



**EHESP**

---

**Filière des directeurs d'hôpital**

Promotion : **2008/2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

---

**Le centre hospitalier départemental,  
une nouvelle forme issue de la  
recomposition de l'offre de soins en  
Vendée**

**Bilan de la fusion et perspectives**

---

**Thomas BLUMENTRITT**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation du mémoire, et en particulier :

Monsieur Edouard BICHER, président de la CME au Centre hospitalier de Saumur

Monsieur LEGENTIL, ancien directeur du personnel au Centre Hospitalier Départemental (CHD)

Monsieur Benoît PERICARD, ancien directeur de l'agence régionale d'hospitalisation des Pays de la Loire, investigateur de la fusion

L'ensemble des personnes qui se sont rendues disponibles pour m'accorder un entretien ou qui par leur niveau de réflexion, m'ont aidé à traiter le sujet avec précision.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>I La fusion, un dispositif fortement incitatif qui invite à la transformation .....</b>	<b>9</b>
<b>A) De multiples orientations, un objectif commun .....</b>	<b>9</b>
a) L'objectif de la fusion, une proposition née de la difficile situation d'un hôpital .....	9
b) Les expériences attestent d'une multiplicité de situations .....	11
<b>B) Un processus complexe qui impacte fortement l'environnement .....</b>	<b>12</b>
a) Une gouvernance affirmée qui initie le changement .....	12
b) Une impulsion forte donnée au développement sanitaire du territoire vendéen .....	14
c) Une activité saisonnière soutenue par le tourisme .....	15
d) La gestion au CHD, contexte propice à l'exercice d'une nouvelle culture managériale .....	16
e) Le centre hospitalier de Montaigu, établissement restructuré avant la fusion .....	18
f) La situation préoccupante du budget du centre hospitalier de Luçon .....	18
g) Le management complexe de la situation financière des établissements	19
<b>II Les évolutions fortes qui créent une culture managériale .....</b>	<b>21</b>
<b>A) Les changements sur le plan managérial .....</b>	<b>21</b>
a) Une restructuration qui intervient dans un environnement législatif mouvant .....	21
b) Le déroulement de la fusion sur le plan de la gestion .....	22
<b>A) La gestion des finances et des ressources humaines, une priorité pour         soutenir les projets de l'établissement .....</b>	<b>24</b>
a) Les ressources financières, priorité de recherche d'équilibre .....	25
b) La gestion des ressources humaines, levier d'action dans la conduite du changement .....	26
c) L'impact de la logistique dans le processus de la fusion .....	28
d) Les projets de gestion .....	29
<b>III Une restructuration réussie qui soutient l'établissement dans la recomposition territoriale en cours .....</b>	<b>33</b>

<b>A)</b>	<b>La structuration du département de la Vendée .....</b>	<b>34</b>
a)	Les projets médicaux de territoire : outils de régulation de l'offre de soin	35
b)	La création des CHT, une passerelle potentielle vers le renforcement des coopérations .....	37
<b>B)</b>	<b>Les perspectives de rapprochement .....</b>	<b>38</b>
a)	Les perspectives possibles dans le cadre des futures communautés hospitalières du territoire .....	39
b)	Les CHT, une articulation entre outil juridique incitatif et besoins réels des établissements .....	41
	<b>Conclusion .....</b>	<b>43</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>47</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CA	Conseil d'administration
CHD	Centre hospitalier départemental
CHT	Communauté hospitalière de territoire
ARS	Agence régionale de santé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CHD	Centre hospitalier départemental (de Vendée)
CHT	Communauté hospitalière du territoire
CME	Commission médicale d'établissement
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CSP	Code de la santé publique
FHP	Fédération hospitalière privée
HPST	Hôpital patients santé et territoires, loi du 21 juillet 2009
HAD	Hospitalisation à domicile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GRH	Gestion des ressources humaines
GPEC	Gestion des carrières et des compétences
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FMIH	Fédération médicale interhospitalière
ETP	Equivalent temps plein
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
MPR	Médecine physique et de réadaptation
PIB	Produit intérieur brut
PCG	Président du Conseil Général
ORS	Observatoire régional de santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
T2A	Tarifification à l'activité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
3H	Holding Hôtelière Hospitalière

## Introduction

Le département de la Vendée (85), marqué par son opposition historique à la Révolution française de 1789, plutôt rural ou composé de petites entreprises et caractérisé par un attachement profond de la population à son territoire, a dû modifier son offre hospitalière dans les dix dernières années. Reconfigurer l'organisation des soins dans ce département représentait un défi inaccoutumé.

Une forte proportion de la population est vieillissante et l'attrait touristique estival marquent ce département. Les indicateurs de santé, comparés avec les tendances nationales sont bons, malgré un déficit d'offre de soins du secteur libéral et plus particulièrement du secteur spécialisé. Le taux de chômage dans le département est inférieur à la moyenne nationale et l'économie du département est attractive par son dynamisme et sa diversité.

L'offre de soins du territoire de Vendée a été organisée par la mise en place du SROS II. Le département était partagé en quatre territoires correspondant à la présence d'un hôpital de proximité sur chaque territoire, puis un territoire regroupant le centre hospitalier de recours avec les deux hôpitaux de proximité.

Les centres hospitaliers de Luçon et Montaigu sont respectivement éloignés de la Roche-sur-Yon de 32 km pour l'un et 40 km pour l'autre. Quant au centre hospitalier des Sables d'Olonne la distance est de 39 km, Fontenay-le-Comte se situe à 63 km, Challans à 44 km et Nantes, siège du CHU, à 70 km. Le territoire de la Vendée compte 616 000 habitants<sup>1</sup> dont 53 000 pour la commune de La Roche-sur-Yon.

