



EHESP

**Elève Directeur d'établissement,
sanitaire, social et médico-social**

Promotion : **2018 – 2019**

Date du Jury : **Décembre 2019**

**L'accompagnement de la fusion,
vers l'édification d'une stratégie de
groupe public :**

**L'exemple de la filière gériatrique du
GHT Rance Emeraude**

Rémi BOURNONVILLE

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier Madame Dominique RADUREAU, Directrice Déléguée du Centre Hospitalier des Prés Bosgers de Cancale, Directrice référente des activités gériatriques du GHT et maître de stage pour m'avoir permis de réaliser mon stage de professionnalisation au sein du CH de Cancale, ainsi que pour ses précieux conseils, et pour sa bienveillance.

Je tiens également à remercier Madame Florence ROUSSEL, Directrice des achats au sein du GHT, et maître de stage par intérim, pour m'avoir habilement conseillé dans la gestion des dossiers qui m'ont été confiés.

Je remercie par ailleurs, Monsieur Pascal DUFOUR, Coordonnateur Général des Soins du GHT Rance-Emeraude, pour sa disponibilité et l'aide qu'il m'a apporté tout au long de mon stage.

Je remercie Madame Catherine KELLER, Enseignant-chercheur et Directrice d'hôpital, pour son soutien ainsi que pour ses conseils stratégiques et méthodologiques qui m'ont grandement aidé dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie Monsieur Éric BOISSINOT, Coordonnateur de la filière gériatrique pour m'avoir fait bénéficier de sa grande expertise du sujet.

Enfin, devant l'impossibilité de nommer nominativement l'ensemble des agents du GHT Rance-Emeraude qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire, je leur adresse collectivement un grand merci.

« Il est vrai qu'un dirigeant est d'autant plus fort qu'il fait confiance, et il fait d'autant plus confiance qu'il est fort. Il faut donc être sûr de soi, des hommes que l'on a choisis, mais surtout des règles du jeu que l'on a fait émerger dans son organisation et être persuadé que cette double certitude assurera un fonctionnement moins rassurant peut-être mais plus performant. »

F. DUPUY (2011), *Lost in management, la vie quotidienne des entreprises au XXI siècle*, Seuil.

Sommaire

Introduction	1
1 Le CH de Cancale bénéficie d'un contexte de rapprochement et de convergence avec le GHT qui lui est favorable	7
1.1 Le CH de Cancale, membre du GHT présente une offre de soins adaptée aux besoins de sa population	7
1.1.1 De l'implantation spécifique des établissements du GHT Rance Emeraude sur un territoire de santé présent dans deux départements.....	7
1.1.2 Le vieillissement du territoire de santé N°6 est plus intense qu'aux niveaux régional et national.....	8
1.1.3 Présentation de l'historique des coopérations en vigueur sur le territoire de santé n°6	10
1.2 La collaboration fructueuse entre le CH de Cancale et le GHT, lui permette de présenter une activité performante et un budget équilibré.....	12
1.2.1 Le CH de Cancale, présente à la fois une bonne santé financière et un niveau d'activité satisfaisant.....	12
1.2.2 Une coopération au niveau du GHT qui porte ses fruits.....	13
1.3 Quels sont les bénéfices attendus, les implications pour le CH de Cancale et les nécessaires prérequis de cette fusion ?.....	15
1.3.1 Quels bénéfices attendre de la fusion du GHT Rance Emeraude ?	15
1.3.2 Pour le CH de Cancale, quelles sont les implications de la fusion?	18
1.3.3 La réalisation de la fusion, nécessite également l'acceptation de certains prérequis	19
2 L'annonce de la fusion, combinée aux difficultés financières du GHT suscite certaines craintes et un manque d'appropriation.....	21
2.1 L'environnement immédiat du GHT nécessite la réussite rapide d'une démarche de fusion pour bâtir une stratégie dynamique pour le groupe public.....	21
2.1.1 La fusion, une nécessité pour concurrencer le Groupe Vivalto, et bâtir une stratégie de groupe publique en matière d'offre de soins sur le territoire	22
2.1.2 La réussite de la fusion nécessite l'actualisation du Projet Médical et Soignant Partagé	23
2.1.3 La réalisation effective de la fusion impacte les directions supports	24
2.2 Les risques inhérents à la réalisation d'une fusion, sont ici accrus par une situation budgétaire difficile.....	26

2.2.1	La dégradation du contexte financier des CH de Dinan et de Saint Malo en 2018, pèse sur la viabilité financière du nouvel l'établissement	26
2.2.2	Un projet de fusion également porteur, plus classiquement de risques inhérents à toute démarche d'intégration	29
2.3	De la répercussion des inquiétudes liées à la fusion sur les positions des représentants du personnel du CH de Cancale.....	31
2.3.1	Le vote d'une expertise CHSCT sur les conséquences de la fusion	32
2.3.2	Un renforcement du formalisme souhaité par les représentants du personnel.....	33
3	La Fusion : un moyen de promouvoir la nécessaire convergence au sein du GHT, l'exemple de la filière gériatrique.....	36
3.1	La posture des Directeurs entre écoute, stabilisation de l'incertitude et explication du sens de la direction à suivre	37
3.1.1	De la posture des Directeurs : décideurs et pédagogues.....	38
3.1.2	La nécessaire pédagogie autour de la dynamique de fusion et du travail sur les projets de filière.....	39
3.2	La mise en œuvre d'une politique des petits pas, pour structurer l'offre de soins gériatriques au moyen d'un projet de filière, porteur de sens et de valeurs	40
3.2.1	Les facteurs clés de succès pour l'élaboration du projet de filière gériatrique	41
3.2.2	Description du contexte et évolution prévisible de la filière	42
3.2.3	Objectifs de la filière pour répondre aux besoins de la population	43
3.2.4	Organisation de l'offre de soins graduée pour la filière gériatrique de territoire....	47
3.2.5	Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT.....	51
3.2.6	Présentation des modalités de suivi.	51
3.3	Une nécessaire homogénéisation du fonctionnement au sein du GHT, vers la mise en place d'une culture commune :	52
3.3.1	L'harmonisation de la politique de prévention des risques professionnels	52
3.3.2	Une stratégie de communication accompagnant de manière positive et globale : la fusion, l'extension des filières gériatriques de proximité, ainsi que le développement d'un sentiment d'appartenance commune.....	54
	Conclusion.....	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ARS : Agence Régionale de Santé
AGIRH : Logiciel de Ressources Humaines, gérant la paye
CA : Chiffre d'Affaires
CAF : Capacité d'autofinancement
CCE : Clinique de la Côte d'Emeraude
CFTC : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CH : Centre(s) Hospitalier(s)
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CME : Commission Médicale d'établissement
CMEG : Commission Médicale de Groupement
COFIL : Comité de Pilotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREA : Compte de résultat analytique
CSIRMT : Comité de Soins Infirmiers, de Réanimation et Médicotechniques
CSP : Code de la Santé Publique
DAF : Direction des Affaires Financières
DIM : Département des Affaires Médicales
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRH : Direction des Ressources Humaines
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
FEI : Feuille d'Evènement Indésirable
FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalières
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GRH : Gestion des Ressources Humaines
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS : Inspection Générales des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

HAD : Hospitalisation A Domicile

k : mille

M : Million

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PAPRIACT : Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel

PMSP : Projet Médical et Soignant Partagé

PPR : Polyclinique du Pays de Rance

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPS : Risque Psycho-sociaux

RUM : Résumé d'Unité Médical

SIH : Système d'Information Hospitalier

SSR : Soins de suite et de Réadaptation

SUD : Solidaire, Unitaires Démocratiques

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

VMEH : Visite des Malades dans les Etablissements Hospitaliers

Introduction

Une fusion¹, se définit comme « la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes. La fusion participe ainsi du vaste mouvement de restructuration hospitalière par lequel les établissements de santé, s'adaptent aux évolutions de leur environnement »². Et en particulier, « à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficacité, tout en participant à la réduction de la part des hospitalisations complètes dans l'organisation du système de santé »³.

Toujours selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), « l'objectif d'une fusion ou d'un rapprochement doit être de rationaliser l'offre de soins sur un territoire donné, en maintenant des soins de qualité, en garantissant un accès aux soins adéquat, sans toutefois augmenter le taux de fuite des patients vers des établissements tiers »⁴.

De manière assez étonnante, au vu des nombreuses controverses que ce sujet provoque, il s'agit d'un sujet peu étudié, comme le regrette d'ailleurs, l'IGAS dans son rapport de juillet 2012⁵. Pourtant il s'agit d'un phénomène d'une grande ampleur. On dénombre en effet entre 4 et 8 fusions hospitalières et médico-sociales chaque année en France⁶. La tarification à l'activité, mise en œuvre depuis 2004, constitue une technique invisible qui participe également de ce mouvement. De plus, cette dynamique de coopération et d'intégration est largement encouragée par les pouvoirs publics, Frédéric PIERRU parle ainsi de *Merger Mania*⁷. De par leur effet direct sur le nombre d'établissement de santé, les fusions sont sans doute l'outil le plus symbolique du mouvement de restructurations hospitalières⁸.

Néanmoins d'autres modes de coopération sont prévues par les textes.

Il existe tout d'abord, les coopérations fonctionnelles qui ne portent pas de personnalité juridique. Il s'agit ainsi des conventions de coopération⁹ qui sont l'application du principe de liberté contractuelle, aucun périmètre ni contenu n'est préétabli.

¹ Source juridique de la fusion : L 6147-7-1 : et R 6141-10 CSP.

² IGAS, Dr LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., J-L BONNET, 2012, Rapport IGAS : Fusion et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, 273 p, [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf> p251.

³ IGAS, Dr LALANDE F., ibid., p 251

⁴ IGAS, Dr LALANDE F., ibid., p. 54

⁵ IGAS, Dr LALANDE F., ibid., p. 54

⁶ ZOLEZZI, C., 2015, Tout savoir sur la fusion hospitalière, Rennes, France, Presses de l'EHESP, 180 p.

⁷ PIERRU F., 2014, Les mythes rationnels de la gouvernance en santé : le cas de la « merger mania », Gestions hospitalières, p. 209-216.

⁸ IGAS, Dr LALANDE F., ibid., p. 30

⁹ L 6134-1 CSP

Les Fédérations Médicales Inter-Hospitalières (FMIH) permettent également des rapprochements au niveau des équipes médicales¹⁰. En 2013, on dénombre plus de 1200 FMIH. Ainsi les établissements ont la possibilité de regrouper certaines structures internes sous la forme de fédération médicale inter-hospitalière.

A côté de ces coopérations fonctionnelles, il existe des outils de coopération organique qui permettent la création de personnalité juridique. Ainsi, le Groupement de Coopération Sanitaire de moyen a été créé par les ordonnances JUPPE du 24 avril 1996. Et la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire du 21 juillet 2009 consacre la possibilité de créer des GCS Etablissement. L'on note cependant que les structures hospitalières se sont relativement peu saisies de cette dernière possibilité, jugée trop lourde administrativement. En 2015 seuls 22 GCS établissements de santé, ont été mis en place.

Les Communautés Hospitalières de Territoire, ont été également créées par la loi du 21 juillet 2009, et elles possèdent quant à elle, la personnalité juridique. En 2015, on dénombre 53 CHT, elles visent à favoriser les transferts d'activités et de compétences entre établissements. Ainsi, les CH de Cancale, Dinan et Saint-Malo, sont membres de la même CHT. En 2016, les CHT qui étaient facultatives, ont évoluées en Groupements Hospitaliers de Territoire, auxquels l'adhésion est obligatoire pour les établissements sanitaires.

Les GHT sont définis par la loi de Modernisation de notre Système de Santé du 21 janvier 2016, et remplacent les CHT. La fonction achat, les instituts de formation, les systèmes d'information ainsi que le Projet Médical Partagé sont des éléments indispensables à mettre en œuvre de manière communautaire au niveau de chaque GHT. Il convient cependant de noter qu'aucun des 135 GHT français ne possède de personnalité juridique.

Ainsi la fusion entre établissements sanitaires ou médico-sociaux ne constitue qu'un mode de coopération entre les établissements, parmi d'autres.

Cependant, l'on observe qu'historiquement, sur l'ensemble du territoire national, la Bretagne est la région où le ratio du nombre de fusions sur le nombre d'établissements est le plus important¹¹. De plus, à l'heure des nouvelles technologies de l'information et de la communication, il importe de noter que la dynamique de fusion dépasse largement les cadres hospitaliers et médico-sociaux, et qu'elle impacte *de facto* l'ensemble des activités humaines.

En effet, tant les entreprises privées que publiques, sont concernées par cette dynamique intégrative.

¹⁰ L 6135-1 CSP

¹¹ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 228

Même les coopérations étatiques sont aujourd'hui sous-tendues par cette logique, ainsi qu'en atteste les débats sur la mise en place d'une Union européenne de type fédérale.

C'est pourquoi la notion de fusion entre établissements hospitaliers et médico-sociaux, mérite à notre sens d'être analysée en profondeur, car l'heure actuelle semble bien être à la collaboration, à l'intégration, et à la création de nouvelles entités.

D'une part, ces processus intégratifs, portent en eux de nombreuses promesses sources d'avantages concurrentiels se basant sur l'acquisition d'une taille critique, ou encore sur l'élargissement de la gamme de service offerte, ce qui implique de nombreuses synergies.

Néanmoins, les potentialités intrinsèques à ces processus d'intégration, ne doivent pas non plus occulter les difficultés que supposent un tel choix stratégique, ni la nécessité d'un accompagnement adapté, pour le mener à bien.

Ces différentes implications du mot *fusion* à la fois source de promesses et de menaces, se retrouvent dans son étymologie.

En effet, la nature même du mot fusion est polysémique. Le mot fusion vient du latin *fusio*, « action de répandre », et *fusionem*, signifiant « fondre ». Cette idée de fondre recouvre abstraitement celle de combiner en un tout¹². L'expression « se fondre dans la masse » apparaît ici riche d'enseignement, en ce qu'elle évoque l'action de faire disparaître graduellement, un son, une image, voire un établissement¹³. L'idée de la disparition est ainsi intrinsèquement liée à la fusion est peut ainsi être à l'origine de certaines inquiétudes, et par conséquent de certaines menaces.

Pour autant, dans le domaine scientifique, la fusion ne concerne pas que l'extinction. En effet, « la fusion de deux métaux contribue à la formation d'un alliage où vont s'échanger les particules en fonction de la force d'attraction des unes et des autres pour former un nouveau produit »¹⁴. Cette approche physicochimique de la fusion ajoute donc un élément à l'étymologie en laissant percevoir la création d'une nouvelle entité à partir de celle qui a disparue¹⁵. La notion de fusion ne recouvre ici, plus uniquement la notion de disparition, mais davantage celle d'une transformation, voire d'une création.

Un détour par la psychologie révèle un autre pan des implications de la fusion. Si l'on s'attarde sur la définition d'une relation fusionnelle, elle se définit pour André REY, comme étant « vécue sur le mode de la symbiose et de l'identification »¹⁶.

¹² MONCET M.C., 2013, Conduire le changement à l'hôpital de la communication à l'hôpital apprenant, Paris, France, Edition LAMARRE (Fonction cadre de santé), 169 p.

¹³ MONCET M.C., *ibid.*, p 30

¹⁴ MONCET M.C., *ibid.*, p 31

¹⁵ MONCET M.C., *ibid.*, p 31

¹⁶ MONCET M.C., *ibid.*, p. 31

« Il existe ainsi une perte d'autonomie de chaque entité au départ, qui ne peut alors retrouver sa sécurité psychique qu'à condition de vivre en symbiose avec l'autre et à condition de s'identifier au nouveau système auquel il aura été intégré »¹⁷. Cette définition psychologique insiste par conséquent, sur les notions d'identification et d'identité qui sont fondamentales pour accomplir et donner sens et vie à une démarche de fusion.

L'identité revêt ainsi une importance centrale au moment d'étudier les éléments facilitateurs ou entravant un processus de fusion.

Cette notion d'identité a été étudiée en détails par Paul RICOEUR, qui définit les Hommes comme « étant à la fois des êtres de caractères » et des « êtres de promesse »¹⁸. « L'être de caractère » se rapproche d'un être permanent, hors du temps qui se refuse à subir tout changement et tout mouvement, son identité serait ainsi construite sur son caractère inaltérable et inaliénable¹⁹.

Quant à « l'être de promesse », il s'agit d'un être en devenir permanent ou en évolution perpétuelle qui se rapproche davantage des mondes médico-social et hospitalier, tels qu'ils sont. Ainsi ces deux visions sont complémentaires.

Mais chacun peut être plus ou moins attaché à son caractère propre, ou aux promesses portées par son existence²⁰.

Pour mener à bien un projet de fusion, le positionnement des directeurs est essentiel, il s'agit en effet entre autres, d'accompagner « les êtres de caractères » afin qu'ils se fondent en « êtres de promesses ». Objectif dont la réalisation implique un accompagnement de la convergence entre les différents établissements, ainsi que du travail collaboratif sur le Projet Médical et Soignant Partagé et des filières qui le composent.

Accompagner, s'entend ici au sens de Maela PAULE, à la fois comme : montrer le chemin, être à la tête du mouvement, et escorter les professionnels pouvant être en situation de difficulté²¹.

Nous centrerons notre mémoire sur l'accompagnement de cette démarche de fusion, au sein de la filière gériatrique, qui représente près de la moitié des lits et places du GHT Rance Emeraude.

¹⁷ MONCET M.C., *ibid.*, p.31

¹⁸ RICOEUR in MONCET M.C., *ibid.*, p. 32

¹⁹ RICOEUR in MONCET M.C., *ibid.*, p. 32

²⁰ MONCET M.C., *ibid.*, p. 32

²¹ Dr Paule M. (2004) *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'Harmattan p 72, in Cadre p 45.

Selon le rapport HUBERT-MARTINEAU, une filière correspond « à un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultation, acte externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, et EHPAD), pour des indications de prise en charge analogues en termes de diagnostic et de niveau de sécurité et pouvant porter sur un profil de patient homogène »²².

Comment un accompagnement adapté des différents acteurs de la filière gériatrique, permet-il de surmonter les appréhensions suscitées par le processus de fusion du GHT et d'assurer la convergence entre les établissements ainsi que la réussite d'une stratégie territoriale pour la filière gériatrique de territoire?

Nous faisons l'hypothèse que le succès de cette démarche nécessite à la fois : le partage d'une culture collective, et la confiance dans les promesses portées par la dynamique de la fusion, tant pour les patients, les résidents que pour les professionnels.

Si, sur les dernières années, le processus de rapprochement entre les établissements a été favorable aux trois établissements et en particulier au CH de Cancale (I)

... Néanmoins, le parachèvement de ce processus par une fusion dans un délai contraint, est source de craintes (II).

Craintes qu'il convient de surmonter par un positionnement adapté des directeurs, par un travail collaboratif sur le Projet Médical et Soignant Partagé, ainsi que par la réaffirmation effective d'une politique de convergence dynamique entre les trois établissements (III).

²² Rapport HUBERT-MARTINEAU in ANAP, *Elaborer un Projet Médical Partagé*, p 16.

Présentation de la méthodologie de recherche :

Pour mener à bien cette étude, nous avons tout d'abord, étudié en détails les différents contextes territoriaux, économiques et financiers des trois établissements membres du GHT Rance Emeraude.

Nous avons également centré notre recherche sur les documents cadrant la stratégie des établissements de santé, et notamment le Schéma Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé de la région Bretagne, ainsi que les guides de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance.

Pour affiner notre analyse, il a ensuite été nécessaire d'étudier la littérature administrative et scientifique sur la gouvernance hospitalière, ainsi que les stratégies de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux. Ce qui vise à donner une vision plus analytique et une portée plus générale à notre mémoire.

