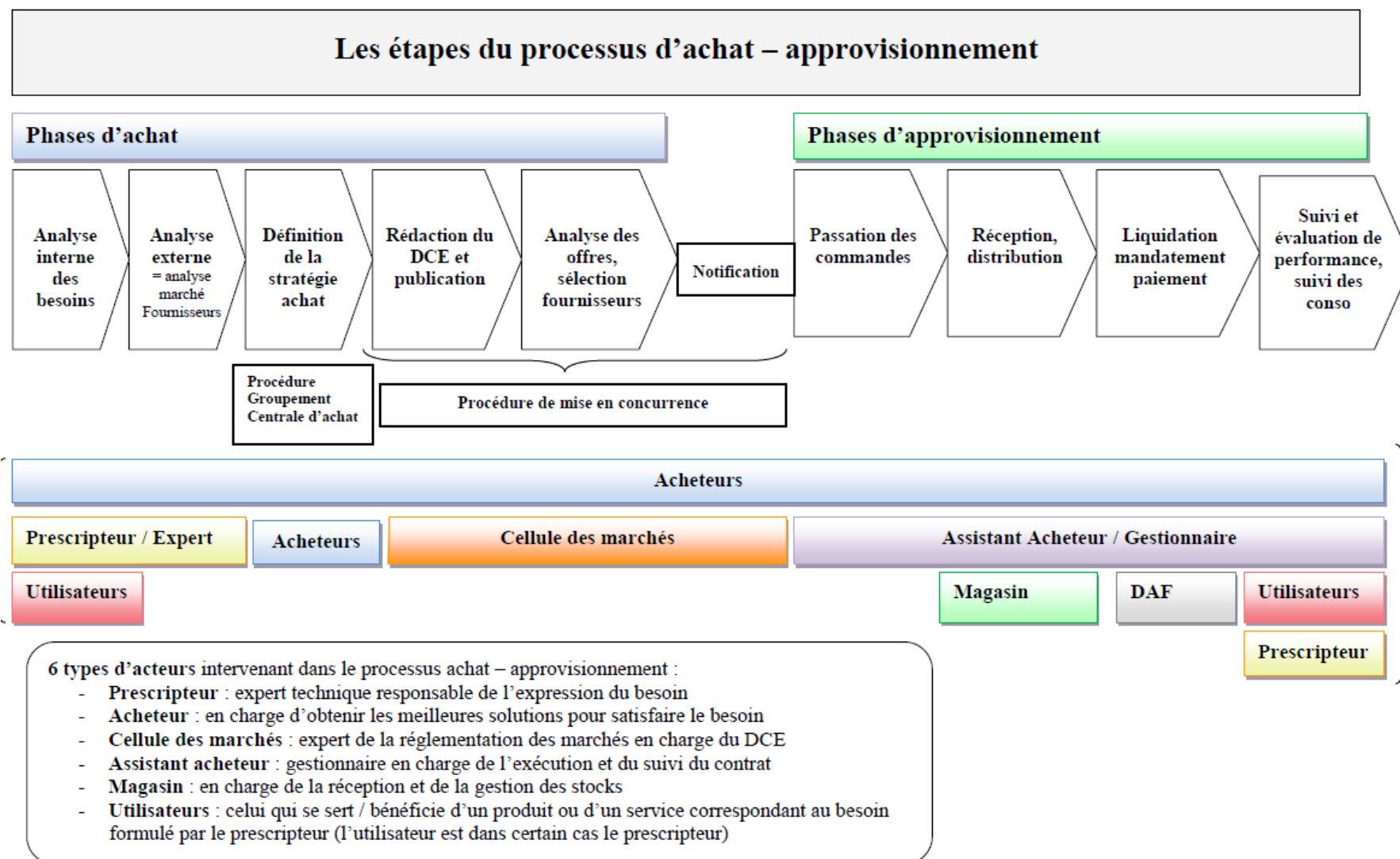
CHBS / DAL / Achats-Cellule Marchés / MRLP-LT

juin 2016



PROJET





18 Exemples de communications internes du CHBS et du CHQ sur le GHT



D'une Communauté au Groupe Hospitalier Sud Bretagne

Cette entrée a été publiée le [9 mai 2016](#) par [CHBS](#).

Aller plus loin ensemble !

Depuis février 2014, les Centres Hospitaliers de Bretagne Sud, de Quimperlé, du Faouët et de Port-Louis / Riantelec sont membres d'une Communauté Hospitalière de Territoire. Cette convention de coopération consacre les liens forts existants entre les quatre établissements partageant des valeurs communes. Le renforcement des liens permet d'améliorer la continuité médicale et de faire des choix stratégiques en commun inscrits dans les Projets réalisés de façon conjointe.

Dès le 1er juillet prochain, la CHT va évoluer vers un Groupe Hospitalier suite à la Loi de Modernisation de notre Système de Santé. C'est une organisation obligatoire pour les Hôpitaux Publics au service d'une réponse de proximité aux besoins de santé de la population (environ 300.0000 personnes). Ce groupe représente plus de 4.000 professionnels, 2.200 lits avec un budget de 280 millions d'euros.