Les nouveaux outils de recomposition hospitalière sont présentés dans la loi « hôpital, patients, santé et territoire »<sup>2</sup> (HPST). Les contours des futures communautés hospitalières du territoire (CHT) y sont définis, permettant d'envisager le renforcement des coopérations hospitalières publiques.

En tant qu'outil juridique, les CHT favorisent les mécanismes de délégation de compétences vers un établissement siège tout en conservant la gestion budgétaire et la personne morale de droit public.

---

<sup>1</sup> INSEE, *chiffres population par département*, 2006

<sup>2</sup> Loi du 21 juillet 2009, *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*

Plusieurs rapports ont précédés la loi. Le rapport de M. Gérard Larcher, sénateur,<sup>3</sup> établissait les nouveaux principes d'organisation hospitalière et le rapport de Monsieur Guy Vallencien, professeur d'urologie,<sup>4</sup> proposait des aménagements plus performants de la gouvernance des hôpitaux. Selon lui, les établissements hospitaliers doivent être dotés de modes de fonctionnement et d'outils modernes permettant de passer d'une administration vers une réelle gouvernance.

Les différents outils juridiques existants de coopération hospitalière n'ont pas réellement permis de créer des structures ayant pour objectif l'adaptation aux besoins des patients et du territoire. La fusion représente un outil de réorganisation hospitalière.

La fusion d'établissements, évoquée d'abord par un décret du 24 septembre 1973<sup>5</sup>, réalisée sous la responsabilité du préfet du département, et son développement par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 constitue un outil de recomposition des activités hospitalières sur un territoire. La tutelle des établissements est confiée aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) qui ont pour mission la définition et la mise en oeuvre de la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, l'analyse et la coordination de l'activité des établissements de santé publics et privés ainsi que la détermination des ressources. Cette compétence sera reprise par les agences régionales de santé (ARS).

La fusion se définit comme la création d'un établissement avec une nouvelle entité juridique par la réunion de deux ou de plusieurs établissements.

Enfin, la qualification des fusions comme palier important avant la constitution des communautés hospitalières de territoire par l'ancien directeur de l'ARH de la région Pays-de-la-Loire, confère à cet outil juridique toute son importance. Au service d'objectifs très divers, la fusion fait partie du panel de moyens de coopérations interhospitalières.

Les CHT, nouvel outil de coopération, créées par une convention entre plusieurs établissements hospitaliers publics, permettent ainsi de gérer en commun certaines activités ou fonctions.<sup>6</sup> La convention, préparée par les directeurs d'établissements et les présidents de la commission médicale (CME) de l'établissement, approuvée par les conseils de surveillance ainsi que l'approbation du directeur de l'agence régionale de santé permet la création d'une CHT. Dans cette perspective, l'analyse de la fusion du centre hospitalier départemental (CHD) de la Vendée se justifie à plusieurs titres.

---

<sup>3</sup> LARCHER Gérard, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, les propositions de la commission*, 2008

<sup>4</sup> VALLENCIEN Guy, *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, rapport à la demande du ministre de la Santé, juillet 2008

<sup>5</sup> Décret n°73-935 du 24 septembre 1973 *relatif à la création, à la transformation et à la suppression des établissements d'hospitalisation publics.*

<sup>6</sup> Article L6132-1, CSP

Pour analyser la fusion il est nécessaire de s'intéresser à ce en quoi la fusion a été utile. Pouvait-elle améliorer le service aux usagers, faciliter l'administration et la gestion des hôpitaux ou organiser l'offre ? La question principale reste : pourquoi l'outil juridique de la fusion a-t-il été utilisé au CHD, alors qu'il en existe d'autres ?

Dans un premier temps, la fusion a contribué à la recomposition et au maintien de l'offre de soin sur le territoire.

Ensuite, la fusion a poussé les trois établissements à modifier leur mode d'organisation et de fonctionnement et a permis, par son management, l'acquisition de compétences et de savoir-faire qui seront une plus-value dans le conventionnement des CHT futures.

Enfin, La fusion a eu des conséquences sur l'implication des élus dans la gestion des établissements. L'outil juridique a donné l'opportunité aux pouvoirs publics de s'investir dans l'administration d'un établissement couvrant un grand territoire du département.

La fusion des trois établissements qui constituent aujourd'hui le Centre hospitalier départemental Vendée (CHD) s'est effectuée en 2003. A ce jour, aucun bilan du regroupement des hôpitaux de Luçon et de Montaigu avec le Centre hospitalier de la Roche-sur-Yon n'a été réalisé. Dans la perspective d'une redéfinition du paysage hospitalier fondée sur le projet des Communautés hospitalières de territoire (CHT), il semblait important d'effectuer un bilan des réussites effectives mais aussi des domaines susceptibles d'amélioration, offrant ainsi la possibilité de tracer des perspectives pour le CHD dans le contexte de l'offre de soin vendéenne. Le nouvel établissement ainsi créé devient personne morale de droit public.

Une étude effectuée pour la conférence des présidents de CME<sup>7</sup> relevait que les fusions d'établissements n'apportent pas systématiquement, comme cela est souvent avancé, une réduction des dépenses par la mutualisation des moyens humains et logistiques, mais peuvent générer un coût supérieur. La qualité de la prise en charge du patient semble réellement la source prioritaire de plus-value dans le cadre des fusions d'établissements. L'idée d'une offre d'une meilleure qualité dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques motive aussi la volonté de créer des communautés hospitalières de territoire.

---

<sup>7</sup> Edouard BICHIER (Saumur), Francis FELLINGER (Haguenau), *Restructurations hospitalières publiques*, (1997 – 2004)



Après une étude de la bibliographie (textes, ouvrages), il apparaît que la plupart des fusions s'effectuent en deux temps, la fusion juridique vient souvent dans un temps différent de la fusion pratique, processus semblant caractériser la période de 2003 à 2008 pour le CHD.