Nous avons également eu l'opportunité de pouvoir assister à de nombreuses réunions stratégiques, et d'examiner les comptes rendus des Comités de directions, ainsi que des différentes instances de gouvernance, ce qui a permis de saisir les enjeux locaux et institutionnels relatifs à notre sujet. Ces enjeux institutionnels ont également été mis au jour, au moyen d'entretiens semi-directifs, réalisés à la fois par téléphone et de visu, avec les Chefs d'établissements, les Directeurs fonctionnels, le Coordonnateur Général des Soins, les Présidents de CME, les Référents des activités gériatriques, les Cadres de santé, ainsi que les différentes organisations syndicales. Les principaux axes de ces différents entretiens sont disponibles en annexe A, ainsi que la liste des personnes rencontrées dans ce cadre.

Enfin, la méthode d'analyse sociologique appelée : l'observation participante, m'a été d'une grande aide, et m'a permis de tenir un carnet de bord lors de mon stage, et de mettre à profit, à des fins de recherche, ma position d'élève directeur au sein du Centre Hospitalier de Cancale.

1 Le CH de Cancale bénéficie d'un contexte de rapprochement et de convergence avec le GHT qui lui est favorable

Si l'offre de soins du CH de Cancale est adaptée à son bassin de vie, où le vieillissement de la population s'accélère (1.1), l'établissement a su tisser une collaboration fructueuse avec les établissements du GHT, ce qui lui permet de présenter un taux d'activité satisfaisant et un budget équilibré (1.2).

Si la dynamique de fusion ne remet pas en cause le processus de rapprochement, il importe néanmoins d'étudier les changements qu'elle suppose, et les implications qu'elle suscite pour le CH de Cancale, nous nous attarderons également sur prérequis qui nous apparaissent nécessaires à la réussite de la fusion (1.3).

1.1 Le CH de Cancale, membre du GHT présente une offre de soins adaptée aux besoins de sa population

Après avoir présenté les spécificités du territoire sur lequel interviennent les établissements du GHT (1.1.1), nous étudierons l'évolution des caractéristiques et des besoins de la population (1.1.2), ainsi que l'historique de coopération en vigueur sur ce territoire (1.1.3).

1.1.1 De l'implantation spécifique des établissements du GHT Rance Emeraude sur un territoire de santé présent dans deux départements

Le Centre hospitalier des Prés Bosgers de Cancale se compose d'un service d'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 120 lits et d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 25 lits. Il dispose également depuis fin 2017 d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et, depuis janvier 2018, d'un Accueil de jour.

Situé à 15 kilomètres de la ville de Saint-Malo, l'hôpital de Cancale, regroupe sur son bassin de vie, une population de 17 000 habitants. Géographiquement, le bassin de vie du CH de Cancale regroupe la ville de Cancale, et celles de Saint-Coulomb, Saint-Méloir-des-Ondes, Saint-Benoit-des-Ondes, la Gouesnière, La Fresnais et Hirel qui se situent dans un périmètre de 10 km autour de l'établissement.

Du fait de sa proximité immédiate avec la côte d'Emeraude, le CH de Cancale n'est pas à proprement parler au centre de son bassin de vie. Pour une présentation topographique des lieux, le lecteur pourra se référer en annexe B.

Le CH de Cancale est situé au sein du territoire de Santé n°6 de la région Bretagne, qui regroupe 240 000 habitants, soit 8 % de la population bretonne. A noter, que le territoire de santé n°6 est le deuxième moins peuplé des sept territoires de santé bretons, derrière celui de Pontivy/Loudéac (140 000 habitants)²³.

Le territoire de santé n° 6, se compose principalement des bassins de vie de Dinan et de Saint Malo, qui sont séparés par la rivière de la Rance. Les villes de Saint Malo et Cancale sont situées sur le bord droit de la Rance, et la ville de Dinan se trouve sur la rive gauche.

Ce détail topographique a son importance, car la ville de Dinan dépend administrativement du département des Côtes-d'Armor, quand les villes de Saint Malo et de Cancale relèvent du département de l'Ille-et-Vilaine. Le bassin de vie situé sur la rive droite de la Rance, comprend 80 000 habitants, et plus de 140 000 habitants pour sa zone de couverture sanitaire. Le bassin de vie de Dinan, et de la rive gauche de la Rance comprend ainsi 100 000 habitants en zone de couverture sanitaire.

Ce territoire de santé, à cheval sur les départements des Côtes-d'Armor et de l'Ille-et-Vilaine, est le mieux pourvu de Bretagne en termes de médecins généralistes avec 104 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale se situe à 93,6 en 2016²⁴. Il s'agit donc d'un territoire relativement attractif pour le corps médical. Néanmoins il importe de noter que le vieillissement de ce territoire a tendance à s'accélérer.

1.1.2 Le vieillissement du territoire de santé N°6 est plus intense qu'aux niveaux régional et national

Le territoire de santé n°6 connaît une croissance démographique moyenne annuelle de 0,5 %, ce qui le place dans la moyenne nationale. Mais cette croissance démographique est davantage portée par les nouvelles installations, principalement de retraités que par les nouvelles naissances.

²³ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 13.

²⁴ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 3

Ce qui induit une accélération de la dynamique de vieillissement. A noter également que ce territoire connaît un taux de suicide presque deux fois supérieur à la moyenne nationale²⁵.

Un indicateur démographique est particulièrement parlant, il s'agit de l'indice de vieillissement. Ce dernier se définit comme étant le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus, et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

Le vieillissement de la population est prononcé sur le territoire de santé n°6, avec un indice de vieillissement de 109,2 pour une moyenne nationale de 77,4 et une moyenne régionale de 85,9²⁶.

De plus, en 2013, le territoire de santé n°6 enregistre 2 457 naissances, soit 7,3 % des naissances de Bretagne et 3 057 décès, soit 9,4 % des décès de Bretagne.

Les personnes âgées sont majoritairement concentrées sur le littoral et autour de la baie de Saint-Malo et de celle de Cancale²⁷.

En effet, en 2019, à propos de la ville de Cancale, l'observatoire des territoires recense 212 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans²⁸. Pour comparaison, la ville de Saint Malo présente 158 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans²⁹.

Cette tendance démographique semble durable, et à l'horizon 2030, les projections de population sur le bassin de vie cancalais, s'orientent vers un maintien de cette dynamique. Cette évolution démographique est à mettre en lien avec l'installation fréquente de nombreux retraités et préretraités dans le pays de Saint-Malo et dans le bassin de vie auquel appartiennent le CH de Cancale, et plus globalement le GHT Rance Emeraude.

²⁵ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 4

²⁶ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 3

²⁷ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 3

²⁸ L'observatoire des territoires, [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=321036,6569503,18730,12785&c=indicator&i=insee_rp_hist_1968.ind_vieillist&s=2015&selcodgeo=59457&view=map26

²⁹ L'observatoire des territoires, *ibid.*

1.1.3 Présentation de l'historique des coopérations en vigueur sur le territoire de santé n°6

De manière à répondre au mieux aux besoins de son territoire, et à compléter l'offre de soins existante, le centre hospitalier de Cancale présente une activité centrée sur l'aval des hospitalisations. Cette activité se compose un service de SSR de 25 lits et d'un service d'EHPAD de 120 lits, dont 6 lits sont réservés pour l'hébergement temporaire et 30 pour le secteur protégé. Le CH de Cancale dispose également depuis fin 2017 d'un PASA et, depuis janvier 2018, d'un Accueil de jour de 6 places. Le CH de Cancale dispose ainsi en son sein, de la totalité des autorisations nécessaires à l'édification d'une filière gériatrique en lien avec les activités de médecines présentes au sein du GHT Rance Emeraude.

En effet, Les établissements de Cancale, Dinan et Saint Malo, collaborent ensemble depuis janvier 2011, sous la forme d'une Communauté Hospitalière de Territoire, et par la mise en place d'une direction commune. En 2016, les trois établissements se sont rassemblés pour former le GHT Rance Emeraude. Le CH de Saint Malo en constitue l'établissement support.

En termes de temps de transport, les établissements membres du GHT, sont situés à une proximité qui paraît acceptable. En effet, la distance entre les CH de Saint Malo et Cancale est de 15 kilomètres et celle entre Cancale et Dinan est de 35 kilomètres, pour un temps de trajet équivalent dans les deux cas à 25 minutes au départ du CH de Cancale. Les préconisations en termes de temps de transport à l'intérieur d'un GHT, sont donc respectées, car elles demeurent inférieures à 45 minutes.

De fait, il s'agit d'un des GHT les plus petits de France, en termes de nombre d'établissements partis au groupement. En effet, la moyenne nationale s'élève à 6.6 établissements par GHT³⁰.

Par rapport à notre sujet, une autre particularité essentielle de ce GHT est le nombre important de lits et places gériatriques qui représentent près de 50 % des lits et places de l'ensemble du GHT³¹.

En effet, pour 941 lits et places, l'hôpital François BROUSSAIS de Saint Malo, présente 453 lits et places de MCO, 148 lits et places de psychiatrie, 83 lits de long séjour, et 257 lits d'hébergement, dont 42 en secteur protégé³².

³⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf

³¹ Le secteur gériatrie (moyen et long séjour) compte 827 lits sur 1706 au total, soit 48%.

³² FHF https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id_struct=827

Et pour un total de 620 lits et places, l'hôpital René PLEVEN de Dinan présente 214 lits et places de MCO, et 64 lits de moyen séjour, pour 342 lits et places d'hébergement³³.

En intégrant le CH de Cancale, les lits et places d'hébergement pour le GHT se montent à 776 pour un total de 1 699, ce qui correspond à 47 % du nombre total de lits et places de l'offre publique de soins.

Le GHT Rance Emeraude présente ainsi un volet médico-social extrêmement important, et au vu de l'évolution démographique du territoire, telle qu'envisagée par l'INSEE, cette orientation apparaît durable. De plus, cette activité médico-sociale est plutôt bien répartie, elle représente 80 % du nombre de lits du CH de Cancale, 50 % du nombre de lits du CH de Dinan et 40 % du nombre de lits du CH de Saint Malo.

A cet égard, deux filières gériatriques de proximité sur le territoire de santé n°6 de Bretagne sont présentes. La première filière gériatrique de proximité est constituée autour du territoire de Dinan, et est portée par l'Association RAMSES. L'autre filière de proximité est située autour du territoire de Saint Malo, elle comprend l'hôpital de Cancale et est portée par l'établissement support du GHT.

Ainsi les trois établissements étant tous concernés par la gériatrie, cette spécialité pourrait constituer un levier intéressant pour favoriser la convergence et la fusion à terme entre ces trois établissements. Et ce notamment, au moyen d'une politique gériatrique associant ces deux filières de proximité, nous y reviendrons.

Le GHT Rance Emeraude, composé des établissements de Dinan, Saint Malo et Cancale, et implanté sur le territoire de Santé n°6, constitue ainsi un GHT présentant une forte activité médico-sociale répartie sur les trois établissements, à laquelle correspond l'évolution démographique de son territoire.

La bonne adéquation, voire la proportionnalité entre l'offre de services proposée par le CH de Cancale et les besoins exprimés par la population de son territoire participe à la bonne situation financière de l'établissement.

³³ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 2

1.2 La collaboration fructueuse entre le CH de Cancale et le GHT, lui permette de présenter une activité performante et un budget équilibré

Après avoir présenté la santé financière du CH de Cancale (1.2.1), nous étudierons les modalités de coopération avec le GHT (1.2.2).

1.2.1 Le CH de Cancale, présente à la fois une bonne santé financière et un niveau d'activité satisfaisant

Le coefficient d'occupation pour 2018 de l'EHPAD du CH de Cancale, est de 97.84 % avec 42 800 journées réalisées, et le coefficient d'occupation pour le SSR en 2018 est de 90 %, pour une DMS de 27 jours. La DMS du service SSR du CH de Cancale est inférieure à la moyenne nationale qui s'élève quant à elle, en moyenne à 34,9 jours³⁴.

L'Accueil de jour présente, un taux d'occupation de 64 % pour l'année de son ouverture, ce qui est relativement bon, compte tenu du fait qu'il faille du temps pour construire une réelle file active de personnes accueillies. De plus concernant l'année 2019, le taux d'occupation de l'Accueil de jour se stabilise autour de 89 %, soit 9 points de pourcentage au-dessus de la moyenne fixée par le Conseil Départemental³⁵.

Pour l'année 2018, le CH de Cancale présente un déficit de -184 k€. Ce déficit se compose de - 164 k€ pour le budget EHPAD, et de - 20 k€ pour le budget hôpital. La capacité d'autofinancement se monte à 300 k€. Le taux de marge brut atteint les 8 %, et la trésorerie est de 300 k€. L'EPRD 2019 du CH de Cancale a été approuvé par l'ARS en avril 2019.

Concernant l'organisation : administrativement le CH de Cancale est dirigé par le Directeur du GHT. En effet, la nomination du Directeur de la CHT, chef d'établissement des trois centres hospitaliers membres est effective depuis le 4 mai 2015³⁶. Dans les faits, la gestion est assurée par la Directrice déléguée.

³⁴ Ministère chargé de la santé, DGOS, 2018, Les chiffres clés de l'offre de soins, p. 24., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf

³⁵ Le taux d'occupation d'un Accueil de jour est ciblé à 80%, par le Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine.

³⁶ COSSEC E. ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE (EHESP), 2015, Du temps médical partagé à la constitution d'équipes territoriales : enjeux et limites cas de la CHT Rance Emeraude, Mémoire, Directeur d'hôpital (DH), Rennes, EHESP, 77 p.

De plus, certaines directions supports sont coordonnées au niveau communautaire, comme par exemple les finances, les ressources humaines, la logistique, la qualité, les achats et les systèmes d'information.

Néanmoins, le principe de subsidiarité s'applique. Ainsi, tout ce qui peut être mieux fait au niveau local, est réalisé au niveau local. Et réciproquement, ce qui peut être mieux géré au niveau communautaire, est transféré au niveau du GHT.

1.2.2 Une coopération au niveau du GHT qui porte ses fruits

Le contexte de rapprochement avec le CH de Saint Malo, soit l'établissement support du GHT, bénéficie à de nombreux titres au CH de Cancale, notamment en termes de personnel mis à disposition, ce qui facilite le recrutement ainsi que par la mise en place de postes partagés.

Ainsi, au total, pour les deux services de SSR et d'EHPAD, le CH de Cancale bénéficie de : 0.57 ETP de Personnel de Direction GHT, 2.65 ETP Médecin, 0.5 ETP Pharmacien, 0.1 ETP IDE Hygiéniste, 0.20 ETP Assistante sociale, 0.1 ETP Qualiticien, 0.05 ETP DIM, 0.08 ETP Responsable restauration GHT, 0,08 ETP Adjoint administratif commandes restauration GHT, 0.05 ETP Adjoint des cadres SIH GHT, ainsi que 0.10 ETP Diététicienne, 0.40 ETP Psychomotricienne, et 0.40 ETP Ergothérapeute.

Le rapprochement avec le CH de Saint Malo permet ainsi au CH de Cancale d'avoir une visibilité plus importante pour les recrutements, visibilité qu'il ne pourrait pas avoir de lui-même. Cette proximité, du fait de la direction commune, et de l'adhésion à la CHT puis au GHT, permet au CH de Cancale de bénéficier de l'expertise spécifique d'acteurs ponctuels qui n'interviennent pas en continu dans l'établissement³⁷. Mais on ne peut exclure à terme, une régularité dans leur venue³⁸.

Historiquement ce rapprochement avec le GHT et son établissement support a aussi permis de financer les travaux des nouveaux bâtiments qu'occupe actuellement le CH de Cancale, et qui ont été inaugurés fin 2014.

D'autre part dans la négociation avec le Conseil Départemental, le nombre important de lits médico-sociaux présents sur le GHT permet d'avoir un poids plus important pour négocier une augmentation du tarif d'hébergement et ainsi conduire à redresser la situation financière de l'établissement cancalais.

³⁷ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, de la relation humaine aux motivations, Rennes, France, Edition ERES, p.77.

³⁸ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., Ibid., p. 77

Le CH de Cancale, proposant des chambres individuelles en excellent état, il bénéficie aujourd'hui du tarif d'hébergement plafond fixé par le Conseil Départemental pour la partie hébergement.

Le cadre de travail, offert par le nouveau bâtiment ainsi que l'engagement de la direction, de l'encadrement et des professionnels permet ainsi d'avoir un absentéisme maîtrisé. Au 30/04/2019 : l'absentéisme du SSR est de 7.04 %, contre 7.35 % en 2018. Concernant l'EHPAD au 30/04/2019 : le taux d'absentéisme est de 14.45 % contre 13.13 % en 2018.

Même si la coopération avec le GHT est importante et qu'elle est vouée à s'intensifier encore, la Direction déléguée et l'encadrement veillent à la préservation et à la sanctuarisation d'une spécificité médico-sociale et locale.

L'établissement bénéficie ainsi d'une vie associative riche, avec quatre associations qui interviennent au bénéfice du résident. *La Main Tendue* anime une boutique une après-midi par semaine, *l'Atelier* organise des temps forts comme des tombolas et des marchés pour financer des activités, notamment de musicothérapie, aux résidents. La *VMEH* visite les résidents, tout comme *l'Aumônerie*, qui organise également une cérémonie religieuse une fois par semaine. De plus l'établissement accueille souvent les enfants du centre de loisir de la Ville de Cancale, ainsi que des expositions picturales ou photos réalisées par des artistes de la région, qui sont exposées dans les couloirs du Centre Hospitalier.

Au niveau des instances représentatives du personnel, la CFTC a été de 2014 à 2018 l'unique syndicat représenté au CH de Cancale. Néanmoins, les élections du 6 décembre 2018 ont vu l'entrée des représentants SUD Santé Sociaux aux instances du CH de Cancale. Le syndicat SUD Santé Sociaux a ainsi acquis la majorité au CTE et au CHSCT du CH de Cancale, comme c'est également le cas au CH de Saint Malo. Le taux de participation à cette élection professionnelle, à Cancale a été très élevé. En effet, il s'élève à 78 % ce qui s'explique notamment par les interrogations suscitées par l'annonce d'une fusion au 1^{er} janvier 2020, entre les trois établissements parties.

1.3 Quels sont les bénéfices attendus, les implications pour le CH de Cancale et les nécessaires prérequis de cette fusion ?

De manière à parachever la démarche de coopération entre les établissements du GHT Rance Emeraude, une date de fusion a été annoncée pour le 1^{er} janvier 2020, sur la demande du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Bretagne. Cette réorganisation administrative et soignante présente plusieurs objectifs, au premier rang desquels figure notamment l'amélioration, et la restauration de la santé financière des trois établissements, ainsi que la mise en place effective d'un Projet Médical et Soignant Partagé.

Nous nous proposons ici d'analyser les avantages attendus de la fusion (1.3.1), les implications de cette fusion pour le CH de Cancale (1.3.2), ainsi que les dispositions d'esprit, nécessaire à la réalisation d'une telle démarche (1.3.3).

1.3.1 Quels bénéfices attendre de la fusion du GHT Rance Emeraude ?

L'augmentation de la taille des structures hospitalières par le biais de fusion peut apparaître aux acteurs locaux comme étant un moyen adapté pour améliorer leur efficacité et leur attractivité, tant vis-à-vis des patients que des professionnels de santé³⁹. De plus, un établissement de plus grande taille rend théoriquement des soins de meilleure qualité et améliore également sa capacité à réaliser des économies d'échelle⁴⁰. D'ailleurs cette démarche de fusion, est particulièrement encouragée au sein de la région Bretagne. En effet, entre 1995 et 2011, la région Bretagne a mis en place 9 fusions, pour un total de 46 établissements de santé, ce qui donne le ratio : nombre de fusions sur nombre d'établissements le plus élevé du territoire national (19,6%)⁴¹. Le lecteur pourra se référer en annexe C pour plus de détails.