Cette organisation doit permettre

- De garantir un égal accès à des soins sécurisés et de qualité en proximité sur le territoire ;
- D'harmoniser les pratiques professionnelles ;
- D'optimiser le parcours de soins du patient grâce l'association des partenaires publics, privés et libéraux ;
- De mutualiser des fonctions supports : achats, systèmes d'information, information médicale, coordination de la formation.

Dans les prochaines semaines, nous vous informerons de la Gouvernance de ce Groupe suite aux décisions qui seront prises par les Instances des 4 Centres Hospitaliers.

LE GOUTTE GOUTTE



Centre hospitalier
de Quimperlé

Avant de vous inviter à profiter au maximum de cet été, qui se fait pourtant encore désirer à l'heure à laquelle je rédige cet édit, je souhaite revenir sur notre actualité la plus récente. La fin du mois de juin marque un tournant décisif dans notre vie institutionnelle, puisque les instances de l'établissement, excepté le CTE, se sont prononcées pour l'adhésion du CHQ au prochain Groupe hospitalier Sud Bretagne. De surcroît, après avoir pris connaissance des arguments, qui vous ont été également longuement explicités par courrier personnel, elles se sont positionnées en faveur d'une direction commune dès septembre 2016, puis de la création d'un établissement public de santé unique sur notre territoire par fusion entre les 4 Centres hospitaliers (Lorient, Quimperlé, Port Louis – Riantec, Le Faouët), le 1^{er} janvier 2018.

Il importe que chacun d'entre nous soit persuadé qu'il a une place pleine et entière dans la mise en œuvre de ce projet ambitieux. Nous avons pris des engagements fermes envers nos équipes, dont celui de ne faire procéder d'autorité à aucune mobilité entre nos 4 établissements.

Il nous appartient d'œuvrer tous ensemble pour permettre au CHQ de mener enfin à bien les projets qui lui tiennent à cœur depuis plusieurs mois, voire années. Seulement, la différence est que, désormais, il n'est plus seul. Fort du soutien des autres membres du Groupe hospitalier Sud Bretagne et maillon indispensable du service public hospitalier sur le territoire, il pourra conforter et développer son offre de soins au service de la population du bassin de vie de Quimperlé.

" Mettons en commun ce que nous avons de meilleur, et enrichissons-nous de nos mutuelles différences " - Paul Valéry (Ecrivain-poète). Il en va en matière hospitalière comme en toute chose : notre hôpital de demain sera ce que nous en ferons, uniquement ce que nous en ferons, mais tout ce que nous en ferons. Le partage, l'échange et la co-construction autour de nos valeurs et pratiques professionnelles, à tous les niveaux de l'institution et dans la perspective d'un meilleur service rendu à nos patients, seront les ferments les plus sûrs de la réussite de notre action collective.

Je souhaite que l'été 2016 comble vos aspirations les plus chères en jouant sur la gamme des voyages, des cousinades, du sport, du repos, des pique-niques et barbecues... Un grand bol de réjouissances variées pour tous !

Carole BRISION — Directeur

SOMMAIRE

L'édito	1
Le GHT	2
L'actualité de l'établissement.....	3
La journée mondiale sans tabac.....	4
Le comité de rédaction ..	4

TRIBALLEAU

Clément

Octobre 2016

Filière Directeur d'Hôpital

Promotion 2015-2016

Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion :
Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences
d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne

Résumé :

Qualifié par certains de « révolution silencieuse », le groupement hospitalier de territoire (GHT) est une réforme majeure du système de santé français et de l'hôpital public en particulier. Hormis quelques dérogations, il concerne tous les établissements publics de santé du territoire national. Promu comme un outil supplémentaire de coopération, beaucoup y voient un pas définitif vers une intégration « à marche forcée » des hôpitaux.

Les centres hospitaliers du Sud-Bretagne ; Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS), Centre Hospitalier de Quimperlé (CHQ), Centre Hospitalier du Faouët, Centre Hospitalier de Port-Louis – Riantec (CHPLR) ; ont fait l'expérience de cette interrogation dans la phase de préfiguration du GHT. Ils en ont tiré des conséquences stratégiques fortes : mise en place d'une direction commune et fusion des quatre établissements au 1^{er} janvier 2018.

L'objet de ce mémoire est d'expliquer cette décision en montrant que pour des territoires de santé et des groupements de taille limitée et sous certaines conditions, le GHT, par sa gouvernance et les compétences qu'il délègue à l'établissement support, est un dispositif qui tend à amener les hôpitaux à l'intégration par la direction commune et la fusion.

Sans prétendre proposer une méthode managériale pour piloter le changement, ce mémoire tente également de dégager des axes de recommandations pour piloter tant le processus décisionnel que le lancement de la mise en œuvre d'un projet de fusion dans le contexte nouveau de constitution du GHT.

Mots clés : Groupement hospitalier de territoire, affaires générales, coopérations, fusion, recombinaisons hospitalières, projet médical partagé, Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS), Groupe Hospitalier Sud-Bretagne (GHSB), Agence régionale de santé (ARS).

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