La fusion s'entend alors comme un processus d'apprentissage et d'acquisition de compétences dans un environnement fortement changeant. En fusionnant, le CHD sera en mesure de faire face de manière constructive à d'autres formes de restructuration.

L'hypothèse ainsi formulée serait que la démarche de fusion a permis au CHD de conforter sa position dans le maintien de l'hospitalisation publique. Les enseignements tirés par les équipes de l'établissement, grâce à la fusion, représentent un excellent fondement pour s'inscrire dans les stratégies de territorialisation de l'offre de soins. Ce bilan de la fusion vise à la fois la valorisation des forces et des potentiels de l'établissement sans pour autant négliger ses faiblesses.

Fort de l'expérience de la fusion, le directeur général pourrait envisager le conventionnement dans la logique des communautés hospitalières de territoire (CHT). Sur le plan du management, ces acquisitions collectives contribuent pour le directeur à positionner le centre hospitalier dans la recomposition de l'offre de soins sur le territoire. Ces perspectives s'inscrivent dans la perspective des SROS de quatrième génération et la mise en place des agences régionales de santé (ARS) prévue en 2010.

a) *La fusion, un levier de motivation et de dynamisme en Europe : une comparaison avec les fusions en Allemagne*

Bien qu'inspirées des modèles utilisées dans le secteur privé, les fusions hospitalières françaises sont difficilement comparables à celles du secteur industriel, même si les analyses tirées de la littérature présentent un certain intérêt. En tant que binational d'origine allemande, j'ai eu l'opportunité de consulter la littérature allemande dont j'ai tiré quelques exemples qui sont présentés ici.

Le sujet des fusions et acquisitions, sous l'appellation anglaise de « mergers and acquisitions », a été étudié par plusieurs spécialistes étrangers de management des organisations<sup>8</sup>. Plusieurs ouvrages traitent des risques encourus lors des fusions entre établissements de santé mais mettent aussi en exergue les réussites sur le plan

---

<sup>8</sup> JAEGER M., Personalmanagement bei Mergers und Akquisitionen, Edition Luchterhand 2001, 356p. et VON EIFF Wilfried, KLEMANN Ansgar, Unternehmensverbindungen, Edition WIKOM Verlag 2005 575p.

international. Cependant, il n'existe pas de document de référence qui présenterait le déroulement d'une fusion de manière exhaustive.

Les expériences citées plus loin pourraient sensibiliser les autorités de tarification et directeurs d'établissements aux enjeux européens des restructurations hospitalières.

Certes, chaque pays dispose d'une législation et de particularités propres, il n'en demeure pas moins que ces évolutions peuvent enrichir les réflexions sur les restructurations hospitalières françaises passées et futures.

Le système de santé allemand par exemple, dans sa structuration et dans son niveau de dépenses par rapport au produit intérieur brut (PIB), présente de grandes similitudes avec le système français. L'outil juridique de fusion a été utilisé fréquemment en Allemagne, pour mutualiser les moyens et faire face aux stratégies exponentielle des groupes de santé privés.

Le paysage hospitalier allemand a été particulièrement bouleversé par la fusion des deux centres hospitaliers universitaires publics de Giessen et Marburg en 2005 et l'acquisition de l'ensemble par le groupe privé Rhön Klinikum. Cette fusion est considérée par le spécialiste allemand du management d'hôpital, M. Wilfried von Eiff, comme le projet « phare » de l'histoire des établissements de santé en Allemagne<sup>9</sup>.

Sur le fond d'une polémique importante concernant la disparition programmée de l'hospitalisation publique, ce mouvement s'est révélé en Allemagne promoteur d'une dynamique très entrepreneuriale pour remplacer la gestion administrative des hôpitaux publics. Ces évolutions dans la gestion managériale des hôpitaux publics ont permis de faire face à la pression des groupes hospitaliers privés du secteur.

Le conseil de l'Ordre des médecins allemand évaluait en 2008 de 40 à 50 % les hôpitaux susceptibles de privatisation à l'horizon 2020 en Allemagne. Cependant, les hôpitaux publics ont depuis renforcé la logique de fusions et d'acquisitions. L'achat du centre hospitalier de Wolgast par le Centre hospitalier universitaire de Greifswald dans le nord de l'Allemagne s'est réalisé en 2008 pour atteindre 850 lits et obtenir ainsi l'autorisation de porter le titre de CHU<sup>10</sup>.

En France, les motifs de fusions sont variés et multiples. Souvent réalisés pour des raisons financières, des objectifs de rentabilité ou pour l'acquisition de parts de marchés,

---

<sup>9</sup> VON EIFF Wilfried, KLEMANN Ansgar, Unternehmensverbindungen, Edition Wikom Verlag 2005, p 9

<sup>10</sup> Deutsches Ärzteblatt, JACHERTZ, Norbert, Krankenhausfusionen auf Pommerisch, 2008, 105, pp 34-35

elles peuvent aussi répondre à des exigences de sauvetage ou d'extension d'un établissement ou d'une activité sanitaire.

Par ailleurs, d'autres formes juridiques de rapprochement existent comme les groupements de coopération sanitaires (GCS), les fédérations ou syndicats interhospitaliers (SIH). L'utilisation de la fusion marque la volonté de centralisation des décisions sur un territoire plus important. Lors des fusions, la nouvelle entité intègre généralement le patrimoine existant. Agrandir l'établissement pour développer ou maintenir des activités spécifiques, accroître le nombre des salariés et s'étendre sur le territoire peuvent motiver les fusions.

Si, en France, il existe une structure administrative forte de régulation régionale à travers les agences régionales d'hospitalisation (ARH), en Allemagne, la gestion des établissements hospitaliers s'effectue sous la responsabilité des régions (Länder). Leur compétence se limite au financement de l'investissement et leur capacité d'intervention sur les politiques des établissements de santé est assez faible.