Un des premiers bénéfices de la fusion se retrouve au niveau juridique. En effet, le GHT ne possède pas de personnalité juridique ce qui implique régulièrement la tenue des instances⁴² dans chacun des trois établissements partis. De plus, le recours aux mises à disposition est nécessaire pour affecter du personnel dans un autre établissement membre du GHT.

³⁹ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 4.

⁴⁰ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 4

⁴¹ $9/46 \times 100 = 19,6$

⁴² Sont concernées, les CTE, CHSCT, CME, CS ainsi que les directoires.

La fusion permet ainsi de lever ces difficultés juridiques qui actuellement sont de nature à ralentir la mise en place d'équipes territoriales de soins.

Au niveau de la théorie micro-économique, il importe de noter d'emblée que la fusion est l'une des formes des trois formes de croissance économique.

Comme le relève l'IGAS, « les objectifs des entreprises pour se lancer dans de telles opérations sont multiples : accroître leur part de marché, contrôler une filière, diversifier leurs activités, et améliorer leur efficacité économique »⁴³. Les arguments théoriques reposent sur la notion d'économie d'échelle, à savoir lorsque le coût unitaire des biens produits diminue avec l'augmentation de la production, mais aussi sur les bénéfices intrinsèques à l'acquisition d'une taille importante⁴⁴. En effet, la grande taille facilite l'accès aux financements bancaires, et renforce la capacité de l'établissement à attirer des talents médicaux et non médicaux⁴⁵. La grande taille permet également de tirer avantage d'une meilleure visibilité et de bénéficier de la mise en place de postes partagés au niveau du GHT.

Dans la réalisation d'économies liées à une fusion, plusieurs effets se combinent, à savoir : l'effet volume, et l'effet de gamme.

L'effet volume peut tout d'abord être source d'économie d'échelle à la condition que le taux d'utilisation des capacités de production soit à son maximum⁴⁶. Néanmoins même à supposer que le taux d'utilisation des capacités de production soit à son maximum, l'IGAS note que l'approche globale au niveau de l'établissement peut également être trompeuse et qu'elle doit être affinée par activité. Dans son étude Michael D. ROSKO⁴⁷, confirme ainsi que les économies d'échelle paraissent plus aisées à dégager au niveau des services, (soit au niveau micro) qu'au niveau des établissements (qui serait un niveau macro)⁴⁸. Un établissement même fusionné ne doit ainsi pas perdre des yeux l'activité au niveau de ses différents services. A ce titre, la grande taille peut même être une difficulté supplémentaire pour parvenir à isoler certains chiffres liés à l'activité.

En ce qui concerne les effets de gamme, comme le note l'IGAS : « les études sont moins claires sur les gains qu'un établissement peut réaliser en mettant en synergie ses activités »⁴⁹.

⁴³ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 4

⁴⁴ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 25

⁴⁵ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 25

⁴⁶ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 25

⁴⁷ ROSKO M., Understanding variations in hospital costs: An economics perspective, *Annual of Operations Research*, 20à5.

⁴⁸ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 204

⁴⁹ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 29

Ces synergies peuvent exister soit « dans le cadre d'une stratégie de diversification avec le maintien d'une large gamme de spécialité, soit dans le cadre d'une stratégie de spécialisation qui privilégie alors un positionnement sur certains créneaux spécifiques »⁵⁰. Que ce soit sur les stratégies de diversification ou celles de spécialisation, les études actuelles ne permettent pas d'apporter une réponse définitive quant aux gains économiques réalisés par la mise en place d'effet de gamme.

D'autre part, dans le secteur privé, on observe que ce sont les petits établissements de santé présentant un CA inférieur à 10 M€ qui sont les plus rentables, en termes de marge brute⁵¹. Pour plus de précisions, le lecteur pourra se référer en annexe D.

Une hypothèse explicative de ces conclusions est que les établissements les plus petits jouent sur un effet de gamme en se spécialisant sur la chirurgie tandis que les plus gros établissements bénéficient d'économie d'échelle dans la limite de 40 € de CA, au-delà de laquelle l'effet s'inverserait⁵².

Si l'accroissement de la taille d'un établissement lui permet de réaliser des économies d'échelle, et de mettre en place des effets de gamme, les économies réalisées grâce à ces deux effets seront encore renforcées en travaillant l'organisation des soins, ainsi que la fluidité du parcours au sein du nouvel établissement.

A ce titre, il importe également de remarquer que les économies directement attendues de la fusion ne seront pas suffisantes en elles-mêmes. En effet, elles sont estimées par la Chambre Régionale des Comptes à 1.4 M€ pour l'ensemble des trois établissements⁵³. Ce qui au vu des déficits cumulés estimés pour l'année 2018, à 9.3 M€ des CH de Saint-Malo et de Dinan, n'est pas suffisant pour permettre un équilibre comptable du nouvel établissement regroupant les hôpitaux de Cancale, Dinan et Saint Malo.

La Chambre Régionale des Comptes, indique même, que la situation financière dégradée de l'hôpital de Dinan serait de nature à obérer la situation de l'ensemble nouvellement constitué et à compromettre sa capacité d'investissement⁵⁴.

Ainsi, la démarche de fusion ne comporte pas que des avantages juridiques ou économiques mais doit aussi et surtout être l'occasion de travailler en profondeur le PMSP, et notamment le projet de pôle de la filière gériatrique, nous y reviendrons.

⁵⁰ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 29.

⁵¹ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 206

⁵² IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 207.

⁵³ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, Procès-verbal de la chambre plénière, Séance du 8 janvier 2019, 28 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse : <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/202727/4328/BRA2019-0001.pdf?1562753647> p. 12.

⁵⁴ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 12.

1.3.2 Pour le CH de Cancale, quelles sont les implications de la fusion?

La fusion en elle-même, ne changera pas grand-chose pour le CH de Cancale. En effet, l'équilibre budgétaire de l'établissement cancalais est satisfaisant. Tout comme l'est son activité pour 2019. De plus, le CPOM EHPAD a été signé en 2018, et le CPOM SSR est actuellement en cours de négociation, ce qui permet de s'assurer de la pérennisation des recettes de l'établissement cancalais pour les années à venir.

Il importe également de noter que l'activité du CH de Cancale n'est en rien concurrentielle avec celle du CH de Saint-Malo, ni avec celle du CH de Dinan. En effet, l'offre de soins du CH de Cancale est bien complémentaire aux autres offres de soins du GHT. Il n'existe ainsi aucune rivalité entre le CH de Cancale, et les autres centres hospitaliers membres.

Par ailleurs, la fusion pour le CH de Cancale présente des avantages en termes de maintien de la convergence avec les établissements du GHT, comme c'est notamment le cas pour l'organisation de la Gestion Electronique des Documents, avec le logiciel ENNOV. Nous y reviendrons. (3.3.2)

De plus, pour la filière gériatrique du GHT, la fusion comporte également l'opportunité de travailler les filières de manière à fluidifier le parcours du patient et du résident, afin de permettre aux décideurs d'avoir une meilleure visibilité sur les places libres au sein des différents services médico-sociaux. Ces éléments visent à assurer une meilleure activité, et le maintien d'un taux d'occupation satisfaisant au sein de l'ensemble de la filière gériatrique. La fusion pourrait également être l'occasion de mettre en place des commissions d'admission partagée, voire commune entre les différents EHPAD de la filière gériatrique de territoire. Les collaborations déjà existantes, au sein de la filière gériatrique malouine, avec les autres EHPAD hors GHT pourraient également être étendues, sur l'ensemble des filières gériatriques de proximité, nous y reviendrons (3.3.2). Les mutualisations de programmes d'éducation thérapeutique sont également une piste à creuser.

La fusion doit ainsi être le moyen de retravailler en profondeur les filières prioritaires du GHT, dont la gériatrie fait partie, pour permettre une meilleure fluidité des patients et des résidents sur le territoire. Elle doit aussi permettre une accélération de la dynamique de convergence des trois établissements.

Ce qui nécessite toutefois certains prérequis.

1.3.3 La réalisation de la fusion, nécessite également l'acceptation de certains prérequis

Comme, le note Edouard COUTY⁵⁵, « la fusion entre établissements est en général perçue par les professionnels, et par les élus, comme une négation de l'autonomie et de l'indépendance de chaque établissement »⁵⁶.

« Il apparaît dès lors qu'une telle démarche ne peut s'engager que lorsque la confiance est bien établie entre tous les acteurs concernés et qu'ils se retrouvent sur un sujet commun au bénéfice de la population et des professionnels concernés »⁵⁷. Nous l'avons vu, en étudiant l'étymologie, la fusion n'est pas la perte d'identité d'une communauté hospitalière mais elle vise surtout la construction collective d'une nouvelle identité portée par un projet fort.

La fusion des hôpitaux soulève des problématiques de ressources humaines, financières, comptables, de marchés publics et de systèmes d'information. Si la fusion investit l'ensemble des champs hospitaliers : écriture des documents stratégiques, passage en revue des règles de GRH, optimisation des marchés publics et des régies, organisation de toutes les élections, harmonisation budgétaire, négociation dans le domaine comptable⁵⁸. Pour autant, la fusion ne doit pas être perçue uniquement comme un processus technique.

En effet, comme l'ont mis en évidence, les inspecteurs de l'IGAS, la fusion ne constitue pas un objectif en soi, mais elle ne vise en définitive qu'à permettre aux établissements de s'adapter aux évolutions de leur contexte et à adapter, le cas échéant, l'offre de soins aux besoins populationnels.

L'acceptation d'un travail sur le Projet Médical et Soignant Partagé relève ainsi d'une impérieuse nécessité.

Ainsi, si la fusion permet des améliorations au niveau de la gouvernance juridique et économique de l'établissement, ces dernières ne doivent pas occulter l'amélioration prioritaire que suppose la fusion, en termes d'actualisation du Projet Médical et Soignant Partagé.

⁵⁵ Président de la FHF Rhône Alpes

⁵⁶ COUTY E., préface in ZOLEZZI C., *ibid.*, p. 8

⁵⁷ COUTY E., préface in ZOLEZZI C., *ibid.*, p. 8?

⁵⁸ COUTY E., préface in ZOLEZZI C., *ibid.*, p. 8.

En conclusion, le territoire n°6 de Bretagne connaît aujourd'hui un vieillissement plus accentué qu'aux niveaux régional et national. Ce qui explique pourquoi, le GHT Rance Emeraude présente une forte activité médico-sociale. En son sein, le CH de Cancale offre un panel de soins, adapté à son territoire de proximité, ce qui lui permet notamment de présenter des résultats financiers et une activité satisfaisante.

La dynamique de coopération au sein du GHT est très bénéfique au CH de Cancale, et le parachèvement de cette dynamique par le lancement d'une démarche de fusion semble davantage source d'opportunités que de risques pour le CH de Cancale, ainsi que pour l'ensemble de la filière gériatrique.

En effet, la fusion apparaît principalement comme étant le moyen de promouvoir la convergence entre les établissements, et de travailler en profondeur et en collaboration inter-établissements les Projets Médicaux et Soignants Partagés. Réalisation collaborative qui porte en elle, la promesse d'une meilleure articulation de la complémentarité des offres publiques de soins et d'un renforcement de la fluidité des parcours de soins pour les patients et les résidents.

Néanmoins, cette dynamique de fusion, en lien avec la difficile santé financière des autres établissements du GHT suscite également des craintes et des inquiétudes qu'il importe d'anticiper, d'écouter, de comprendre mais aussi d'objectiver.

Ce que nous nous proposons de faire dans le deuxième chapitre.

2 L'annonce de la fusion, combinée aux difficultés financières du GHT suscite certaines craintes et un manque d'appropriation

Comme nous y invite Frédéric PIERRU, « on peut remarquer combien le marché des idées managériales a pu osciller entre le *big is beautiful* dans les années 1950 à 1970 et les avantages des petites unités réactives et souples de la décentralisation et de la subsidiarité des années 1980 à 1990 »⁵⁹. Ces fluctuations dans l'éthos managérial ont parfois conduit à quelques remises en cause de cette dynamique d'intégration, notamment, au niveau des GHT.

De plus, les contextes financiers des CH de Dinan et de Saint Malo sont assez dégradés, ce qui a pu susciter des craintes, qu'il convient de garder à l'esprit.

D'autant que ces inquiétudes ont ensuite été relayées et mises en exergue par les organisations syndicales, dont les membres ont été renouvelés durant le mois de décembre 2018.

2.1 L'environnement immédiat du GHT nécessite la réussite rapide d'une démarche de fusion pour bâtir une stratégie dynamique pour le groupe public

Comme le note Cédric ZOLEZZI, « les ARS pilotent en amont une réflexion d'opportunité sur toute démarche de fusion, en prenant en compte des paramètres qui dépassent les établissements concernés : année d'élections municipales, législatives, départementales, changement de directeur d'ARS, situation de déséquilibre financière d'un des EPS »⁶⁰. Ce qui permet aux ARS de fixer un calendrier prospectif et d'annoncer une date de fusion.

Afin d'être en mesure de concurrencer l'offre de soins privée de la société Vivalto, le GHT Rance Emeraude doit se saisir de cette occasion pour définir une réelle stratégie de groupe, en lien avec la fusion. (2.1.1)

Et ce, notamment au moyen de l'actualisation du Projet Médical et Soignant Partagé. (2.1.2).

A noter également que cette dynamique de fusion impacte, les directions supports aux premiers rangs desquels figurent la DRH, la DAF ainsi que la direction des achats. (2.1.3).

⁵⁹ PIERRU, F., Ibid. p. 218

⁶⁰ ZOLEZZI, C., ibid., p.

2.1.1 La fusion, une nécessité pour concurrencer le Groupe Vivalto, et bâtir une stratégie de groupe publique en matière d'offre de soins sur le territoire

En ce qui concerne le GHT Rance Emeraude, la nécessité de fusionner s'est accrue, afin d'enrayer l'accroissement du taux de fuite provoqué par la concurrence du groupe Vivalto. Ce qui permet de vérifier la pertinence de cette observation de l'IGAS : « si les fusions privées sont plutôt conçues comme étant offensives, celles publiques sont essentiellement défensives »⁶¹.

Le groupe de santé privé Vivalto, est présent sur le territoire de santé n°6 et il possède une stratégie régionale de groupement entre ses différentes cliniques. En effet, le groupe Vivalto possède la Clinique de la Côte d'Emeraude (CCE) à Saint Malo, la Clinique Saint Grégoire à Rennes, ainsi que la Polyclinique du Pays de Rance (PPR) à Dinan, qui a été intégrée au groupe en 2012. Le rapprochement de ces différents établissements privés au sein de la même entité, leur a permis de construire une stratégie de groupe. Ce qui a conduit le groupe Vivalto à graduer son offre de soins en fonction de cette stratégie préétablie.

La stratégie du groupe Vivalto, est relativement agressive, et elle permet de concurrencer directement l'offre de soins publique, comme c'est notamment le cas pour la chirurgie digestive majeure. En effet, entre 2017 et 2018, le CH de Saint Malo, perd dans cette activité près de 7 points de pourcentage, alors que la PPR gagne 5 points de pourcentage, et la Clinique Saint Grégoire 2 points. Nous pourrions multiplier les exemples illustrant cette concurrence entre le groupe Vivalto et les établissements publics du territoire, mais notre propos n'est pas là. Pour davantage d'exemple, le lecteur pourra se référer en annexe E.

Face à cette concurrence privée qui est très intense, il importe que les établissements publics soient également en capacité de lui répondre en structurant rapidement une offre publique de soins qui soit concertée, graduée et performante. Cette vision est confirmée par l'IGAS selon qui : « la recomposition de l'offre de soins privée constitue bien souvent un fait générateur à une démarche de fusion publique »⁶².

La démarche de fusion entre les différentes offres de soins publiques du territoire semble ainsi nécessaire pour être en capacité de faire collectivement face à la concurrence privée. La mise en place de la réponse de l'offre publique de soins doit passer par la rédaction d'un Projet Médical et Soignant Partagé, détaillant l'organisation des différentes filières de soins.

⁶¹ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

⁶² IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 54

2.1.2 La réussite de la fusion nécessite l'actualisation du Projet Médical et Soignant Partagé

D'emblée, il importe de noter qu'au vu de la situation financière des CH de Dinan et de Saint Malo, sur laquelle nous reviendrons plus en détails dans le 2.2, la dynamique de fusion doit impérativement permettre une réflexion et un travail collaboratif sur le Projet Médical et Soignant Partagé. En effet, le fait de procéder à une fusion sans redéfinir l'offre de soins, ne permettrait pas au GHT de surmonter le difficile contexte économique et financier dans lequel il se situe actuellement. La réalisation d'économie structurelle au niveau du GHT passe donc nécessairement par la rédaction d'un Projet Médical et Soignant Partagé et à la redéfinition de l'offre de soins, notamment entre les deux CH de Dinan et de Saint Malo.

Et cela est d'autant plus nécessaire que l'activité du début d'année 2019 est inférieure aux prévisions.

En effet, pour le CH de Saint Malo, les hypothèses de recettes ne sont pas confirmées pour le début d'année 2019. Alors que la croissance du nombre de RUM était estimée à 1%, ils ont en réalité diminué de 5 % par rapport à l'année dernière. Mais si l'activité est en diminution, les frais de structure demeurent les mêmes. Ainsi pour le CH de Saint Malo, si le début d'année 2019 a conduit à une réduction de 200 k€ de recettes d'activité, et les dépenses se sont accrues de 1.7 M€. La même observation est valable pour le CH de Dinan qui présente pour début 2019, 700 k€ de recettes d'activité en moins par rapport aux prévisions, et 1.4 M€ de dépenses supplémentaires.

Néanmoins du fait de la crainte de captation de la patientèle d'un site par un autre, cette nécessaire étape de redéfinition de l'offre de soins se révèle être la plus difficile à réaliser pour le groupement. Pourtant cette prétendue rivalité entre le CH de Dinan et celui de Saint Malo n'a pas lieu d'être dans la mesure où aucun des deux établissements n'a intérêt à ce que l'autre périclite⁶³. En effet, selon le médecin DIM du GHT, en cas de fermeture d'un service du CH de Dinan, le CH de Saint Malo ne bénéficierait d'une captation de patientèle d'environ un tiers seulement, et la réciproque est également vraie⁶⁴. Un temps de pédagogie semble donc nécessaire pour que l'ensemble des acteurs ait conscience de la réalité et de la nécessité de travailler en détails, les filières de soins au niveau communautaire.

⁶³ COSSEC E., *Ibid.*, p. 52

⁶⁴ COSSEC E., *ibid.*, p. 54

A ce titre, il pourrait être intéressant de commencer à travailler en priorité les filières apparaissant comme étant les moins sensibles : comme la gériatrie et la médecine, pour compter ensuite sur un effet d'entraînement conduisant les autres spécialités médicales à travailler la gradation de l'offre de soins publique.

2.1.3 La réalisation effective de la fusion impacte les directions supports

Si, cette démarche de fusion passe par la recombinaison de l'offre de soins, et le développement d'une stratégie de groupe public, elle présente également des implications plus techniques et impacte à ce titre, notamment, la gestion des ressources humaines, la gestion des affaires financières ainsi que la fonction achat territoriale.

En effet, un enjeu capital de la fusion demeure la gestion des ressources humaines. Ce qui passe par un travail sur l'harmonisation au sein du GHT : des conditions de travail, des rémunérations, et des conditions d'accès à la formation continue. La fusion implique également une réflexion sur la tenue d'un dialogue social de groupement, dont il faudra préciser les modalités notamment en ce qui concerne les CHSCT et la CME de groupement.