Environ 200 caisses d'assurance maladie influencent de manière importante la régulation des soins par la recherche constante d'une offre de soins au meilleur coût. C'est une forme de régulation propre à l'Allemagne.

En France, la perspective de création de CHT est instaurée par la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) ». Leur rôle serait de structurer les activités médicales sur le territoire dans une logique d'efficience.

L'objectif premier des communautés hospitalières de territoire est de prioriser une meilleure réponse des besoins de santé aux logiques de maintien des structures existantes. Le rapprochement entre hôpitaux doit s'effectuer sur la base d'exigences de qualité et de sécurité ainsi que sur la pertinence économique. La logique des CHT vise à éviter les concurrences néfastes et à inciter les établissements au développement d'activités nouvelles. Ainsi le secteur soins de suite et réadaptation (SSR) qui, par la mise en place prochaine de la tarification à l'activité (T2A), pourrait offrir des perspectives de collaborations intéressantes entre établissements publics de santé. Aussi, lorsque la Fédération Hospitalière Privée (FHP) lance une campagne médiatique importante sur les coûts générés par les activités médicales dans les hôpitaux publics, la réflexion s'impose sur un rapprochement des établissements publics, préconisé dans le rapport Larcher<sup>11</sup> pour renforcer l'image de l'hospitalisation publique. La coordination de l'offre de soins apporte des gains d'efficience.

---

<sup>11</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M Gérard Larcher

b) *Les perspectives offertes par une fusion d'établissements*

Chaque fusion présente ses particularités propres sur les plans géographique, politique, historique, culturel, démographique et sociologique, dont le management doit tenir compte dans le processus d'intégration.

A chaque fusion correspond également un apport de compétences, de bonnes pratiques et de savoir-faire. Au cœur de la démarche, se situe l'utilisation des complémentarités dans l'organisation du nouveau groupe fusionné ou de la nouvelle entité constituée.

Le déséquilibre entre les structures existantes, notamment lorsqu'un grand établissement absorbe un plus petit, ne signifie pas que l'établissement accueilli n'est pas en mesure d'apporter des compétences ou du savoir-faire. Pour autant, les documents relatifs à la fusion ne mentionnent pas cette dimension de manière explicite, alors que l'analyse des apports est nécessaire pour mesurer l'impact de l'opération sur les résultats de l'établissement.

L'étude s'intéressera à l'impact de la répartition de l'offre de soins dans le département de la Vendée ainsi que les différentes recompositions hospitalières dans cette région. Après six ans de fusion, le bilan du CHD pourrait porter sur un ensemble d'éléments, mais compte tenu du contexte particulièrement riche des années 2000 en matière législative, notamment le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité (T2A) et la réduction du temps de travail de 39 à 35 heures et la réforme de la gouvernance, il devient hasardeux de proposer des comparaisons entre « l'avant et l'après-fusion ». Certaines comparaisons de situations avant et après la fusion ne semblent pas particulièrement pertinentes.

Après avoir présenté le contexte, l'origine, les raisons de la fusion imposée par l'ARH et une comparaison avec l'Allemagne, il paraît pertinent de se demander quels étaient les atouts et les insuffisances d'une telle démarche. Après six ans de fusion et malgré les obstacles rencontrés pour établir un bilan détaillé des apports et des imperfections du dispositif, il apparaît que cette restructuration a permis d'ancrer solidement le CHD dans son environnement. Les perspectives offertes sont désormais très réelles, qu'il s'agisse d'échanges de savoir-faire, des gains d'efficacité, de coopération médicale ou de désertification de l'offre de soins. Pour autant, la mise en œuvre du dispositif sans qu'il soit conçu autour d'un projet stratifié décliné en objectifs précis conduit à un constat d'immaturation. Le CHD a signé de nombreuses conventions, souvent bilatérales, de coopération avec d'autres centres hospitaliers. Les conventionnements pourraient gagner en puissance par la coordination départementale de ce dispositif. L'écriture cependant du

projet d'établissement et la dynamique implicite des équipes devraient combler ce manque.

Présenté dans son contexte particulier et son environnement socio-économique, la fusion du CHD sera abordée comme un dispositif incitatif, qui invite à la transformation **(I)**. Les évolutions fortes issues de cette démarche renforcent une culture d'établissement **(II)**. Enfin, la restructuration réussie soutient l'établissement dans la recomposition territoriale en cours **(III)**.

L'analyse du rôle de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) dans le processus de fusion et dans la recomposition de l'offre de soins sur le territoire permettra de comprendre la complexité de la fusion sur le plan institutionnel.

Le dispositif représente un défi pour l'équipe de direction qui doit reconsidérer les organisations et les effectifs<sup>12</sup>. Le modèle de l'organisation qualifiante et apprenante, issu de la science de gestion, sera utilisé pour appréhender et illustrer le développement des compétences au sein de l'établissement. Les sciences de gestion emploient parfois le concept « d'entreprise » pour analyser les organisations. De même, les débats autour de la loi HPST portaient sur la qualification des établissements de santé en tant qu'entreprise. Madame la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot affirmait que les hôpitaux ne pouvaient pas être des entreprises<sup>13</sup> lors de la présentation de la loi. L'utilisation du modèle de l'entreprise permettra d'analyser les organisations et les formes de management lors de la fusion.

Comment la fusion a-t-elle rendu le centre hospitalier départemental de la Vendée plus attractif pour la population et quelles en sont les retombées concrètes ?

La méthodologie employée a consisté à analyser de nombreux documents. J'ai mené des entretiens avec des personnes ressources. En comparant avec d'autres établissements de santé de Vendée, j'ai pu extraire les principaux éléments qui constituent actuellement les points forts de l'établissement et les perspectives d'amélioration.

---

<sup>12</sup> LE Philippe, L'organisation apprenante : vers une conception plus humaniste de l'organisation, LARGO, Université d'Angers

<sup>13</sup> Discours de Mme Bachelot, ministre de la Santé à l'EHESP, le 27 octobre 2008, à Rennes

## **I La fusion, un dispositif fortement incitatif qui invite à la transformation**

En 2001, l'ARH de la région Pays-de-la-Loire a justifié la fusion par le besoin de stabiliser l'offre de soins vendéenne. Le territoire était découpé en quatre parties. Deux établissements publics envisageaient un rapprochement avec une clinique privée sur la même commune (Fontenay-le-Comte et Les Sables d'Olonne). Sur les deux territoires restants, les établissements publics pouvaient fusionner avec des hôpitaux de proximité. Pour le territoire de la Roche-sur-Yon, le directeur de l'ARH soulignait les difficultés du centre hospitalier de Luçon, considéré en « situation de survie »<sup>14</sup>. Les difficultés de maintien des activités chirurgicales, d'urgence et d'anesthésie-réanimation, une situation financière dégradée, incitaient à favoriser la fusion avec le centre hospitalier de la Roche-sur-Yon.

### **A) De multiples orientations, un objectif commun**

L'on peut s'interroger sur les raisons qui ont poussé l'autorité de tutelle à envisager la fusion des établissements de La Roche-sur-Yon et de Luçon alors que d'autres moyens de coopération hospitalière pouvaient exister.

#### **a) L'objectif de la fusion, une proposition née de la difficile situation d'un hôpital**

L'ARH devait revoir l'organisation de l'offre sanitaire du département. L'ancien directeur de l'agence exprimait le sentiment que chaque intervention de l'Etat dans le département de la Vendée était perçu comme ayant un caractère invasif. A cette époque, il lui fallait tenir compte d'une opposition soutenue du président du conseil général (PCG) face aux affaires sanitaires.

Le contexte politique contrasté a peut-être contribué à choisir un dispositif qui tenait compte des difficultés des établissements concernés à l'époque, sans véritablement proposer une organisation territoriale ambitieuse et coordonnée, intégrant l'ensemble des

---

<sup>14</sup> Rapport DHOS des docteurs Rouleau et Halimi, mission d'étude sur le CH de Luçon

centres hospitaliers du territoire. L'ancien directeur de l'ARH souligne le manque de collaboration politique sur le territoire de la Vendée.

Dans un département prédisposé à former un seul territoire de santé, compte tenu de la place centrale occupée par le centre hospitalier de recours, l'ARH a favorisé une territorialisation de la santé en divisant le territoire alors que la géographie du département pouvait offrir des perspectives plus recherchées. L'ancien directeur de l'ARH reconnaît que le niveau de graduation des soins dans le département imaginé dans le cadre de SROS n'était pas atteint.<sup>15</sup> Le bassin de desserte de l'hôpital de recours devrait déterminer le territoire de santé. Finalement le territoire était découpé en quatre territoires en raison de présence de plateau technique, ce qui ne favorisait pas les liens entre les centres hospitaliers.

Compte tenu des caractéristiques très différentes des établissements, pouvait-on considérer la réunion des établissements comme une fusion, une intégration ou une absorption ?

La notion de fusion renvoie à des partenaires relativement équitables qui, en mobilisant et en mutualisant leurs moyens et compétences, trouvent un intérêt à constituer une entité juridique unique. En revanche, l'intégration est un processus dans lequel une entité devient membre d'une nouvelle entité, mais les rapports de force sont différents entre les membres.

En vocabulaire « économique », absorber peut signifier la prise de contrôle d'un établissement par un autre. Ce processus est caractérisé par une notion d'anéantissement par un partenaire fort.

Il fallait donc imaginer une solution de gestion qui corresponde à la complexité de l'opération, tout en maintenant l'évolution des activités, notamment sur le plan médical. La période de fonctionnement en intérim du directeur général constituait pour le directeur de l'ARH un palier lui permettant d'envisager cette fusion.

Utiliser les moyens et compétences internes et, surtout, adopter un mode de communication clair s'imposait, tant pour les agents que pour les usagers. Dans le processus opérationnel, l'utilisation de la notion de fusion a été à la fois respectueuse des acteurs et du contexte législatif. Le choix retenu de la fusion a finalement permis de dissoudre les difficultés apparentes de l'un des établissements en l'intégrant à la nouvelle entité juridique.

---

<sup>15</sup> Entretien avec Monsieur Benoît Péricard, ancien directeur de l'ARH Pays de la Loire du 3 septembre 2009

## **b) Les expériences attestent d'une multiplicité de situations**

Plusieurs études traitent de recompositions hospitalières en France durant les 10 à 12 dernières années.<sup>16</sup> L'analyse des recompositions hospitalières entre 1995 et 2005 indique que sur les 2067 établissements hospitaliers français, 1251 établissements ont participé à l'une des 1146 actions de recomposition, incluant à la fois le secteur privé et public. Les recompositions peuvent impliquer un seul établissement avec la fermeture ou la réduction significative des capacités, des conversions ou des extensions importantes. Les fermetures ne concernent que 199 établissements de petite taille de moins de 50 lits, appartenant essentiellement au secteur privé lucratif.

Les autres établissements ont connu des opérations de partenariat comportant une fusion, un regroupement ou un partage des activités. Les fusions ne concernent globalement que 158 recompositions, soit 14% de recompositions hospitalières publiques. Selon l'étude de la société Dexia, les recompositions concernent en premier lieu les structures privées lucratives. Les établissements publics, qui ne représentent que 34%, sont moins concernés.