Ces harmonisations en termes de ressources humaines permettront également de faciliter les mobilités volontaires des agents entre les différents établissements. Elles prépareront ainsi la mise en œuvre d'équipes médicales partagées.

Cette stratégie RH en lien avec la fusion passe aussi, sur un plan technique, par la fusion des logiciels de paie des trois établissements. Cette fusion dans AGIRH des bases-noyaux des trois établissements permettra dans un second temps de développer la mise en œuvre d'un logiciel commun de gestion de la formation continue. En effet, il sera dès lors possible d'installer le logiciel Gesform Evolution. Ce logiciel, développé par l'ANFH est déjà mis en œuvre dans la région Aquitaine. Son déploiement dans la région Bretagne ne sera pas effectif avant mi 2020, et l'utilisation de ce logiciel au niveau du GHT Rance Emeraude ne sera possible qu'après la fusion des différents logiciels de paie⁶⁵.

⁶⁵ Entretien réalisé avec M. ROUSSEL, président de l'ANFH Bretagne.

Sur le plan financier, la fusion conduira à l'adoption d'un EPRD et d'un PGFP communs ainsi qu'à l'adoption d'un fichier commun de structure unique pour les trois établissements. La consolidation des actifs des trois établissements doit permettre une meilleure résilience financière, ainsi que l'accès à des taux d'intérêt plus faibles que ceux actuellement négociés au niveau de chacun des établissements.

Pour la direction des achats, la fusion constitue également une opportunité. En effet comme le note Cédric ZOLEZZI, « c'est l'occasion pour les établissements ayant à fusionner de mettre un terme à certains marchés désavantageux pour se voir appliquer les conditions plus avantageuses d'autres marchés obtenus par les partenaires de la fusion »⁶⁶.

Si concernant les directions de la qualité, de la logistique et des travaux, le travail communautaire est déjà bien établi, la dynamique de fusion impose également des ajustements techniques et sur les plans financiers et humains.

Ainsi, si la fusion du GHT, apparaît nécessaire pour construire et adapter son offre de soins existante, et alors être en mesure de concurrencer le groupe Vivalto. La réussite de cette démarche de fusion, nécessite un travail approfondi, sur le Projet Médical et Soignant Partagé. De plus, la réalisation effective de cette fusion, requiert des avancées techniques et organisationnelles au niveau des différentes fonctions supports.

Mais, cette dynamique de réorganisation de la gouvernance du GHT se heurte à des difficultés financières, sources de risque et facteurs d'inquiétude.

⁶⁶ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

2.2 Les risques inhérents à la réalisation d'une fusion, sont ici accrus par une situation budgétaire difficile

Si les difficultés financières accentuent les risques pesant sur la viabilité du nouvel établissement fusionné (2.2.1.), d'autres écueils intrinsèquement liés aux démarches de fusions hospitalières émergent également et méritent tout autant d'être analysés en détails (2.2.2).

2.2.1 La dégradation du contexte financier des CH de Dinan et de Saint Malo en 2018, pèse sur la viabilité financière du nouvel l'établissement

Si le CH de Cancale présente un très léger déficit d'exploitation, nous avons jusqu'ici assez peu détaillé la santé financière des autres établissements membres du GHT. Ce que nous nous proposons à présent d'étudier.

Après la mise en évidence d'une dégradation du contexte financier des deux CH de Saint Malo et de Dinan (A), nous étudierons l'évolution des grandes masses budgétaires du CH de Dinan (B). Ce qui nous permettra de justifier de l'impérieuse nécessité de développer une réelle stratégie de groupe (C).

A) Présentation des résultats financiers 2018 pour les centres hospitaliers de Dinan et de Saint Malo.

Concernant le CH de Saint Malo, pour un budget de 175 M€, le déficit du résultat tous budgets confondus se monte en 2018, à -4.1 M€.

Si le résultat EHPAD est légèrement positif de 200 k€, le budget hôpital est quant à lui, en net déficit à -4.1 M€. D'ailleurs, le résultat hôpital, hors aide ARS, cession et reprise des provisions sans objet est de -6.1 M€ en 2018. La CAF est de 5 M€, et la CAF nette se monte quant à elle à 700 k€.

Concernant le CH de Dinan, en 2018, pour un budget de 80 M€, le déficit du CH de Dinan est de - 6 M€.

Le budget EHPAD du CH de Dinan présente un déficit de 900 k€ en 2018 et le budget hôpital est en déficit de - 5.2 M€. De plus, le résultat hôpital, hors aide ARS, cession et reprise des provisions sans objet est de - 7.2 M€ en 2018.

Le déficit hôpital se creuse chaque année depuis 2014, et le déficit EHPAD s'accroît depuis 2016. Pour 2018, la CAF est négative de - 1.2 M€ et la CAF nette est de - 4 M€.

La Chambre Régionale des Comptes note également que la productivité des praticiens de l'hôpital de Dinan est inférieure de 10 % à la moyenne régionale⁶⁷.

Cette situation financière très tendue au sein du GHT Rance-Emeraude, a d'ailleurs conduit l'ARS à refuser en avril 2019, les EPRD et PGFP des CH de Dinan et de Saint Malo.

B) La situation spécifique du CH de Dinan : étude de l'évolution des grandes masses budgétaires

La situation est particulièrement difficile pour le CH de Dinan, ainsi qu'en atteste le rapport de la Chambre Régionale des Comptes, rendu public en juillet 2019.

Tout d'abord, en qui concerne l'autofinancement : la Chambre note que « la stabilité des produits conjuguée à l'augmentation des charges, qui passent de 77.9 M€ à 80.3 M€, a entraîné une diminution de l'autofinancement de 2.7 à 0.3 M€ entre 2014 et 2017⁶⁸. La croissance de la masse salariale combinée à la stabilité des recettes a ainsi entraîné la disparition de l'autofinancement »⁶⁹.

Le compte de résultat est déficitaire de - 3.4 M€ en 2017 alors qu'il était de -2.2 M€ en 2016. Selon les derniers CREA⁷⁰ relatifs à l'exercice 2013, l'origine du déficit est concentrée sur la maternité (2.6 M€ de déficit) et l'unité de surveillance continue (-0.9 M€)⁷¹.

En ce qui concerne sa situation patrimoniale : « les fonds propres de l'établissement se sont réduits passant de 21 M€ à 12.6 M€ entre 2014 et 2017 en raison de l'accumulation de résultats déficitaires »⁷². La croissance de l'endettement n'a pas permis de maintenir le fonds de roulement, qui passe de 6.6 à 2.2 M€ entre 2014 et 2017 »⁷³. Le délai de paiement des fournisseurs a ainsi atteint 100 jours entre septembre et décembre 2017⁷⁴.

⁶⁷ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 5

⁶⁸ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 7

⁶⁹ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 7

⁷⁰ Comptes de résultat analytique

⁷¹ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 7

⁷² Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 7

⁷³ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 8

⁷⁴ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 8

Enfin, « face au refus des établissements bancaires de lui accorder de nouveaux financements en raison de sa situation financière, le CH de Dinan ne s'est plus acquitté en 2017 du paiement de la taxe sur les salaires »⁷⁵.

« La trésorerie de l'établissement, de 2.6 M€ au 31 décembre 2017, provenait des impayés pour 10.2 M€. En réalité, le déficit de trésorerie est estimé à – 7.6 M€ au 31 décembre 2017 »⁷⁶. Les projections financières réalisées par l'établissement dans le cadre de son EPRD 2018 prévoient une nouvelle dégradation de son autofinancement qui deviendrait négatif (- 0.5 M€), de son fonds de roulement et de sa trésorerie qui deviendrait déficitaire à hauteur de 10 M€ au 31 décembre 2019⁷⁷.

Selon toute vraisemblance, la Chambre note que l'autofinancement devrait encore se réduire et le résultat comptable passer de -3.2 M€ à -6.5 M€⁷⁸.

Ainsi, pour la Chambre : « l'hôpital de Dinan est dans l'impossibilité persistante de pouvoir payer les dettes exigibles avec son actif disponible. Il se trouve donc dans une situation équivalente à une cessation de paiement »⁷⁹.

C) La tenue d'une démarche de fusion, sans stratégie de groupe, dans ce contexte financier tendu est extrêmement risquée

Toujours selon, la Chambre Régionale des Comptes, le nouvel ensemble aurait donc eu en 2017 plus de 111 M€ d'encours de dettes pour 6.2 M€ d'autofinancement et 7.2 M€ de remboursements d'emprunts⁸⁰. La capacité de désendettement aurait donc été de 17 années pour une durée apparente de la dette de 15 ans⁸¹.

Par ailleurs, comme le note l'IGAS, « l'intérêt des fusions paraît marginal dans la résorption des déficits hospitaliers »⁸². En effet, « les actions de mutualisation à gains rapides (comme les achats) sont rares et ne portent pas en général sur les principaux facteurs internes de déficit des établissements à savoir la sous productivité et la présence d'organisations inadéquates) »⁸³.

⁷⁵ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 8

⁷⁶ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 8

⁷⁷ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 8

⁷⁸ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 9

⁷⁹ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 9

⁸⁰ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 12

⁸¹ Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, *ibid.*, p. 12

⁸² IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 32

⁸³ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 32

L'IGAS indique par la suite, « que la fusion doit être réservée aux cas où l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'il impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement »⁸⁴. Enfin, comme le rappelle l'IGAS : « quand les fusions concernent de gros établissements, elles sont particulièrement lourdes et incertaines, comme l'illustre les fusions entre les CH de Poissy et de Saint Germain, ou encore celle menée entre les CH d'Evry et de Corbeil Essonne »⁸⁵.

Au niveau du GHT, l'on s'en rend bien compte, le seul projet de fusion ne pourra pas être l'unique levier de recouvrement d'une santé économique, mais il doit être l'occasion de redéfinir une stratégie de groupe. Ce qui passe par un travail, approfondi sur les filières de soins au niveau des trois établissements.

La communautarisation et l'unification des différentes filières de soins, pourrait ainsi débiter par la gériatrie et la médecine qui apparaissent comme étant les moins sensibles, dans l'objectif de favoriser une dynamique vertueuse pouvant toucher par la suite d'autres spécialités médicales.

2.2.2 Un projet de fusion également porteur, plus classiquement de risques inhérents à toute démarche d'intégration

Il convient de garder à l'esprit l'ensemble des risques inhérents aux démarches de fusion, afin d'être en mesure de les surmonter.

Tout d'abord, assez classiquement, toute annonce de fusion, provoque la peur de perdre son identité spécifique. Ce phénomène est très répandu, en effet, comme remarque Cédric ZOLEZZI, « les fusions inégalitaires sont nombreuses, c'est donc souvent un phénomène de grand qui mange le petit, lequel se retrouve générant des fantasmes de dévoration »⁸⁶. Les implications de ce ressenti ne sont pas à sous-estimer. En effet, « les facteurs humains et managériaux sont importants, de nombreuses fusions échouent car les cultures d'établissement n'ont pas été rendues compatibles, ou n'ont pas su tenir compte l'une de l'autre »⁸⁷.

Il apparaît cependant possible de contenir ce risque au moyen d'une politique adaptée de communication interne et institutionnelle, nous y reviendrons (3.2.2)

⁸⁴ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 32

⁸⁵ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 38

⁸⁶ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

⁸⁷ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

De plus, l'IGAS, grâce à son regard national sur l'ensemble des restructurations hospitalières, a identifié dans son rapport de 2012 plusieurs risques structurels pouvant conduire à un échec des fusions hospitalières⁸⁸. Parmi ces facteurs de nature à provoquer potentiellement un échec de la fusion nous retrouvons :

- Un temps de trajet supérieur à 45 minutes entre les EPS. Nous l'avons vu, le GHT Rance Emeraude comprenant des sites à moins de 30 minutes de transport, il n'est pas concerné par ce premier facteur.
- Des bassins de vie trop différents, ce qui n'est pas a priori le cas, le territoire 6 de santé étant nous l'avons vu assez homogène. A la réserve près que le bassin de Dinan est moins attractif en termes de recrutements médicaux et paramédicaux que ne l'est celui de Saint Malo.
- La mauvaise santé financière, *a fortiori* lorsque tous les établissements sont en difficulté⁸⁹. Ce qui, s'il on excepte le CH de Cancale, est le cas au sein du GHT.
- La concurrence ou absence de complémentarité entre les établissements : si la complémentarité pour CH de Cancale est certaine, une illusion de concurrence existe encore entre les établissements de Dinan et de Saint Malo. Il importe à notre sens de bâtir de réelles filières de soins entre ces établissements pour faire peu à peu disparaître cette illusion, qui objectivement nous l'avons vu, n'a plus de raison d'être.
- L'opposition de corps médical ou des élus, ce dernier facteur a existé en ce qu'il concerne le personnel médical. En effet, les CME du CH de Dinan et du CH de Saint Malo se sont prononcées fin 2018, contre la fusion, et ont suspendu leurs travaux visant à élaborer un Projet Médical et Soignant Partagé. Si ce risque existe bel et bien, il peut à notre sens être atténué au moyen d'une politique de communication interne et externe, à la fois valorisante, dynamique, pédagogique et prospective. La dimension digitale, notamment pour les élus ne doit pas être négligée.

La démarche de fusion se heurte ainsi que cela est exprimée dans la littérature, à différents facteurs structurels pouvant mener à son échec, à savoir : des bassins de vie trop différents, une mauvaise santé financière des établissements, la concurrence entre les activités des différents établissements membres, l'opposition du corps médical et des élus, ainsi que la peur d'être dépossédé de son identité spécifique.

⁸⁸ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

⁸⁹ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 49

Ainsi, si les démarches de fusion présentent de manière inhérente des risques propres à leur mise en œuvre, notamment en termes de perte d'identité, la littérature scientifique sur ce sujet, permet de disposer de certaines pistes pour lever ces risques. En ce qui concerne les risques spécifiques à la fusion du GHT Rance Emeraude, ils sont accrus par la difficile santé financière des établissements membres. Ce qui implique une nécessité de ne pas réaliser qu'une fusion technique (ou une fusion alibi⁹⁰), mais bien de construire une réelle stratégie de groupe pour être en mesure de rassurer les craintes des professionnels, et de préparer sereinement l'avenir.

Ces craintes qui sont présentes chez certains personnels de l'établissement, se sont par voie de conséquence, naturellement répercutées au niveau de du positionnement des organisations syndicales.

Ayant été confronté au cours de mon stage, à certaines traductions de ces inquiétudes au sein du CH de Cancale, nous nous concentrerons sur ces dernières.

2.3 De la répercussion des inquiétudes liées à la fusion sur les positions des représentants du personnel du CH de Cancale

Comme le remarque avec justesse Frédéric PIERRU, face à « la prophétie d'une inévitable convergence des systèmes sous la pression de facteur économiques, démographiques ou socioculturels (les nouvelles aspirations des patients), les systèmes de santé ont tendance à se préserver dans leur être »⁹¹. Nous retrouvons ici, la tension évoquée en introduction, par Paul RICOEUR, entre « l'être de caractère » et « l'être de promesse ».

Cette partie visera à montrer comment les représentants syndicaux se sont notamment emparés des risques inhérents au processus de fusion pour faire remonter leurs inquiétudes quant à la viabilité de cette dynamique.

Ce qui s'est manifesté à la fois par le vote d'une expertise CHSCT (2.3.1.), ainsi que par une exacerbation du formalisme au cours des instances de début d'année (2.3.2.).

⁹⁰ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 244

⁹¹ Frédéric PIERRU, 2014 *les mythes rationnels de la gouvernance en santé, le cas de la merger mania*, gestions hospitalière, avril 2014, page 209

2.3.1 Le vote d'une expertise CHSCT sur les conséquences de la fusion

De manière compréhensible, les débats sur la fusion et ses différentes implications ont agité les élections professionnelles de décembre 2018, où le taux de participation a été très élevé, s'approchant de 80 % des inscrits. Ces élections ont été remportées par le syndicat SUD Santé sociaux, qui a fait son entrée aux instances du Centre hospitalier de Cancale, et qui occupe les deux tiers des sièges du Comité Technique d'Etablissement et du Conseil Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail. Le syndicat Sud Santé Sociaux est également majoritaire aux instances de l'établissement support, mais y il est ancré depuis plus longtemps. Au Centre Hospitalier de Cancale, les représentants de la Conférence Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC) n'occupent en conséquence, plus qu'un tiers des places alors qu'ils avaient la totalité des sièges auparavant.

Dès janvier 2019, au CH de Cancale, le climat social se trouve davantage tendu, et l'action des représentants du personnel devient à la fois plus concrète et plus stratégique. Une grève aux urgences de l'hôpital de Saint Malo, relativement dure et médiatisée, s'est ainsi tenue pendant 56 jours sur les mois de février et mars.

De plus, dès leur élection, les représentants du syndicat Sud Santé ont demandé à la Direction déléguée du CH de Cancale, la tenue d'un CHSCT exceptionnel afin de pouvoir voter le recours à une expertise sur la fusion, pour que les membres du CHSCT puissent être en mesure de donner un avis éclairé sur cette démarche. La demande d'expertise s'est concrétisée aux instances de mars par deux votes pour des syndicats Sud Santé, une abstention de la CFTC et un vote contre pour le représentant de la CME.

Cette expertise avait précédemment été votée aux instances de décembre des deux autres établissements du GHT, et l'on avait déjà reçu les conclusions du rapport du cabinet de conseil pour les CH de Dinan et de Saint Malo.

Cette expertise visant à analyser les implications de la fusion sur l'organisation du travail, elle dépend nécessairement du Projet Médical et Soignant Partagé, lequel n'est pas encore finalisé. La décision a donc été prise, par la Direction générale, de décaler la date de l'expertise pour le CH de Cancale, au moment où ce Projet Médical et Soignant Partagé sera rédigé. Cette décision a été acceptée par les deux syndicats lors des instances de juin. En effet, d'un commun accord, il a été convenu qu'il importe que le coût avoisinant les 30 k€ de cette expertise soit rentabilisé de la meilleure des manières possibles.

2.3.2 Un renforcement du formalisme souhaité par les représentants du personnel

Dès les premières instances de mars 2019, les représentants du personnel du CH de Cancale, ont exprimé un grand nombre de demandes. Ce qui passe par : 1/ une demande de modification des règlements intérieurs afin d'organiser une prise de note exhaustive de l'ensemble des débats au sein des instances, 2/ la sollicitation que la direction autorise directement l'accès aux FEI aux membres du CHSCT, ainsi que 3/ la demande de la mise en place immédiate d'un DUERP et d'un PAPRI Pact⁹².

Tout d'abord, le syndicat majoritaire a exprimé le souhait de modifier les règlements intérieurs des instances, sur le modèle de ceux de l'établissement support ce qui pose problème en termes de faisabilité. En effet, le syndicat Sud souhaitait la rédaction de procès-verbaux intégraux retraçant l'intégralité des débats tenus lors des instances. Ce qui a grandement bousculé l'équipe administrative car ce type de revendication met à mal la relation de confiance entre l'administration et les représentants du personnel qui s'était construite au fil du temps, au sein du CH de Cancale. Plusieurs réunions de travail ont été nécessaires pour parvenir à un accord, sur le fait que les dits comptes rendus, retraceront l'essence et non la totalité des débats tenus en instance, sur le modèle de ce qui était déjà en vigueur au sein de l'établissement.