Les deux secteurs se distinguent également par le caractère des recompositions qui présentent un caractère offensif, stratégique ou partenarial dans les établissements privés, alors qu'elles sont plus progressives, lentes et parfois contraintes dans les établissements publics. L'évolution des « Nouvelles cliniques nantaises », établissement issu de la fusion de plusieurs cliniques privées nantaises à but lucratif depuis 2004, illustre cette capacité rapide de développement. En revanche, les coopérations privé/public en Vendée présentent des particularités. Le directeur du centre hospitalier des Sables d'Olonne témoigne de cette complexité. La coopération se réalise sur le plan juridique sur la base de cinq GCS et un groupement d'intérêt économique (GIE)<sup>17</sup>. L'un des GCS concernant les anesthésistes est transitoire en attendant l'intégration dans les bâtiments du nouveau pôle de santé. A Fontenay-le-Comte, les GCS représentent le fondement juridique des organisations communes avec la clinique. Un GCS sur la pharmacie n'a pas abouti par le refus de la clinique.

Les fusions entre établissements privés s'effectuent auprès de structures existantes depuis longtemps qui arrêtent leur décision dans le but d'augmenter leur capacité pour se

---

<sup>16</sup> HASS Sandrine, VIGNERON Emmanuel, 10 ans de recomposition hospitalières en France, rapport DEXIA, janvier 2009 et BICHIER Edouard, FELLINGER Francis, Fermetures de chirurgies et maternités publiques Bilan et prospective, gestion hospitalières, novembre 2008

<sup>17</sup> Régie par l'article L251-1 et suivants du code de commerce



maintenir sur le marché, alors que les établissements publics fusionnent pour des raisons plus défensives entre établissements vulnérables, partageant autant de difficultés que d'atouts.

Si le secteur privé s'est appuyé sur des recompositions afin d'atteindre des niveaux de concentration géographique satisfaisants et une spécialisation, particulièrement en chirurgie, le secteur public satisfait également à une gamme importante de soins en reposant sur une organisation essentiellement territoriale.

## **B) Un processus complexe qui impacte fortement l'environnement**

L'ARH dispose d'instruments juridiques et financiers particulièrement efficaces lorsqu'il s'agit d'inciter les établissements à fusionner. En conséquence, les établissements de santé sont soumis aux règles de la planification des activités prévues dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). C'est la commission exécutive (COMEX) de l'ARH qui décide d'une fusion, d'où son caractère unilatéral et contraignant.

Confrontés aux difficultés financières rencontrées par les établissements de Montaigu et de Luçon, les administrateurs connaissaient la portée des instruments utilisés par l'ARH pour imposer la fusion. A l'issue des délibérations des conseils d'administration, le directeur d'établissement, chargé de l'exécution des décisions, a dû mettre en œuvre la politique définie et approuvée par le directeur de l'ARH.

### **a) Une gouvernance affirmée qui initie le changement**

Le directeur général a également la charge de la conduite générale de l'établissement. A ce titre, il lui fallait imaginer, avec l'équipe de direction, les modalités d'organisation nécessaires à la réalisation de la fusion. Dans un environnement très contraint, le directeur général a convaincu ses collaborateurs de rester dans une position active, dynamique et opérationnelle.

Les démarches entreprises à partir de l'annonce de la fusion illustrent la capacité du directeur à entraîner les équipes, qu'elles soient administratives, médicales, soignantes ou médico-techniques dans une démarche volontariste, alors que certains agents n'étaient pas convaincus des bénéfices qui pourraient en découler.

La commission exécutive de l'ARH réunit des représentants de l'État et de l'assurance maladie. Elle a une voix délibérative à propos du SROS. Lors de la session du 29 octobre 2001, elle a décidé les restructurations des établissements de santé en Vendée.

Dans son courrier du 7 décembre 2001, l'ARH fixe les orientations à court et moyen terme, concernant la répartition de l'organisation des soins sur le territoire de Vendée, dans le cadre des prévisions de renouvellement des autorisations.

La commission exécutive de l'ARH a décidé d'une part, les propositions de fusion en séance du 29 octobre 2001. D'autre part, elle a adressé un courrier d'orientation aux établissements le 7 décembre 2001. Conformément à l'article L.6122-15 du code de la santé publique (CSP), l'ARH demandait aux présidents des conseils d'administration (CA), de délibérer dans un délai de trois mois afin de considérer la création d'un nouvel établissement, regroupant le centre hospitalier de Luçon et celui de la Roche-sur-Yon. La délibération de chaque CA a eu lieu dans le délai proposé par l'ARH. Les représentants du personnel se sont prononcés contre la fusion.

Le CSP précise la compétence du directeur de l'ARH. Sous réserve d'une demande motivée, il peut prendre les décisions appropriées tendant à la création d'un groupement de coopération sanitaire. La possibilité de créer des GCS doit respecter le principe d'adaptation du système hospitalier aux besoins de la population visant à préserver la qualité de l'offre de soins au meilleur coût, dans l'intérêt des patients. Les GCS représentent dans ce sens un procédé de coopération, que les ARH et ARS sont en mesure d'imposer aux établissements publics de santé.

En outre, le courrier préconisait la constitution d'une « équipe projet » étudiant la faisabilité d'une coopération entre l'établissement fusionné et le Centre hospitalier de Montaigu, ainsi que le centre hospitalier spécialisé (CHS) Georges Mazurelle situé à la Roche-sur-Yon.

Cette équipe projet devait présenter les aspects médicaux, administratifs et juridiques de l'organisation avant le 30 septembre 2002, afin d'intégrer ses préconisations dans le CPOM également en cours de préparation en 2002.