Une autre revendication du syndicat SUD, qui passe également par la modification du règlement intérieur du CHSCT, était d'avoir directement accès aux fiches de signalement des événements indésirables, sur le modèle de ce qu'ils ont obtenus dans d'autres établissements. Néanmoins, la Direction générale ne souhaite pas que les syndicats puissent directement bénéficier d'un accès aux FEI. En effet, un regard pluridisciplinaire est nécessaire pour évaluer et analyser en détails l'événement indésirable, et il importe également de préserver l'anonymat du déclarant⁹³. Au CH de Cancale, ces évaluations et cotations des FEI sont faites et suivies au niveau du COPIL Qualité, qui regroupe entre autres des qualitiens, les cadres, les médecins, et le coordonnateur général de la gestion des risques associés aux soins. Après avoir expliqué l'intérêt des circuits existants nous avons pu préserver ce fonctionnement, qui continue de prévaloir actuellement.

⁹² Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRI Pact)

⁹³ R. 1413-70.- « Cette déclaration est faite dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés à l'exception du déclarant. Le formulaire ne comporte notamment ni les noms et prénoms des patients, ni leur adresse, ni leur date de naissance, ni les noms et prénoms des professionnels ayant participé à leur prise en charge. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSP1624746D/jo/texte>

Du fait de sa taille humaine, et du déménagement en 2014, le CH de Cancale ne disposait pas formellement d'un document unique d'évaluation des risques professionnels, centré sur le nouvel établissement. Mais, si l'établissement ne disposait pas de ce document d'étude des risques globaux, l'analyse détaillée des FEI, et le suivi des accidents du travail permettaient néanmoins une prévention effective et satisfaisante des risques professionnels. Si, ce fonctionnement convenait parfaitement aux représentants du personnel, de la précédente mandature. Lors des instances de mars, les nouveaux représentants ont clairement exprimé leur volonté d'avoir un réel DUERP et un réel PAPRIACT pour le CH de Cancale.

Ce formalisme que quelques-uns ont pu décrire comme outrancier a légèrement déstabilisé les équipes administratives.

Cette prise de position syndicale, sur le modèle de celle des représentants syndicaux de l'établissement support fait à notre sens, écho aux inquiétudes concernant l'avenir, et plus spécifiquement aux peurs concernant les implications de la fusion.

Ces craintes concernent notamment, le maintien de la présence de personnel administratif ainsi que la défense des avantages en termes de qualité de vie au travail et de formation, qui sont liés à la taille humaine de l'établissement. Ces angoisses ont pu être accrues par le calendrier contraint de la fusion, ne laissant pas le temps de réaliser la pédagogie nécessaire. Pédagogie à destination des représentants du personnel, qui pourra être facilitée par la rédaction d'un projet social. Nous y reviendrons (3.2.5)

Ainsi, par ces différentes actions, les nouveaux représentants syndicaux se sont fait écho des craintes et des interrogations liées à la mise en œuvre de la démarche de fusion dans un délai contraint, ce qui s'est traduit par le vote d'une expertise CHSCT ainsi que par un formalisme « enthousiaste ».

En conclusion, si la dynamique de fusion apparaît bien comme étant adéquate et adaptée, pour répondre avec une stratégie de groupe public à la concurrence exercée par la société Vivalto. Cette ambitieuse démarche de fusion implique de nombreux ajustements stratégiques, qui passent principalement par l'actualisation du Projet Médical et Soignant Partagé, ainsi que par des ajustements organisationnels et techniques au niveau des différentes directions fonctionnelles.

Au vu de la situation économique et financière difficile des deux plus grands établissements du GHT, la nécessité de repenser l'offre publique de soins, est d'une absolue et impérieuse nécessité.

Pour ce faire, il pourra être intéressant d'initier la dynamique en débutant par les filières les moins sensibles en termes d'équipements lourds, comme la médecine ou la gériatrie. D'autant que cette dernière activité a le mérite d'être présente sur l'ensemble des trois établissements.

Il importe plus que tout d'éviter une fusion fictive, ou « une fusion alibi », comme la nomme l'IGAS⁹⁴. En effet, il est d'une importance capitale d'éviter que l'organisation polaire ne se superpose, sans les remplacer, aux chefferies de services antérieures de chaque site⁹⁵. Il est également essentiel de bâtir une culture commune et un sentiment d'appartenance⁹⁶ de manière à dépasser les logiques de site en construisant les fondements d'une confiance réciproque et durable entre les équipes⁹⁷. Si la fusion est un jour réalisée, il est nécessaire que l'adhésion autour de ce projet soit suffisamment forte, pour éviter un phénomène de défusion⁹⁸.

S'il est relativement rare de mettre en œuvre une fusion entre trois établissements, en effet, seule une fusion sur dix concerne plus de deux établissements⁹⁹, nous pensons cependant qu'il s'agit d'une opportunité. Opportunité où le CH de Cancale a toute sa place pour éviter la réalisation d'un potentiel « fantasme de dévoration »¹⁰⁰ entre les CH de Dinan et de Saint Malo. C'est également l'occasion de continuer à élaborer une filière gériatrique de territoire, pouvant constituer la première pierre du nouvel établissement fusionné. En effet, l'avantage de la filière de gériatrie est qu'elle est moins que les autres spécialités soumise à la concurrence, car elle est très dépendante de son bassin de vie. L'édification de la filière gériatrique de territoire, est également le moyen de travailler, de communiquer et d'insister sur la complémentarité entre les établissements.

Cette promotion de la complémentarité facilite également l'adhésion des différentes parties prenantes à cette dynamique, aux premiers rangs desquels figurent les représentants du personnel médical et non médical.

En définitive, la fusion apparaît ainsi davantage comme un moyen de construire des filières de soins territoriaux, et de promouvoir une convergence durable entre les établissements, que comme une véritable fin en soi.

⁹⁴ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 244

⁹⁵ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 36

⁹⁶ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 16

⁹⁷ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p.19

⁹⁸ Comme cela a pu être le cas, en 2016 entre les CH de Millau et le CH de Saint Affrique.

⁹⁹ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 36.

¹⁰⁰ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

3 La Fusion : un moyen de promouvoir la nécessaire convergence au sein du GHT, l'exemple de la filière gériatrique

Nous l'avons démontré, la démarche de fusion dans laquelle s'est inscrite le GHT ne peut se satisfaire d'une fusion *a minima*, et nécessite une véritable communautarisation de l'offre publique de soins au sein du territoire n° 6 de Bretagne, de manière à élaborer une réelle stratégie de groupe. S'en suit donc nécessairement un travail sur les filières de soins, ainsi que sur le Projet Médical et Soignant Partagé, dont les professionnels doivent se saisir.

A cet égard, Michel CROZIER définit le projet comme « étant un phénomène social de production collective de normes et de décisions¹⁰¹ ». « Ainsi le projet s'intègre en principe dans la part de liberté dont disposent les acteurs d'un système et dont ils usent pour faire évoluer les pratiques, selon des normes qu'ils construisent ensemble »¹⁰². A L'inverse, quand le changement est prescrit par voie hiérarchique, il ne s'inscrit pas dans un projet au sens décrit par Michel CROZIER¹⁰³.

L'enjeu est ainsi d'amener les équipes à réfléchir et à élaborer ensemble les projets de filière, filière par filière à l'échelle du GHT, et en ne perdant pas de vue l'objectif de fusion à court terme. Néanmoins cette démarche nécessite tout de même du temps, comme l'observe, Cédric ZOLEZZI, qui préconise « un temps de préparation suffisant de 8 à 12 mois entre l'annonce et la date de la fusion »¹⁰⁴.

Il convient en définitive, de garder à l'esprit que les fusions ne sont que des outils dont l'usage n'est pertinent qu'au regard des objectifs qui leur sont assignés¹⁰⁵, et au premier rang desquels figure les projets de filières.

Nous nous concentrerons dans ce troisième chapitre sur la filière gériatrique, et sur l'articulation des deux filières gériatrique de proximité autour d'une politique gériatrique commune. Ce projet recoupe à la fois des enjeux managériaux et organisationnels, pour permettre, en lien avec les médecins libéraux du territoire, et la PTA, une amélioration du parcours patient, et résident au sein du territoire n°6.

Selon nous, *le sens* constitue, une réponse adaptée pour dépasser les craintes des différents acteurs, que nous avons évoquées dans notre deuxième chapitre. En effet, la polysémie du mot *sens* apparaît ici secourable pour impliquer les acteurs et lever leurs inquiétudes.

¹⁰¹ CROZIER in MONCET M.C., *ibid.*, p. 34

¹⁰² CROZIER in MONCET M.C., *ibid.*, p. 34

¹⁰³ MONCET M.C., 2013, *ibid.*, p. 34

¹⁰⁴ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

¹⁰⁵ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 57

En effet, le sens peut tout d'abord préciser la direction à suivre, mais aussi désigner le sens comme valeur en tant que signification, et enfin recouvrir la notion du sens comme sensation¹⁰⁶. Nous étudierons successivement ces différentes significations du mot sens, et montrerons comment elles peuvent servir l'objectif de fusion approfondie en opposition à la « fusion alibi »¹⁰⁷.

Tout d'abord, le sens comme direction à suivre, correspond à la posture des Directeurs ainsi qu'à leurs prises de décisions. (3.1)

Ensuite, le sens comme valeur, s'entend davantage comme la signification profonde des actions, comme étant le sens du travail. Il conviendra de s'appuyer ainsi sur les valeurs ayant un caractère transcendant pour les professionnels afin de parachever la construction de la filière gériatrique de territoire et la mise en place d'une politique gériatrique commune. (3.2)

Enfin, le sens comme sensation, sera convoqué pour favoriser la convergence entre les trois établissements, tout en préservant ce qui fonctionne bien sur chaque site. La sensation permet en effet, d'être un support à l'édification d'une identité et d'une culture communes. (3.3)

3.1 La posture des Directeurs entre écoute, stabilisation de l'incertitude et explication du sens de la direction à suivre

De prime abord, il convient de rappeler cette recommandation de l'IGAS : « l'explicitation des enjeux et des objectifs recherchés qu'ils soient médicaux, organisationnels ou économiques, s'impose au niveau local de la même façon qu'au niveau national et régional »¹⁰⁸. Ce qui met l'accent sur la nécessité d'explicitement le sens de la direction à suivre. En effet, « l'être humain davantage que les autres espèces a accès à une représentation du futur, en effet, l'homme a besoin de situer son action dans un projet en tant que réponse à l'incertitude de l'avenir »¹⁰⁹. Ce qui nous amène au rôle des directeurs, décideurs de la direction à suivre, et nécessaire pédagogues de cette décision.

Il importe en effet, d'éviter que le gouvernement ne se dissolve dans la gouvernance¹¹⁰.

¹⁰⁶ MONCET M.C., *ibid.*, p. 36

¹⁰⁷ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 244

¹⁰⁸ IGAS, Dr LALANDE F., *ibid.*, p. 66

¹⁰⁹ MONCET M.C., *ibid.*, p. 36

¹¹⁰ PIERRU F., *ibid.* p. 213

La prévention de ce risque passe par une posture adéquate et stratégique des directeurs, ainsi que par une communication adaptée visant à expliquer le pourquoi, le sens et les enjeux, dont les professionnels doivent se saisir pour réussir la fusion.

3.1.1 De la posture des Directeurs : décideurs et pédagogues

Manager vient de la langue anglaise et comporte une origine italienne, *maneggiare* qui exprime l'action de conduire, et une origine latine, *manus*, issue de la racine indo-européenne *ma* signifiant construire. Manager signifie donc conduire et construire¹¹¹. Les directeurs constituent ainsi les moteurs qui créent la véritable notion d'équipe¹¹², en désamorçant notamment, les poches de résistance.

Comme le rappelle Emie de GIRARDIN, « gouverner c'est prévoir », ce qui suppose également la définition et la communication autour d'objectifs clairs¹¹³. Les directeurs doivent ainsi posséder une vision globale de la filière, faire preuve de pédagogie, prioriser les différentes échéances, ainsi qu'être capables d'alerter leur hiérarchie directe en cas de difficultés insurmontables.

Le cycle du management prévoit ainsi différentes étapes, qui sous-tendent l'action managériale, à savoir : la prévision, l'accompagnement de la réalisation, le réajustement éventuel, ainsi que la vérification de l'efficacité du travail accompli¹¹⁴.

En appliquant ces préceptes à la gériatrie, nous pouvons faire notre, l'objectif défini par Sylvain CONNANGLE : « de permettre à la personne âgée de bien vivre suivant l'expression consacrée « dans un petit chez soi dans un grand chez nous », en ce lieu de vie où manager prend la dimension d'un véritable garde-fou pour préserver et construire la culture gérontologique »¹¹⁵.

Une autre illustration de cette posture directoriale, peut être empruntée à Jean ARCELIN, qui prend quelques libertés avec la vérité cinématographique pour illustrer la nécessaire résilience du directeur : « dans un EHPAD on n'a pas le droit de flancher ! Le directeur, c'est le plus fort. Il montre l'exemple, c'est le capitaine qui joue encore de la musique quand les derniers passagers du Titanic sont évacués »¹¹⁶. La posture des directeurs constitue ainsi une figure forte, qui sait où elle va, et qui est en capacité d'expliquer, de manière pédagogue : les enjeux, le pourquoi et le sens, des décisions prises.

¹¹¹ Jean Paul Montagut, in Sylvain Connangle Rochard Vercauteren, Mission et management des équipes en établissements pour personnes âgées, édition eres, 2004.

¹¹² CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., Ibid., p. 80

¹¹³ IGAS, Dr. LALANDE F., ibid., p. 50.

¹¹⁴ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., Ibid., p. 137

¹¹⁵ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., Ibid., p. 144

¹¹⁶ ARCELIN J., 2019, Tu verras Maman, tu seras bien, Paris, France, XO Editions., p35.

3.1.2 La nécessaire pédagogie autour de la dynamique de fusion et du travail sur les projets de filière

Comme l'énonce l'IGAS, aucune de ces opérations de restructuration hospitalière, dont la fusion fait partie, ne constitue un objectif en soi : « elles ne visent en définitive qu'à permettre à l'établissement de s'adapter aux évolutions de son contexte, qu'elles soient médicales, démographiques, juridiques, économiques »¹¹⁷.

Il importe ainsi dans un premier temps d'éviter « une fusion alibi »¹¹⁸, « cette notion est définie par l'IGAS comme une fusion n'étant que juridique et qui ne se traduit par aucune modification substantielle dans l'organisation des entités fusionnées, ni dans la répartition de l'offre de soins »¹¹⁹. Ces fusions alibis sont ainsi décrites comme étant destinées à entretenir l'illusion d'une restructuration qui, en réalité, n'a pas été conduite¹²⁰. Il s'agit à notre sens d'un premier écueil à éviter.

Un moyen de prévenir ce risque passe par la mise en œuvre d'un travail collaboratif sur le Projet Médical et Soignant Partagé, en étudiant les filières d'activité dites prioritaires : urgence, gériatrie, obstétrique et chirurgie, définies comme telles, lors du Comité stratégique du GHT du 21 mai 2019.

L'association des différentes parties prenantes à la rédaction des projets de filière permettra ainsi de donner corps à la dynamique de fusion et ce faisant, elle permettra de justifier également de sa nécessité. Un travail adéquat mené sur le Projet Médical et Soignant Partagé, permettra par ailleurs, d'enrayer l'actuelle diminution d'activité sur les trois sites, mais aussi de prévenir de possibles fluctuations d'activité post fusion.

Trois points doivent néanmoins faire l'objet d'une vigilance particulière : 1/ la crédibilité du projet stratégique sur lequel repose la fusion, 2/ l'analyse précise de son impact financier, et 3/ les aspects managériaux et humains de celle-ci sur le court terme¹²¹.

Ainsi, si la période de pré-fusion provoquera nécessairement de l'instabilité, une politique d'accompagnement de cette instabilité naturellement provoquée par la fusion, devrait faciliter sa mise en œuvre. La posture des directeurs, ainsi que la pédagogie seront d'une importance capitale, pour expliquer la signification et le sens des actions préparatoires à mener. Nous nous proposons ici, d'étudier un projet de filière concernant la gériatrie.

¹¹⁷ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 30

¹¹⁸ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 244

¹¹⁹ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 244

¹²⁰ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 244

¹²¹ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 202

3.2 La mise en œuvre d'une politique des petits pas, pour structurer l'offre de soins gériatriques au moyen d'un projet de filière, porteur de sens et de valeurs

Le sens comme valeur, correspond à la signification profonde. En effet, le sens du travail se trouve dans la relation que la personne établit entre ce qu'elle fait au travail, et ce que cela lui permet d'exprimer à propos d'elle-même¹²².

On retrouve ici la notion d'identité, et le fait de travailler en collaboration avec les acteurs sur la signification des changements tels que la fusion, leur permet de s'impliquer dans le sujet, et de contribuer à accepter ce changement. Les résistants ou les sceptiques peuvent ainsi devenir des créateurs¹²³.

En effet, comme l'énoncent Boris CYRULNIK et Edgar MORIN : « faire vivre une idée, c'est la débattre, la combattre et chercher à tuer certains éléments qui la compose »¹²⁴. Faire vivre l'idée de la fusion, obéit selon nous au même schéma.

Ce qui passe à notre sens par la mise en place de travaux de groupe, comprenant la direction, les médecins, les cadres supérieurs et les cadres coordonnateurs, puis dans un second temps les représentants syndicaux afin d'élaborer le projet de filière de la gériatrie.

Sur un plan plus méthodologique, l'ANAP rappelle : « que tous les GHT se doivent d'inscrire leur projet médical partagé dans une perspective évolutive »¹²⁵. L'importance de ce projet médical partagé n'est pas à sous-estimer, en effet : il constitue selon le rapport HUBERT-MARTINEAU : « le ciment du GHT »¹²⁶. Il vise en outre à concilier proximité, sécurité, qualité, coût technique et rareté des compétences¹²⁷. De plus, il constitue un outil d'attractivité non négligeable pour les équipes médicales et soignantes¹²⁸

Ces projets de filières pourront, le cas échéant, s'appuyer sur les possibilités logistiques, ainsi que sur les opportunités permises par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

¹²² MONCET M.C., *ibid.*, p 37

¹²³ MONCET M.C., *ibid.*, p43.

¹²⁴ CYRULNIK B., MORIN E., (2010) *Dialogue sur la nature humaine*. Paris : Poche.

¹²⁵ ANAP, octobre 2016, Elaborer un projet médical partagé de GHT, fiches repères, 53 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :

<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/>

¹²⁶ Rapport Hubert Martineau

¹²⁷ ANAP, Elaborer un projet médical partagé de GHT, fiches repères, p. 11

¹²⁸ ANAP, Elaborer un projet médical partagé de GHT, fiches repères, p. 7

En vue de proposer certaines pistes d'élaboration d'une filière gériatrique et d'une politique gériatrique commune, en lien avec la fusion, nous avons basé notre travail, sur la méthodologie présentée par l'ANAP, dans sa fiche repère visant *l'élaboration d'un Projet Médical Partagé du GHT*.

Nous étudierons ainsi successivement : 1/ le respect des facteurs clés de succès, 2/ la description de l'offre de soins de la filière gériatrique, 3/ le recensement avec les cadres et médecins, des ambitions à atteindre à coût constant, pour la population, 4/ l'organisation de l'offre de soin graduée qui en découle, 5/ l'identification puis la communication sur les conséquences prévisibles en termes de ressources humaines, 6/ Le suivi grâce aux indicateurs précédemment sélectionnés.