Bien que l'intégration du centre hospitalier de Montaigu ait déjà été prévue à moyen terme, l'établissement, après le vote favorable du Conseil d'administration, décidait de devancer la démarche de fusion avec le CHD en s'y associant dès 2002. L'arrêté du directeur de l'ARH daté du 19 juillet 2002 portait sur la création d'un nouvel établissement public de santé et actait par là même la fusion. Si la fusion administrative s'est réalisée dans l'année, il n'en demeure pas moins que le processus aura réellement duré 6 ans.

## **b) Une impulsion forte donnée au développement sanitaire du territoire vendéen**

Pour soutenir son argumentation au plan départemental, la COMEX invoquait la stabilisation de l'offre de soins vendéenne et l'organisation d'un pôle central, « pivot de l'organisation sanitaire vendéenne »<sup>18</sup>. Sur le long terme, soit environ dix ans, l'ensemble du secteur sanitaire devait tendre vers des évolutions intégrant l'ensemble des établissements hospitaliers publics de Vendée.

Ainsi, le rapprochement entre le centre hospitalier de Fontenay-le-Comte et de Niort, celui du centre hospitalier intercommunal de Challans-Machecoul<sup>19</sup> avec le CHU de Nantes, mais également la réalisation d'un projet médical commun entre le centre hospitalier des Sables d'Olonne et la clinique Val d'Olonne ont été favorisés par l'ARH.

Pour aboutir au découpage du territoire, le directeur de l'ARH a été l'un des seuls à utiliser un outil hospitalier, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce programme lui a permis de hiérarchiser les besoins de la population en comparant les données d'admission des établissements de proximité. Il a ainsi sélectionné des données du type « classification ascendante »<sup>20</sup>.

Le territoire ainsi hiérarchisé, cela permettait d'évaluer où la population s'adressait en première, deuxième et troisième intention. La région des Pays-de-Loire, en comparaison avec d'autres régions, a accordé un poids plus important à la chirurgie, considérée comme activité très structurante dans la recomposition. Fixer cette priorité permettait de favoriser la chirurgie publique du CHD.

Trois territoires de santé de proximité présentent une démographie caractérisée par une part très élevée de personnes âgées de plus de 75 ans: 7,6 % pour La Roche-sur-Yon, 10,3 % pour celui de Fontenay et 9,5 % pour celui de Challans et 12% pour le territoire des Sables. Cette situation s'explique par le fait que de nombreuses personnes s'installent en Vendée après avoir pris leur retraite. Les territoires de la Roche-sur-Yon, des Sables d'Olonne et de Challans connaissent une croissance démographique plus importante et fortement corrélée, pour deux d'entre eux, au mouvement migratoire de retraités par l'attractivité du littoral (Challans, Les Sables).

A l'horizon 2010, les projections démographiques annoncent un pourcentage d'évolution de 2,7 % pour l'ensemble du territoire de recours mais un accroissement de 18,7 % pour

---

<sup>18</sup> Courrier de l'ARH Pays-de-la-Loire du 7 décembre 2001

<sup>19</sup> Devenu centre hospitalier Loire Vendée Océan

<sup>20</sup> IRDES Document de travail Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification mai 2008

les plus de 75 ans. Par territoire, l'évolution est de 2,9 % pour La Roche mais une augmentation de 17,7 % pour les plus de 75 ans.

Le nombre des personnes atteignant l'âge de 75 ans dans le département selon les chiffres de l'ORS et l'INSEE des Pays de la Loire.<sup>21</sup>:

année	1999	2010	2015	2030
estimations	17354	22838	24980	39340

L'augmentation importante et les prévisions démographiques mettent en lumière les besoins sanitaires des personnes âgées. Par ailleurs, au sein de la région Pays-de-Loire, la Vendée a connu la plus forte croissance de population entre 1999 et 2005. Elle est de 1,4% par an, le double de l'augmentation de la population sur le plan national.<sup>22</sup>

### c) Une activité saisonnière soutenue par le tourisme

La Vendée est l'un des départements qui connaît la plus forte attractivité touristique. La population y est deux fois plus importante pendant la période estivale. L'attractivité saisonnière sur la côte se traduit par le quadruplement de la population du territoire des Sables et de Challans de mai à septembre. L'afflux saisonnier a pour effet une sollicitation des structures hospitalières plus importante durant la période estivale et plus particulièrement des établissements de proximité du littoral, mais il génère aussi un accroissement des sollicitations au niveau de la régulation médicale et des urgences.

L'activité de réception et de régulation des appels, associant le centre 15 et la régulation libérale dans les locaux du service d'accueil médicale d'urgence (SAMU), doit faire face, durant l'été, à une forte croissance. On observe une augmentation quotidienne de 43 % en juillet et en août par rapport aux autres périodes. 380 sollicitations pour avis médical sont ainsi traitées en moyenne chaque jour en juillet-août, contre 260 pour les autres mois de l'année.<sup>23</sup>

Le territoire se caractérise également par un développement économique départemental relativement atypique, notamment la forte présence de petites et moyennes entreprises (PME) et particulièrement d'entreprises patrimoniales. L'ancrage local très fort a imprégné les relations sociales internes aux entreprises, caractérisées par la négociation et la culture du compromis.

---

<sup>21</sup> Données issues du SROS III, ARH Pays de la Loire, [www.parthage.santé.gouv.fr](http://www.parthage.santé.gouv.fr)

<sup>22</sup> Population, fiche thématique, ORS des Pays de la Loire juin 2007

<sup>23</sup> *Impact de l'afflux estival en Vendée*, Observatoire régional de santé des Pays-de-la-Loire, direction départementale des affaires sanitaires et sociales, mai 2008

Le taux de chômage de la Vendée de 7,3 % est inférieur à la moyenne nationale de 8,5% sur le premier trimestre 2009.<sup>24</sup>

Sont également implantés sur la commune de la Roche-sur-Yon, la « Clinique Saint-Charles » qui appartient au groupe privé lucratif Holding hôtelier hospitalier (3H), le Centre hospitalier spécialisé (CHS), l'association hospitalisation à domicile (HAD) Vendée et deux centres d'hémodialyse. La clinique privée à but lucratif dispose de 182 lits et places, de médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite. Le constat d'une offre de soins très faible en Vendée, et notamment le déficit de médecine libérale spécialisée, peut expliquer la faible concurrence entre les établissements de La Roche-sur-Yon.