3.2.1 Les facteurs clés de succès pour l'élaboration du projet de filière gériatrique


- 1/ De manière à favoriser la réussite du projet de filière gériatrique. Il importe de maintenir le portage stratégique du projet par la Direction générale, les Directions déléguées, le Président de la CMEG¹²⁹, le président du CSIRMT, et les Présidents du Conseil de Surveillance. Ce qui favorisera une meilleure implication du personnel.
- 2/ Il conviendra également de respecter les coopérations existantes qui donnent satisfaction, notamment dans l'orientation des patients et des résidents, nous pensons ici principalement à la PTA, à la HAD, au comité local de coordination gérontologique, ainsi qu'aux autres établissements intervenant sur la filière gériatrique¹³⁰.
- 3/ Un état des lieux factuel sera nécessaire pour poser une stratégie commune. Il conviendra de travailler cet état des lieux en amont, au sein de chaque établissement, afin de faire remonter des problématiques locales. Cet état des lieux sera un élément essentiel, pour que les participants du groupe de travail soient sur la même longueur d'onde.
- 4/ L'ANAP préconise également de détacher un animateur, qui pourra travailler en binôme avec un praticien. Cette personnalité, pourra être un tiers au GHT, notamment dans le cas où la démarche se révèle complexe du fait de l'historique des coopérations.
- 5/ Enfin, il conviendra d'accorder une importance toute particulière à la communication, et ce notamment lorsque la coopération conduira à modifier les conditions de travail. Il est ainsi capital de veiller à informer régulièrement les instances, et au besoin il pourra être nécessaire de prévoir des réunions supplémentaires avec les représentants syndicaux.

¹²⁹ Dans l'attente de sa désignation, le portage peut être assuré par les 3 Présidentes de CMEL

¹³⁰ GHT Rance Emeraude, 2017, Projet Médical et Partagé, p. 75

3.2.2 Description du contexte et évolution prévisible de la filière

L'état des lieux de la filière de gériatrie au sein du GHT, est à notre connaissance, la suivante, il s'agit d'un extrait du document de travail concernant le projet médical du GHT pour la période 2017-2022.

 *Organisation actuelle de l'offre de soins*

Offre de soins	CH St Malo	CH de Dinan	CH Cancale	Privé du territoire
Consultation mémoire	X Labellisé	X Labellisé		
Consultations gériatriques	X	X	Projet	
HDJ-MCO	2 places	5 places		
Court séjour gériatrique	52 lits	32 lits		
Orthogériatrie	10 lits, 0,5 ETP gériatrie			
Equipe mobile gériatrique (interne)	X	X		
Equipe mobile gériatrique (externe)	-	-	-	Réseau gérontologique
Equipe Mobile psychiatrie de la personne âgée	X 2 IDE, 0,1 psy		Équipe CHSM l'assure	St Jean Dieu sur Dinan
Psychiatrie de la personne âgée	Projet : HC 15 lits, HDJ : 5 places			
SSR-SSRG	25 +5 lits	42 +10 lits	25 lits	
HDJ-SSR - PAPD	5 non installés	5 lits autorisés, 3 installés		
Unité Cognitivo-comportementale		10 lits		
USLD	83 lits Projet : psychogériatrie : 30 lits	60 lits		Baguer Morvan : 30 lits depuis 1 ^{er} sept 2016
Unité d'hébergement renforcé		projet		
Hébergement temporaire	2 places en EHPAD	1 + projet d'extension	6 autorisés, 4 installés	
EHPAD	255 lits dont 42 secteurs protégés	296 lits	116 lits, dont 30 secteurs protégés	
Accueil du jour			: 8 places	

A priori, il n'est pas envisagé d'accroître les capacités d'accueil en matière de gériatrie au sein du GHT, nous pouvons donc raisonner sur des bases constantes. L'ouverture potentielle d'un PASA sur le site de Dinan ne modifie pas en profondeur l'offre de soins en gériatrie. A noter cependant que la sollicitation d'un possible accroissement temporaire de la capacité SSR au CH de Dinan est envisagée, en lien avec la fermeture du SSR de Dinard.

3.2.3 Objectifs de la filière pour répondre aux besoins de la population

Ces objectifs devront être travaillés au sein de chaque service de la filière gériatrique. Cette étude a déjà été menée au niveau du service SSR du CH de Cancale, avec un groupe de travail mobilisant le médecin chef de service et la direction. Mais elle ne peut en aucun cas prétendre valoir pour les autres services, membres de la filière.

L'objectif de ces groupes de travail sera de répondre aux besoins futurs de la population en détaillant les ambitions du service pour y répondre, à coût constant. Ces ambitions pourront ensuite être étudiées et validées au niveau de la direction en les incluant, le cas échéant, dans la stratégie globale du GHT en matière d'organisation de la filière gériatrique.

Parmi ces besoins de la population dans le bassin de vie de la ville de Cancale, nous avons noté : l'augmentation des besoins en aval des urgences, liée au vieillissement de la population, ainsi qu'une forte demande en géronto-psychiatrie sur laquelle, une réflexion d'augmentation des capacités existantes est à considérer. Cet accroissement conduirait ainsi à revoir à la hausse, le nombre de places disponibles en secteur protégé. Il est également nécessaire de promouvoir l'accompagnement aux aidants.

Dans un premier temps, il pourrait être intéressant de mener une étude similaire sur les populations de Saint Malo et de Dinan, afin de voir si ce constat vaut également sur les autres bassins de vie. Puis, pour répondre à ces enjeux, nous proposons de travailler en deux temps.

Un premier temps consistera à récolter les ambitions à coût constant¹³¹ des différents services de la filière gériatrique. Ces groupes de travail pourront sur les CH de Dinan et Saint Malo, réunir le médecin coordonnateur ou chef de service, les cadres supérieurs, ainsi que les cadres des différents services.

Ce qui permettra dans un second à la direction d'étudier et de prioriser l'accompagnement des ambitions des services en fonction des besoins de la population et des priorités stratégiques de la filière. Une fois finalisés, ces travaux pourront être formalisés dans la politique gériatrique commune et explicités aux instances locales et de groupement.

Après avoir mis en évidence les objectifs du service SSR du CH de Cancale (A), nous présenterons certains axes stratégiques d'évolution globale de la filière au niveau du GHT (B).

¹³¹ Ou en dégageant une marge conséquente avec un facteur deux entre les recettes obtenues et les coûts mobilisés

- A) Le service SSR s'est fixé les objectifs suivants avec pour ambition d'être au carrefour du sanitaire, de la médecine de ville et du médico-social :

Après avoir mené trois réunions d'une durée d'une heure et demie, en présence de la direction et du médecin chef de service du SSR du CH de Cancale, nous avons pu définir ensemble les objectifs de développement du service. Ces travaux ont été menés dans le cadre de la rédaction des « fiches objectifs » pour le CPOM, mais la méthode nous semble convenir également pour mener des réflexions sur le projet de filière gériatrique en lien avec la fusion.

Tout d'abord, en accord avec les préconisations de l'ANAP, le service SSR de Cancale a souhaité consolider sa place dans « l'organisation territoriale, en renforçant ses partenariats avec les acteurs du territoire »¹³², notamment en resserrant ses liens avec le pôle de gériatrie ce qui passe par :

- 1) La création d'instances de coordination en lien avec les autres établissements du GHT, pour échanger sur les pratiques - structurer l'activité autour de la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs – et renforcer les partenariats.
- 2) La promotion de la culture gériatrique et l'amélioration de la prise en soin palliative en SSR, notamment par des formations réalisées en interne par la psychologue à destination des équipes soignantes, ainsi que par le suivi par le gériatre d'un DU en soins palliatifs.

Le service SSR de Cancale souhaite également offrir des alternatives à l'hospitalisation complète, ce qui passe par :

- 1) L'amélioration du taux d'hospitalisation direct, en développant la communication auprès des médecins traitants avec des outils adaptés (flyers, site internet, et rencontres). Cette initiative est encouragée par l'ANAP, pour qui « l'ouverture consiste à ancrer les SSR dans leur environnement, et à abandonner un positionnement passif en aval du MCO, au profit d'une stratégie conquérante en direction des services de MCO et de la ville »¹³³.

¹³² Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2018, Soins de suite et réadaptation, Retours d'expériences, 32 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/SSR/SSR_REX.pdf , p2.

¹³³ ANAP, Soins de suite et réadaptation, Retours d'expériences p. 5.

- 2) Le projet d'ouverture d'une place d'hôpital de jour, pour réaliser une consultation gériatrique pluri professionnelle, regroupant des évaluations gériatrique, kiné, psychologique et diététicienne. Ce projet correspond à la création d'une place supplémentaire, et s'inscrit dans la stratégie de « déshospitalisation »¹³⁴ promue par l'ANAP.

Le second chantier du PRS de la région Bretagne entend améliorer le positionnement du SSR dans la prévention de la perte d'autonomie¹³⁵, le service de Cancale s'est approprié ce chantier en s'engageant à développer :

- 1) La formation des nouveaux professionnels, afin de poursuivre la prévention des chutes, ce qui conduit à une nouvelle demande d'autorisation de programme d'éducation thérapeutique, auprès de l'ARS, qui est à finaliser.
- 2) La culture de la bientraitance au sein du service SSR, par la poursuite de la formation Humanitude, en lien avec le projet de service et le Projet d'Etablissement.

L'établissement de Cancale a également souhaité travailler sur :

- 1) La mise en place d'un Copil QVT pour améliorer la QVT ainsi que la prévention des TMS et des RPS. Quatre réunions annuelles sont ainsi prévues.
- 2) La mise en place de groupe de parole pour les professionnels du SSR en présence d'une psychologue.

Sur ce modèle, il pourra être à notre sens, intéressant de procéder, au recensement et à l'étude dans les différents services gériatriques du GHT, des ambitions des services, en insistant sur la nécessité de les réaliser à coût constant à l'échelle du GHT, ce qui pourra passer par des mutualisations et des transferts de compétences.

¹³⁴ ANAP, Soins de suite et réadaptation, Retours d'expériences p. 13

¹³⁵ Agence Régionale de Santé de Bretagne, 2018, Schéma Régional de Santé, 378 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-06/SRS_20180629_ARSBretagne.pdf p. 101

- B) Ces réunions permettent également de cadrer les ambitions des services avec les orientations stratégiques du GHT

Ces réunions permettront également de rappeler certains axes de travail prioritaires pour la filière gériatrique de territoire, dont la liste n'est pas exhaustive :

- 1) Il importe en premier lieu de stabiliser les taux d'occupation des services de SSR à minima à 90 %, ainsi que les taux d'occupation des différents EHPAD à minima à 95 %.
- 2) En second lieu, il conviendra de proposer un accompagnement adapté pour les aidants, ce qui peut prendre la forme d'un café des aidants, mutualisé à l'échelle du pôle.
- 3) Par ailleurs, le développement des programmes d'éducation thérapeutique est à encourager, notamment en ce qui concerne la nutrition et la prévention des chutes. En effet, même si les activités de SSR sont faiblement concurrentielles, ces programmes répondant aux besoins de la population, servent au développement de la filière. Ils permettent en outre, de faire monter en compétence les professionnels.
- 4) De plus, la mobilisation des apports de la HAD est également prioritaire. En effet, lorsqu'elle est développée, la HAD est souvent bien utilisée par les libéraux. Elle peut à cet égard, constituer un lien entre libéraux et les établissements du GHT¹³⁶. La connaissance du Projet Médical du GHT par les médecins de ville doit en effet être suffisante pour qu'ils soient en capacité d'orienter leurs patients de manière pertinente, au sein de la filière gériatrique.
- 5) Il apparaît également intéressant de promouvoir auprès des cadres, les formations de pratiques avancées, en fonction des souhaits exprimés, par le personnel infirmier.
- 6) Ces réunions seront aussi l'occasion de rappeler que la vision de groupe doit peu à peu prendre le pas, sur les visions centrées sur les établissements. En effet, la concurrence entre structures favorise le recours à l'intérim, là où une stratégie de groupe permet de penser des équipes de territoire. Les modalités des mobilités pourront être étudiées dans le projet social du GHT, sur lequel nous reviendrons.

¹³⁶ ANAP, Elaborer un projet médical partagé de GHT, fiches repères, p. 14.

Ainsi, il importe à notre sens pour unifier la filière gériatrique du GHT, de favoriser la mise en œuvre de ces groupes de travail au sein des différents services appartenant à la filière gériatrique de manière à synthétiser et prioriser les différentes orientations de ces services, en fonction des besoins de la population et des priorités de la filière au niveau du GHT.

Ces réunions viseront ainsi à faire émerger à terme, une vision de groupe au sein de la filière gériatrique du GHT, en combinant à la fois les besoins de la population, les ambitions des services, et la stratégie de développement de la filière au niveau du GHT. Elles seront également l'occasion de rappeler qu'il convient de travailler à moyen constant, ce qui impliquera d'étudier les modalités de transfert de compétences à l'intérieur du GHT.

In fine, elles permettront d'organiser l'offre de soins graduée au sein de la filière gériatrique.

3.2.4 Organisation de l'offre de soins graduée pour la filière gériatrique de territoire

La bonne tenue de ces travaux de groupe permettra dans un second temps de valider les ambitions des services, au vu des besoins de la population et des priorités stratégiques de la filière gériatrique.

L'acceptation ou non des ambitions des services permettra ainsi d'organiser de manière globale l'offre de soins gériatriques. Ce que nous proposons d'étudier dans un premier point (A), pour ensuite étudier plus spécifiquement la place du service SSR du CH de Cancale (B).

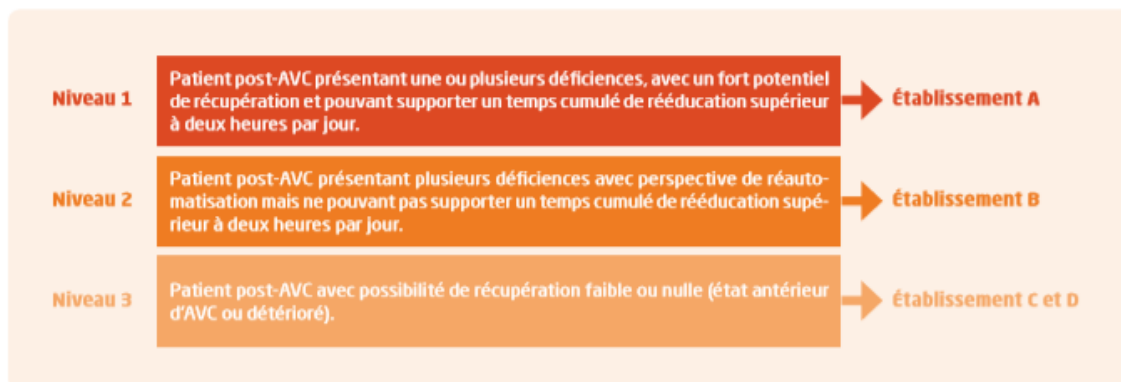
- A) Une organisation générale de la filière gériatrique, sur le modèle des outils proposés par l'ANAP

Une fois recueilli l'ensemble des éléments concernant les orientations des différents services, il conviendra avec la Direction des Soins, et la DRH d'étudier la faisabilité des différents projets, en gardant à l'esprit qu'ils doivent être réalisés à coût constant.

Cet état des lieux et le suivi de la réalisation des différentes ambitions des services, permettra notamment de s'assurer de l'adressage du bon patient au bon service.

L'ANAP propose ainsi de travailler sur une organisation assez simple en fonction du profil patient. L'outil présenté ci-dessous, est aussi mobilisable pour les EHPAD, ce qui permettrait aux professionnels de pouvoir utiliser cet outil sur l'ensemble de la filière.

Figure 7 : Trois niveaux de réponse en fonction du profil patient (exemple : patient post-AVC)



Comme l'explique l'ANAP : « ces organisations, encouragées par les ARS, sont un gage d'adressage organisé et pertinent, qui garantit au patient et au résident une orientation vers la structure la plus adaptée à son profil et à son besoin de rééducation, tout en limitant la perte de chance »¹³⁷.

Si cet adressage est hors GHT, il pourra nécessiter « la mise en place d'une convention en support à cette gradation des prises en charge afin de formaliser les liens entre les différentes parties prenantes, les règles d'adressage et les modalités opérationnelles de la coopération »¹³⁸. Une piste à étudier pourrait également être la mutualisation des programmes d'éducation thérapeutique au niveau du GHT.

Figure 8 : Organisation d'une filière graduée : présentation de l'offre accessible sur chaque site (illustration)

	Établissement SSR A	Établissement SSR B	Établissement SSR C
Consultation	Consultation accessible sur site	Une vacation par semaine d'un praticien du site A (poste partagé)	Accès à avis spécialisé du site A via Télémedecine
Prise en charge en HC	Prise en charge sur le site pour la phase aiguë de réadaptation	Admission d'un patient du site A pour les suites de rééducation (post-phase aiguë)	Admission d'un patient du site A pour les suites de rééducation (post-phase aiguë)
Bilan et suivi en HJ	Prise en charge proposée sur site	Prise en charge proposée sur site	Prise en charge proposée sur site
Plateau technique	Accès à certains équipements pour les sites B et C par convention	Accès à certains équipements pour les sites A et C par convention	Accès à certains équipements pour les sites A et B par convention

¹³⁷ Soins de suite et réadaptation, Retours d'expériences, p. 12

¹³⁸ ANAP, Soins de suite et réadaptation, Retours d'expériences, p. 13

B) L'intégration du CH de Cancale, au sein de cette filière

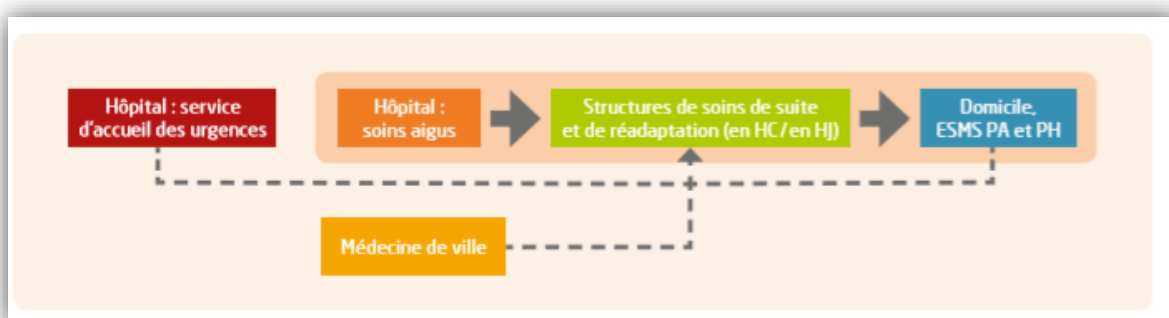
Ne possédant pas l'ensemble des éléments pour les CH de Saint Malo et de Dinan, nous nous concentrerons essentiellement sur le CH de Cancale, dans cette partie, mais il conviendra de réaliser ce même travail pour les services gériatriques des autres établissements membres.

La place du CH de Cancale est actuellement essentiellement celle d'une structure située en aval de l'hospitalisation, mais la mise en place d'un Accueil de jour en 2018, permet d'ouvrir l'EHPAD du CH de Cancale sur son territoire. Cette ouverture de l'Accueil de jour favorise également le tissage de liens entre les services SSR et EHPAD du CH de Cancale.

Le projet d'ouverture d'une place d'hôpital de jour en SSR, pour réaliser des consultations gériatriques obéit à la même logique. Cette ouverture sera néanmoins conditionnée à l'autorisation de l'ARS Bretagne.

L'ouverture d'une ou plusieurs places¹³⁹ de consultation gériatrique au sein du CH de Cancale correspond à l'objectif de prévention des hospitalisations complètes. Cette initiative est par ailleurs encouragée par l'ARS Bretagne dans le PRS. En effet, « en vue de favoriser des diagnostics précoces, une attention particulière sera apportée, aux consultations gériatriques et aux hôpitaux de jour »¹⁴⁰. Le PRS de la région Bretagne entend ainsi « favoriser l'adaptabilité et la réactivité des organisations en développant les alternatives en hôpital de jour, en hôpital de semaine et le suivi en consultations externes »¹⁴¹.

Ce qui donnerait un modèle de prise en charge sur le modèle suivant, qui est proposé par l'ANAP¹⁴² :



¹³⁹ Un maximum de deux places est envisagé

¹⁴⁰ Agence Régionale de Santé de Bretagne, 2018, Schéma Régional de Santé, *ibid.*, p. 156

¹⁴¹ Agence Régionale de Santé de Bretagne, 2018, Schéma Régional de Santé, *ibid.*, p. 99

¹⁴² ANAP Soins de suite et réadaptation, Retours d'expériences, p. 16

Ces consultations gériatriques permettraient ainsi d'éviter un passage aux urgences de l'hôpital de Saint Malo. Passage aux urgences qui peut provoquer chez les patients âgés, une rupture débouchant sur « le syndrome du glissement ». Ces consultations sont également le moyen d'améliorer le taux d'entrée direct au service SSR de Cancale, car elles permettront une meilleure identification par la population ainsi que par les médecins traitants du panel de soins offert par l'établissement.

Pour mener à bien ce projet d'ouverture d'une place supplémentaire d'hôpital de jour, il conviendra dans un premier temps d'objectiver la demande, de ces consultations, en analysant notamment aux urgences des hôpitaux de Saint Malo et de Dinan : l'évolution depuis 2018, du taux d'entrée aux urgences de patients du bassin de vie cancalais ayant nécessité une consultation gériatrique.

Il sera ensuite opportun de réaliser une analyse médico-économique, en lien avec la DAF et la DRH pour étudier la viabilité de ce projet au CH de Cancale, ce qui permettra dans un second temps de solliciter, le cas échéant, une autorisation auprès de l'ARS.

Ainsi l'édification de la filière gériatrique de territoire, peut passer par la formalisation de l'organisation des adressages, ainsi que par l'intégration des ambitions des services, après objectivisation des besoins de la population et des résultats médico-économiques.

Il conviendra ensuite d'étudier les conséquences en matière de gestion des ressources humaines.

3.2.5 Conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT

La poursuite de la création d'une filière gériatrique de territoire, doit se faire à coût constant, ce qui implique d'étudier avec les professionnels concernés et les représentants syndicaux les modalités d'une éventuelle mobilité au sein du GHT. Il conviendra d'intégrer à cette réflexion la diminution de moyens alloués à l'hôpital de Dinan, dans le cadre de sa nouvelle coupe Pathos.

Ces réflexions seront ensuite à intégrer au sein du projet social de l'établissement fusionné. Ce projet intègre les modèles, les valeurs, les besoins des professionnels, et l'ambition affichée¹⁴³. Il vise ainsi à définir le plan de route stratégique de la fonction RH de l'établissement fusionné¹⁴⁴.

Le protocole d'accord du projet social peut se diviser en trois parties : 1/ d'abord, les écarts de pratique qui doivent faire l'objet d'un arbitrage immédiat, 2/ ensuite les écarts à traiter à moyen terme, 3/ et enfin, les écarts à traiter à plus long terme, sous un à deux ans, par exemple.

L'anticipation de ces réflexions, lors de la construction de la filière gériatrique de territoire, pourra faciliter la construction des autres filières de soins prioritaires.

3.2.6 Présentation des modalités de suivi.

Ces modalités de suivi, feront l'objet de débats lors des réunions permettant d'identifier les ambitions de chaque service, lors de la phase d'état des lieux. Néanmoins, certains indicateurs semblent s'imposer. Nous pouvons ainsi mettre en avant :

- L'évolution de la DMS par site,
- Le nombre de séjours,
- Le taux d'occupation mensualisé,
- Le nombre de patients suivi par des programmes mutualisés d'éducation thérapeutique,
- Le nombre de patients adressés en interne, notamment par les services de médecine et de chirurgie,
- Le nombre de séjours présentant une durée atypique,
- Le nombre de consultations avancées réalisées par site géographique,
- La mesure de la satisfaction des patients.

¹⁴³ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

¹⁴⁴ ZOLEZZI, C., *ibid.*, p.

Ainsi, la poursuite de la construction de la filière gériatrique, en lien avec la dynamique de la fusion passe successivement par : 1/ le respect des facteurs clés de succès, 2/ la description fine et actualisée de l'offre de soins de la filière gériatrique, 3/ le recensement avec les médecins et les cadres, des ambitions des services, à atteindre à coût constant, pour répondre aux besoins de la population, 4/ l'organisation de l'offre de soin graduée qui en découle, 5/ l'identification puis la communication sur les conséquences prévisibles en termes de ressources humaines, 6/ Le suivi de ces activités, grâce aux indicateurs précédemment sélectionnés.

Cette méthodologie permet ainsi d'inclure la dynamique de fusion dans le sens et les valeurs des professionnels et de favoriser la mise en place d'une politique gériatrique commune.

Si la fusion est l'occasion de travailler en profondeur les différentes filières de soins, elle permet également d'homogénéiser le fonctionnement des trois établissements.

3.3 Une nécessaire homogénéisation du fonctionnement au sein du GHT, vers la mise en place d'une culture commune :

Le sens présente aussi une dimension de sensation, de perception, qui est propice à la création d'une culture commune.

Cette culture peut à notre sens se développer en travaillant prioritairement deux sujets particulièrement exposés, à savoir la mise en place d'une politique commune d'amélioration des conditions de travail au sein du GHT, et en définissant les mêmes priorités stratégiques d'action (3.3.1.), ainsi que l'harmonisation de la politique de communication à la fois interne et institutionnelle (3.3.2).

3.3.1 L'harmonisation de la politique de prévention des risques professionnels

Comme le note l'IGAS, le manque d'accompagnement social du personnel est un facteur de blocage important. Les incertitudes sur les conditions de travail doivent être minimisées dès que possible¹⁴⁵. Ce qui passe par le développement d'un accompagnement social de qualité¹⁴⁶.

¹⁴⁵ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 50

¹⁴⁶ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 67

Dès son arrivée, le Directeur général a souhaité impulser une nouvelle dynamique de travail sur le DUERP. Ce travail doit permettre l'identification des grandes problématiques et de mettre en œuvre des moyens de prévention dont l'efficacité pourra être discutée en instances. Le but est ainsi de ne pas traiter que des urgences au niveau des instances mais de pouvoir aussi travailler des problèmes de fond, notamment en ce qui concerne la prévention des risques professionnels. Le DUERP sera ainsi utilisé comme une feuille de route pour les prochains CHSCT. L'objectif est d'avoir un impact sur la santé des professionnels pour être en mesure de proposer un plan d'action efficace, et de le cibler davantage sur la prévention.

Le DUERP doit ainsi permettre d'identifier les priorités sur lesquels, la direction agira au niveau communautaire. Des liens pourront également être faits avec le PAQ (plan amélioration de qualité). Cette action permet également de recentrer les différentes instances sur leurs compétences fixées par le Code de la Santé Publique¹⁴⁷.

Ce travail d'actualisation du DUERP, sera fait en collaboration avec les cadres coordonnateurs ainsi qu'avec les directions fonctionnelles. Pour éviter qu'il ne débouche sur une demande de moyens supplémentaires à la charge des établissements, il pourra être intéressant d'identifier au sein du Fonds de Modernisation des Etablissements Publics et Privés, les outils d'accompagnement aussi bien individuels que collectifs qui sont mobilisables par le GHT¹⁴⁸.

De manière à pacifier les relations sociales, il pourra également être intéressant de mettre en œuvre avant la fusion, des instances de dialogue social spécifiques au projet de fusion afin que les représentants du personnel puissent être informés de l'avancement du projet et associé à la résolution des problèmes¹⁴⁹.

Ainsi, ce travail sur le DUERP, permet une harmonisation dans la politique de prévention des risques professionnels, et sera l'occasion d'identifier les mêmes priorités d'actions au sein du GHT, ce qui est facteur de convergence entre les trois établissements.

La sensibilité de l'amélioration des conditions de travail, nous paraît ainsi être un avantage. En effet, les personnels et les syndicats sont très sensibles à ce sujet, ils continueront ainsi à s'impliquer dans l'actualisation du DUERP, et ce faisant leur réceptivité à l'harmonisation de la politique d'amélioration des conditions de vie au travail sera accrue. La prévention des risques professionnels constitue ainsi un axe de travail intéressant pour favoriser l'émergence d'une culture commune, au sein du GHT.

¹⁴⁷ CSP

¹⁴⁸ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 68

¹⁴⁹ IGAS, Dr. LALANDE F., *ibid.*, p. 68

Un autre levier de convergence concerne la mise en œuvre d'une politique interne et externe de communication institutionnelle.

3.3.2 Une stratégie de communication accompagnant de manière positive et globale : la fusion, l'extension des filières gériatriques de proximité, ainsi que le développement d'un sentiment d'appartenance commune

Conceptualisés par Cédric ZOLEZZI, les objectifs stratégiques d'une politique de communication institutionnelle liée à la fusion sont des différents ordres : 1/ faire connaître le projet de fusion, 2/ désamorcer les inquiétudes sur d'éventuelles fermetures de service, 3/ faciliter l'adhésion du personnel au projet, 4/ Faire naître un sentiment d'appartenance commune¹⁵⁰.

La mise en place d'une stratégie de communication, pour accompagner le processus de fusion, passe à la fois par un volet interne et un volet externe.

Nous étudierons tout d'abord, la mise en place sur le CH de Cancale, du logiciel ENNOV. Il s'agit d'un logiciel spécifique, déjà utilisé aux CH de Dinan et de Saint Malo, qui vise l'harmonisation de la gestion électronique des procédures. Puis nous nous concentrerons sur l'analyse de la politique de communication institutionnelle sur la mise en place des filières gériatriques de proximité en lien avec la fusion.

- A) Le logiciel de gestion électronique des documents, un levier d'harmonisation des protocoles de soins et de l'identité des établissements

La mise en place du logiciel ENNOV sur le CH de Cancale, répond au dernier point développé par C. ZOLEZZI, à savoir : viser le développement d'un sentiment d'appartenance commune, au sein des équipes administratives et soignantes.

En effet, le GHT s'est doté d'un logiciel de gestion électronique des documents, appelé ENNOV. L'apport principal de ce logiciel est qu'il assure l'actualisation permanente des documents. En effet, l'émetteur d'une procédure reçoit automatiquement, par mail, une alerte lorsqu'il convient de réviser la procédure, soit en principe, tous les quatre ans.

Un autre avantage de ce logiciel est qu'il permet d'avoir une visibilité sur l'ensemble des procédures en vigueur au sein des GHT. Sous réserve que l'on soit en possession des droits, il est ainsi possible de visualiser au CH de Dinan une procédure encadrant la réalisation d'un soin au CH de Cancale.

¹⁵⁰ ZOLEZZI, C., Ibid.,

Le logiciel permet également de bénéficier d'une réelle homogénéisation du classement des différentes procédures. Les procédures similaires seront ainsi rangées au sein des mêmes processus thèmes¹⁵¹. Ce qui favorise l'émergence d'une culture commune.

Outre cette possibilité d'avoir accès aux procédures des autres établissements, l'apport véritable du logiciel est de permettre à terme, une homogénéisation des procédures au sein du GHT. En effet, si actuellement le CH de Cancale possède un accès spécifique à ses propres procédures, à terme la quasi-totalité des procédures encadrant les soins, seront identiques et l'accès à cette unique procédure sera rendu possible sur chaque établissement, de manière simple et transparente.

Si dans un premier temps le logiciel ENNOV ne concerne « que » le classement, l'actualisation et l'uniformisation des procédures administratives, soignantes et médicales, il pourra dans un second temps, également permettre la dématérialisation de nombreux *process*, comme par exemple les fiches d'événements indésirables ou encore les demandes d'absence syndicales.

Les comptes rendus des différentes instances de représentation des personnels pourront aussi être librement consultables au sein d'ENNOV.

Ainsi par la mise en place d'un outil adapté, la réalisation de la fusion sera facilitée en conduisant à la création d'un sentiment d'appartenance et d'une identité commune.

Cette stratégie d'organisation de la communication interne, s'inscrit dans un schéma plus global de la communication stratégique, qui comprend également un volet institutionnel et un volet externe.

- B) Le développement d'une stratégie institutionnelle de communication globale qui sous-tend la dynamique de fusion et la construction des filières gériatriques de proximité

La Direction générale souhaite en effet pouvoir développer une stratégie de communication institutionnelle autonome et multi support qui passe à la fois par les traditionnels « médias imprimés », des rencontres à destination des établissements hors GHT, mais aussi par des canaux digitaux, pour toucher directement les plus jeunes.

¹⁵¹ Les processus thèmes, dans le logiciel ENNOV peuvent se comparer à des dossiers, dans le système d'exploitation classique.

Le défi, à laquelle cette stratégie se propose de répondre, est de « créer dans un temps court une nouvelle identité commune dans laquelle les personnels peuvent se reconnaître et à laquelle les usagers et la population s'identifieront »¹⁵².

Cette stratégie sous-tend à la fois la dynamique de fusion, ainsi que celle de construction des filières gériatrique de territoire.

D'une part, cette stratégie de communication est nécessaire à la bonne tenue de la fusion, car si elle réussit, elle conduira les professionnels à accepter le *sens* de la fusion, dans toute sa polysémie. En effet, elle les conduira à adhérer, à la fois, à la direction de la fusion, mais aussi à en reconnaître la valeur. A ce titre, il pourra être nécessaire de s'appuyer sur les sensations des professionnels pour faciliter leur acceptation du projet. C'est pourquoi une communication positive semble particulièrement adaptée pour accompagner la dynamique de fusion.

Pour bâtir cette politique de communication institutionnelle et externe, le choix a été fait de recenser l'ensemble des sujets sur lesquels, la Direction générale souhaite communiquer de manière positive.

Plusieurs actualités, pour nourrir *La Lettre du GHT*, ont ainsi été recensées, comme : l'accueil de nouveaux praticiens, la tenue d'un vide grenier pour les EHPAD du CH de Dinan, la journée de l'Unité Mobile de Gériatrie, la possibilité de prendre ses rendez-vous en ligne, la mise en place de consultations sage-femme, ou encore, un focus sur le correspondant handicap du GHT, etc....

Cette politique de communication, est d'une importance stratégique, et pourrait également s'appuyer sur un nouveau site internet. Par ailleurs, comme le note Cédric ZOLEZZI, la naissance officielle de l'établissement peut être marquée par un événement en interne qui fasse date. Pour cela une soirée spéciale conçue par l'équipe opérationnelle de communication demeure une possibilité intéressante¹⁵³.

D'autre part, appliquée à la gériatrie, cette politique de communication pourra, à notre sens, contribuer à remplacer, comme l'exprime Edgar MORIN : « une pensée qui sépare et qui réduit par une pensée qui distingue et qui relie »¹⁵⁴.

En effet, dans le domaine gériatrique cette politique de communication continue à s'incarner dans la tenue régulière de réunions de filière gériatrique à destination des acteurs médico-sociaux, hors GHT, du territoire malouin.

¹⁵² ZOLEZZI, C., Ibid.,

¹⁵³ ZOLEZZI, C., Ibid.,

¹⁵⁴ Edgar MORIN, 2000 in Cadre p47.

La première de ces réunions au sein de la filière gériatrique malouine de proximité s'est tenue le 18 mai 2017. Au cours de cette rencontre, la direction a présenté le pôle gériatrique et a recensé, au moyen d'un questionnaire¹⁵⁵, les besoins des acteurs médico-sociaux n'appartenant pas au GHT. Ces besoins remontés, concernent notamment la formation continue des professionnels, ainsi que la nécessaire amélioration des liens interpersonnels entre les professionnels du GHT, et hors GHT.

La tenue de ces réunions et l'ouverture des formations du pôle gériatrique de l'hôpital de Saint Malo, aux acteurs extérieurs au GHT, permet ainsi d'affermir les liens entre le GHT et les établissements médico-sociaux. Cette communication institutionnelle trace également la voie à la signature de conventions de coopération entre les établissements du GHT et hors GHT. Ce qui participe du mouvement de fluidification du parcours du patient gériatrique. Enfin, cette politique d'ouverture, permet également d'assurer la cohérence de la politique de développement de la filière, en produisant notamment des réponses mutualisées aux différents appels à projets.

Si cette stratégie de communication institutionnelle et d'ouverture existe sur la filière malouine de gériatrie, il pourrait être intéressant de la développer sur l'ensemble du GHT, de manière à unifier les filières gériatriques de proximité de Saint Malo et de Dinan et à construire une culture gériatrique commune à la fois au sein de la filière gériatrie du GHT, mais aussi à l'extérieur. Ainsi tant par son volet interne qu'externe, l'accompagnement du processus de fusion, par une politique de communication résolument positive et unifiée, pourra à notre sens, constituer un élément de succès, permettant d'envisager à terme, la mise en place d'une culture commune, menant à l'acceptation et à la défense du processus de fusion ainsi qu'à l'édification d'une culture gériatrique unifiée.

En conclusion, l'harmonisation d'une politique de prévention des risques professionnels à l'échelle du GHT, combinée à l'harmonisation de la politique de communication à la fois dans son volet interne et externe, permettent de soutenir le processus de fusion en favorisant l'émergence d'une culture commune et d'une identité partagée au sein du GHT. Ces politiques d'harmonisation donnent ainsi corps à la fusion ainsi qu'aux filières gériatriques de proximité, et elles permettent d'en faire partager, le sens. La politique de communication permet en définitive aux différents acteurs de s'approprier le processus de fusion, au moyen de leurs sensations. Les différents acteurs sont ainsi incités à s'approprier la polysémie du sens de la fusion : tant en ce qui concerne la direction qu'elle suppose, que des valeurs qu'elle sous-tend.

¹⁵⁵ Le lecteur pourra se référer en annexe F pour avoir connaissance de ce questionnaire.

En conclusion de ce troisième chapitre, nous avons ainsi étudié la fusion en tant que moyen de promouvoir la nécessaire convergence au sein du GHT.

Le sens porté par la posture des directeurs, à la fois décideurs et pédagogues, n'est pas à négliger. Ils accompagnent en effet, les professionnels dans l'acceptation de la dynamique de fusion et dans la réalisation des projets de filières et du PMSP.

A cet égard, nous avons évoqué des pistes méthodologiques visant la réalisation de la filière gériatrique de territoire. Cette dynamique de travail, pourra également initier un cercle vertueux pour accompagner le développement d'autres filières de soins en s'appuyant notamment sur le sens et les valeurs qui sous-tendent le travail des professionnels hospitaliers. Si l'édification d'une stratégie de groupe public au moyen de l'élaboration des différentes filières de soins est prioritaire, elle ne doit pas pour autant occulter la nécessaire homogénéisation du fonctionnement au sein du GHT, ce qui est également vecteur de sens et pourra faciliter la création d'une culture commune.

Conclusion

Il apparaît bel et bien possible d'assurer la convergence entre les trois établissements, en surmontant les craintes suscitées par le processus de fusion.

En effet, comme le CH de Cancale bénéficie d'un contexte de rapprochement et de convergence avec le GHT qui est favorable au cours des dernières années, il importe de capitaliser sur cette coopération fructueuse pour bâtir les fondations du nouvel établissement fusionné.

Si l'annonce de la fusion, combinée aux difficultés financières du GHT suscite des craintes et conduit à un manque d'appropriation du processus dans sa globalité. Il importe non seulement d'écouter ces inquiétudes, mais aussi d'apporter des solutions concrètes qui permettent de fédérer les différents acteurs.

Nous l'avons montré il est d'une absolue nécessité de travailler en profondeur le Projet Médical et Soignant Partagé afin de sécuriser le processus de fusion, et d'éviter la mise en place d'une fusion a minima qui pourrait être qualifiée de fictive. Pour donner corps à la fusion, il importe ainsi de travailler en profondeur les différentes filières de soins.

A ce titre, il apparaît intéressant d'initier la dynamique, en débutant par les filières de soins, les moins sensibles en termes d'équipements lourds, comme le sont la médecine ou la gériatrie. D'autant que cette dernière activité présente l'avantage d'exister sur l'ensemble des trois établissements.

En effet, le travail sur la filière de gériatrie, permettra à notre sens de servir la dynamique de fusion. L'avantage de débiter par la construction d'une filière gériatrique de territoire est de montrer aux différents acteurs les vertus d'un travail de coordination entre des offres de soins complémentaires. Ce qui permettra de faire disparaître les restes d'une illusion de concurrence qui peuvent subsister sur d'autres filières de soins. En effet, la filière de gériatrie est moins soumise à la concurrence, que ne le sont, les autres spécialités médicales, car la gériatrie est très dépendante de son bassin de vie.

La poursuite de la construction de la filière gériatrique de territoire doit cependant être complétée par la recherche de convergence entre les trois établissements, comme c'est le cas pour la prévention des risques professionnels ainsi que pour la politique de communication. Ces convergences sur des sujets sensibles permettront également de contribuer à bâtir une identité et une culture partagées sur l'ensemble des trois établissements.

Si *in fine* l'enjeu sous-jacent continue à être l'accompagnement « des êtres de caractère » pour qu'ils s'autorisent à devenir, et qu'ils se fondent, en « êtres de promesse », à notre sens, l'accompagnement par les directeurs, de chacune de ces politiques, permet de donner de la cohérence et de la consistance, au projet de fusion. Ce qui, combiné à un engagement pédagogique sans faille, pourra faciliter l'acceptation du schéma d'ensemble par les différentes parties prenantes.

Peut-être conviendra-t-il cependant, pour garantir la réussite du projet de fusion, d'autoriser, comme le préconise Maela PAULE, dans la mise en œuvre de ce travail collaboratif une « marge de manœuvre conséquente », qui pourra permettre au professionnel de « bricoler avec l'indicible », ou « de braconner avec l'équitable »¹⁵⁶.

¹⁵⁶ MONCET M.C., *ibid.*, p. 48

Bibliographie

Ouvrages

ARCELIN J., 2019, *Tu verras Maman, tu seras bien*, Paris, France, XO Editions, 520 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, de la relation humaine aux motivations*, Rennes, France, Edition ERES, 147 p.

MONCET M.C., 2013, *Conduire le changement à l'hôpital de la communication à l'hôpital apprenant*, Paris, France, Edition LAMARRE (Fonction cadre de santé), 169 p.

Dr PAULE M., (2004), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, France, L'Harmattan p 351.

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

Revue

PIERRU F., 2014, Les mythes rationnels de la gouvernance en santé : le cas de la « merger mania », *Gestions hospitalières*, p. 209-216.

Rapports

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, octobre 2016, *Elaborer un projet médical partagé de GHT, fiches repères*, 53 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :

<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/>

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2018, *Soins de suite et réadaptation, Retours d'expériences*, 32 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :

https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Parcours_de_sante/SSR/SSR_REX.pdf

Agence Régionale de Santé de Bretagne, 2018, *Schéma Régional de Santé*, 378 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :

https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-06/SRS_20180629_ARSBretagne.pdf

Chambre Régionale des Comptes de Bretagne, Procès-verbal de la chambre plénière, Séance du 8 janvier 2019, 28 p., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :

<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/202727/4328/BRA2019-0001.pdf?1562753647>

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Dr LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., J-L BONNET, 2012, Rapport IGAS, *Fusion et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années*, 273 p, [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>

Groupement Hospitalier de Territoire Rance Emeraude, *Projet Médical Partagé*, 2017., Filières prioritaires du Projet Médical Partagé 2017-2022, 115 p.

HUBERT J., MARTINEAU F., 2016, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission*, p. 51., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_misison_hmdefmodifsddefv150316.pdf

Ministère chargé de la santé, DGOS, 2018, Les chiffres clés de l'offre de soins, p. 24., [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf

Mémoires

BADIOLA J., ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE (EHESP), 2017, *La restructuration d'une filière gériatrique, un enjeu majeur et stratégique pour un territoire de santé*, Mémoire, Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social (DESSMS), Rennes, EHESP, 66p .

TAHORA D., ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE (EHESP), 2018, *Restructurations hospitalières : des coopérations à la fusion : Quelles évaluations des avantages-inconvénients et bénéfices-coûts en matière de finance, d'offre de soins et de gouvernance*, Mémoire, Directeur d'hôpital (DH), Rennes, EHESP, 96 p.

COSSEC E. ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE (EHESP), 2015, *Du temps médical partagé à la constitution d'équipes territoriales : enjeux et limites cas de la CHT Rance Emeraude*, Mémoire, Directeur d'hôpital (DH), Rennes, EHESP, 77 p.

Webographie

L'observatoire des territoires, [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=321036,6569503,18730,12785&c=indicator&i=insee_rp_hist_1968.ind_vieillist&s=2015&selcodgeo=59457&view=map26

Fédération Hospitalière de France, Annuaire des établissements [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]. Disponible à l'adresse :
<https://etablisements.fhf.fr/annuaire/>

Liste des annexes

Annexe A : Principaux axes d'échanges et personnes rencontrées dans le cadres des entretiens semi-directifs de recherche

Liste des principaux axes d'échange menés dans le cadre d'entretiens semi-directifs

1. Qu'évoque pour vous la dynamique de fusion ? Vous apparaît-elle souhaitable ? Comment voyez-vous votre travail dans ce processus ? Pensez-vous que la fusion l'impactera ?
2. La fusion entre les trois établissements membres du GHT, vous paraît-elle nécessaire ? Pourquoi ?
3. Quels sont pour vous les principaux objectifs de cette démarche de fusion ?
4. Quels sont les potentiels écueils à éviter lors de la mise en place de ce processus ?
5. Quels sont, pour vous, les principaux points de blocage qu'il faut surmonter pour mener à bien le processus de fusion ?
6. Quelle spécialité médicale vous paraît être la meilleure pour favoriser l'adhésion des équipes à cet objectif de fusion ?
7. Comment vous semble-t-il possible d'accompagner au mieux l'objectif de fusion ?
8. Quelle doit être, pour vous, la posture des Présidents de CME, des Directeurs et de l'encadrement pour la bonne réussite de ce projet de fusion ?
9. Voyez-vous des avantages à la dynamique de fusion ? Si oui lesquels ? Si non pourquoi n'en voyez-vous pas ?
10. Au prisme de la fusion, quels axes de travail vous paraissent-ils prioritaires ?

Liste des personnes rencontrées dans le cadre des entretiens semi-directifs :

Madame Dominique RADUREAU, Directrice Déléguée du Centre Hospitalier des Prés Bosgers de Cancale, Directrice référente des activités gériatriques du GHT et maître de stage.

Madame Catherine KELLER, Enseignant-chercheur et Directrice d'hôpital.

Madame, le Docteur Gabrielle AUDREN, Présidente de CME du CH de Cancale, et médecin au Service SSR du CH de Cancale.

Madame le Docteur François ILLES, Vice-Présidente de la CME du CH de Cancale, et médecin coordonnateur du CH de Cancale.

Monsieur Pascal DUFOUR, Coordonnateur Général des Soins du GHT Rance-Emeraude.

Madame Anne-Marie VENTURINI, Cadre de Santé de l'EHPAD du CH de Cancale.

Monsieur Éric BOISSINOT, Coordonnateur de la filière gériatrique.

Annexe B : Présentation topographique de la région de Cancale



Google maps, [en ligne]. [Consulté le 20 juillet 2019]: Disponible à l'adresse, <https://www.google.com/maps/place/Cancale/@48.6272625,-2.1201249,10z/data=!4m5!3m4!1s0x480e9d7546e61dbd:0x40ca5cd36e4b6c0!8m2!3d48.67707!4d-1.852279?hl=en>,

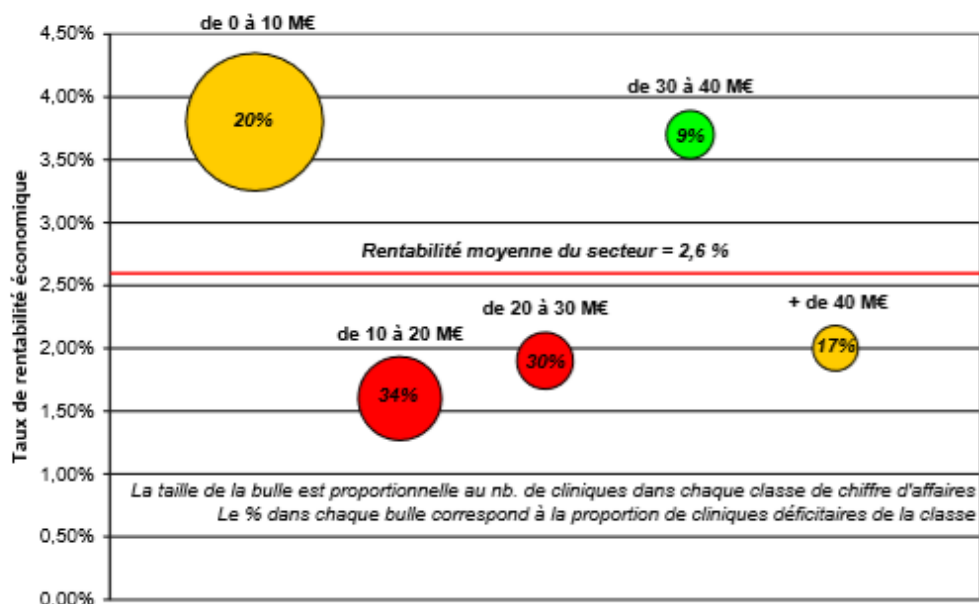
Annexe C : Fusions hospitalières dans les régions 1995-2011, d'après le rapport IGAS, *Fusion et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années.*

Tableau 8 : Fusions hospitalières dans les régions 1995-2011

Régions	Nombre d'EPS SAE 2010	Nombre de fusions 1995- 2011	Ratio fusions/EPS	Nb. lits hospit SAE 2010	Population INSEE 2009 (en nb d'hab)	Ratio lits/EPS	Ratio lit
Alsace	33	0	0,0%	7 930	1 848 885	55 988	233
Aquitaine	44	3	6,8%	12 671	3 202 717	72 789	253
Auvergne	26	1	3,8%	6 754	1 343 780	51 583	190
Basse-Normandie	29	4	13,8%	6 965	1 470 689	50 713	211
Bourgogne	48	2	4,2%	8 129	1 640 733	34 182	202
Bretagne	48	9	18,8%	14 245	3 170 044	66 105	223
Centre	44	0	0,0%	10 951	2 539 010	57 705	232
Champagne-Ardenne	27	2	7,4%	6 304	1 336 217	49 490	212
Corse	6	1	16,7%	1 284	306 906	51 151	243
Franche-Comté	25	2	8,0%	5 501	1 168 790	46 752	212
Haute-Normandie	30	2	10,0%	6 577	1 829 525	60 984	278
Ile-de-France	70	11	15,7%	43 289	11 739 813	167 895	321
Languedoc-Roussillon	35	1	8,6%	9 327	2 608 085	74 517	280
Limousin	19	2	10,5%	4 705	743 265	39 119	158
Lorraine	50	6	12,0%	10 490	2 348 384	46 968	234
Midi-Pyrénées	50	8	16,0%	10 659	2 865 975	57 320	269
Nord-Pas-de-Calais	46	0	0,0%	16 200	4 025 344	87 507	248
Pays de la Loire	36	10	27,8%	14 036	3 636 033	85 179	252
Picardie	37	2	5,4%	9 542	1 910 234	51 628	210
Poitou-Charentes	30	2	6,7%	8 015	1 783 521	59 784	220
PACA	66	3	4,5%	15 897	4 918 060	74 516	309
Rhône-Alpes	104	12	11,6%	24 450	6 165 129	59 280	252
Régions d'Outre-Mer	29	4	13,8%	8 681	1 848 309	63 733	325
TOTAL	932	90	9,5%	259 610	64 322 783	67 568	248

Source : NFI/ATIH/CNG/SAE/INSEE, retraitement IGAS

Annexe D : Rentabilité économique des cliniques privées en fonction de leur chiffre d'affaires en 2009, d'après le rapport IGAS, *Fusion et regroupement hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années.*



Source : Rapport sectoriel 2011 de la FHP – retraitement IGAS

Annexe E : Exemples illustrant la concurrence entre le groupe Vivalto et les établissements publics du territoire, retraitements effectués par le médecin DIM du GHT Rance-Emeraude

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO

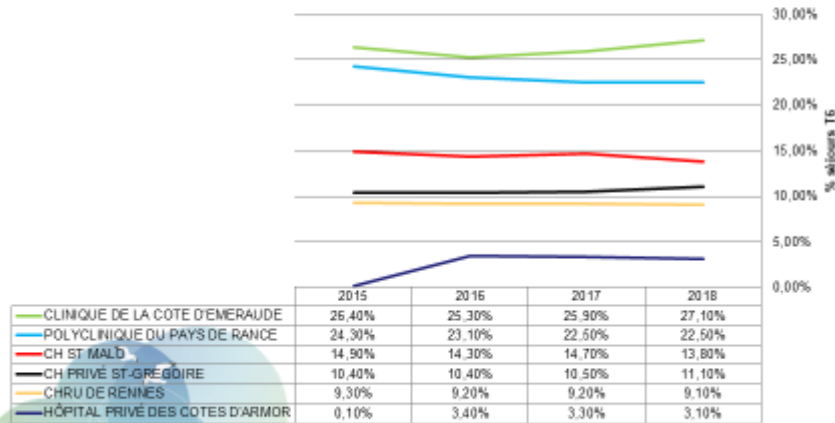


CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

Parts de marché T6 CAS C chirurgie



Dr P. Demilly DIM GHTRE

16/

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO

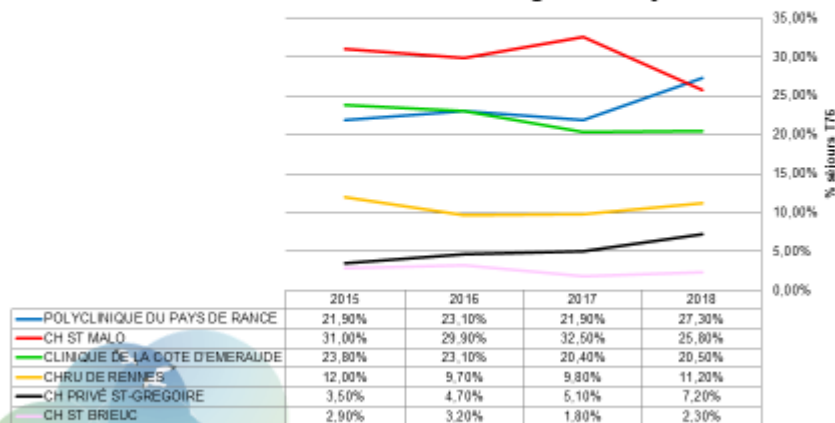


CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

Parts de marché T6 GP C06 Chir digestive majeure



Dr P. Demilly DIM GHTRE

34/

Annexe F : Questionnaire dispensé à destination des acteurs médico-sociaux du territoire, afin de recueillir leurs attentes



Groupement hospitalier de territoire Rance Émeraude

Coordination Filière Gériatrique

Centre Hospitalier de Saint-Malo : établissement support

Dans le cadre des travaux menés par l'Agence Régionale de Santé pour décrire et structurer les filières gériatriques de proximité en Bretagne, nous venons à votre rencontre pour réaliser, ensemble, le diagnostic des ressources et des forces du Territoire n°6 et des axes d'améliorations que nous pourrions mener ensemble dans les années à venir.

Nom de l'établissement : Public Privé
 COMMUNE : Multi sites Oui Non
Si oui, Nbre de sites =

Nom - Prénom du Directeur (rice) :

Tél : @ :

Nom - Prénom du médecin coordonnateur :

Tél : @ :

Nom - Prénom de l'IDE coordinatrice :

Tél : @ :

1 – Quelle est votre offre ?

Offre (cocher)	Capacité (places/lits)	Offre (cocher)	Capacité (places/lits)
Accueil temporaire		USLD	
Accueil jour		Résidence autonomie <small>(anciennement logement foyer)</small>	
Accueil nuit		Petite unité de vie	
Hébergement temporaire		Accueil familial	
EHPAD		Autre (préciser)	

2 – Quels sont vos moyens de communication ?

Interne (cocher)	Visioconférence		Chargé de communication		Autres :	
	Conférence téléphonique		Journal interne		Autres :	
	Organisation d'évènements		Si oui, précisez :			
Externe (cocher)	Site internet					
	Adhésion à un réseau		Si oui, précisez :			

3 – Selon vous, quelle offre manque-t-il sur le Territoire ?

➤ Prise en charge ?

➤ Formation ?

➤ Et ?

4 – Quelles sont vos attentes relatives à la filière gériatrique Malouine de proximité ?

➤ Votre rôle ?

➤ Vos attentes ?

5 – Quelles sont vos attentes concernant le Centre Hospitalier de Saint-Malo, établissement support de la filière gériatrique?

➤ Souhaiteriez-vous adhérer à l'instance de coordination de cette filière ?

➤ Avez-vous signé une (des) convention(s) avec le CH de Saint-Malo ? (Si oui, lesquelles)

➤ Si non, sur quel(s) sujet(s) souhaiteriez-vous conventionner avec le CH de Saint-Malo ?

Bournonville

Rémi

2019

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion 2018 - 2019

**L'accompagnement de la fusion,
vers l'édification d'une stratégie de groupe public :**

**L'exemple de la filière gériatrique du
GHT Rance Emeraude**

Résumé :

Nous analysons ici l'impact du processus de fusion entre les trois centres hospitaliers de Cancale, Dinan et Saint Malo sur l'édification de la filière gériatrique de territoire.

Si cette dynamique de convergence est favorable aux trois établissements du GHT, en revanche, l'annonce de l'objectif de fusion, combinée aux difficultés financières du GHT ont suscité des craintes, conduisant à un manque d'appropriation du processus, par les équipes.

En vue de surmonter ces inquiétudes et d'y apporter des solutions concrètes il est d'une absolue nécessité de travailler en profondeur le Projet Médical et Soignant Partagé, en fédérant les différents acteurs.

A ce titre, nous proposons d'utiliser la construction de la filière gériatrique de territoire pour amener les acteurs à dépasser l'illusion de concurrence pouvant exister à l'intérieur du GHT entre les différents établissements.

En effet, la gériatrie est une activité en croissance et par nature moins concurrentielle que les autres activités médicales, et ce, du fait de sa nécessaire proximité géographique avec les différents bassins de vie. Ainsi, l'édification d'une filière gériatrique unifiée au sein du GHT, suscitera moins d'inquiétudes par rapport aux autres activités médicales.

L'édification d'une filière gériatrique unifiée au sein du GHT constitue ainsi un levier intéressant pour : d'une part, initier le nécessaire travail d'actualisation du Projet Médical et Soignant Partagé, en lien avec la fusion ; et d'autre part, accentuer l'homogénéisation du fonctionnement au sein du GHT et favoriser l'émergence d'une culture commune.

Ainsi, l'édification de la filière gériatrique constitue un moyen de dépasser les illusions de concurrence interne au GHT, et de bâtir la nécessaire complémentarité entre les établissements du GHT.

Mots clés :

Fusion, filière gériatrique de territoire, coopération, stratégie, convergence, concurrence, complémentarité, GHT, hôpital, médico-social, gériatrie, syndicats.

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.