La qualité des relations entretenues entre les deux établissements sont pour le président du groupe 3H (Holding Hôtelier Hospitalier) l'illustration d'un bon positionnement de chaque établissement dans la logique de filière de soins dans l'intérêt du patient.<sup>25</sup>

#### **d) La gestion au CHD, contexte propice à l'exercice d'une nouvelle culture managériale**

Si l'image du centre hospitalier départemental de Vendée peut être considérée comme renforcée actuellement, il n'en demeure pas moins que la fusion des trois établissements représentait un défi particulier pour la direction, la communauté médicale et les équipes de professionnels.

La présentation rapide des trois établissements permet d'apercevoir la difficulté de concordance entre les structures sur le plan organisationnel.

Le Centre Hospitalier Départemental (CHD) la Roche-sur-Yon - Luçon - Montaigu est un établissement public de santé multisites qui dispose en 2009 de 1 538 lits et places. La dénomination « départemental » traduit la cession de l'établissement au département par ordonnance royale en 1819 et par la mutation en 1949 de la personnalité juridique distincte du département. L'hôpital de la Roche-sur-Yon devient ainsi un établissement public départemental.

Le centre hospitalier actuel, installé sur le site des Oudairies, a ouvert ses portes en 1977 avec une capacité de 692 lits et places et regroupe l'ensemble des disciplines de court séjour et les activités médico-techniques. Le département garde la tutelle de cet établissement et c'est le maire de la commune de Montaigu, en tant que représentant du

---

<sup>24</sup>INSEE, *Taux de chômage localisés trimestriels par département*, 2009

<sup>25</sup> Entretien avec Monsieur Folzer, le 27 août 2009

président du Conseil Général, qui préside le Conseil d'Administration. L'installation des activités de soins de suite et de longue durée sur le même site porte le nombre de lits à La Roche-sur-Yon à 861 lits. Les services d'hospitalisation regroupent la plupart des disciplines de court séjour.

L'établissement dispose d'un plateau technique complet<sup>26</sup>. Ce plateau technique est complété par un service de radiothérapie comptant trois accélérateurs de particules. L'activité de radiothérapie est particulièrement soutenue (21442 séances en 2008)<sup>27</sup> et une capacité de progression envisagée en 2009. Le nombre de 6855 séances de chimiothérapie pour tumeurs est également représentatif d'une activité importante au sein du pôle regroupant la cancérologie, l'imagerie et la réanimation.

Le nombre de séjours d'hospitalisation exprimé en résumé de sortie standardisé (RSS) s'élève à 49789 en 2008 sur l'ensemble des trois sites, dont 44 026 pour le site de la Roche-sur-Yon. Le chiffre des RSS reste relativement stable depuis 2003, dont le nombre était de 48027 venues. Les séances ont progressé de 36.323 à 39.826 de 2003, année de la fusion à 2008. Cette progression est à relativiser compte tenu des changements d'équipements, cependant il faut noter la progression de cette activité.

L'équipement medico-technique et le recrutement de nouveaux praticiens ont contribué à cette évolution.

Les consultations externes progressent chaque année entre 4 et 5%. (Elles sont passées de 141656 en 2002 à 186810 en 2008).<sup>28</sup> La progression est particulièrement importante dans l'imagerie radio-isotopique. On comptabilise 4801 examens en 2008 soit une augmentation de l'activité de 26 % par rapport à 2007. Le nombre d'endoscopies digestives passe à 4668 actes en 2008 soit une évolution de 31%. Ces données illustrent le dynamisme des activités médicales du CHD.

Plus de la moitié des patients sont originaires de l'arrondissement de la Roche-sur-Yon (56 %), la grande majorité (95 %) provenant du département de la Vendée.

---

<sup>26</sup> 4 blocs opératoires : urgences, obstétrique, gynécologie-obstétrique et central comprenant 21 salles au total. L'imagerie est équipée de 12 salles comprenant des unités d'imagerie conventionnelle, d'imagerie interventionnelle, de scanographie, d'IRM et d'échographie, d'imagerie isotopique et d'une unité d'électroencéphalographie

<sup>27</sup> Rapport d'activité CHD 2008

<sup>28</sup> idem

### **e) Le centre hospitalier de Montaigu, établissement restructuré avant la fusion**

L'hôpital de Montaigu dispose aujourd'hui de 208 lits et places. Depuis la fermeture de la maternité et des activités chirurgicales en 1998 et 2000, l'établissement est un hôpital de proximité proposant des services de médecine polyvalente, de soins de suite, de soins de longue durée, d'un centre périnatal de proximité et d'un service Urgences / Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Pour éviter l'isolement de Montaigu, le maire de la commune rapporte que les élus souhaitaient renforcer l'attractivité du centre hospitalier de Montaigu par la fusion. Doté d'un budget relativement équilibré, l'intérêt de la fusion n'était pas financier pour le centre hospitalier de Montaigu, mais animé par le souhait d'entrer dans une stratégie d'offre de soins sur le territoire. Ainsi, il était possible de maintenir des activités de médecine libérale sur le plan local.

Pour le président du conseil d'administration, l'adaptation de l'offre de soins devait conforter les hôpitaux de proximité, produire la même attractivité au niveau des recrutements, le même niveau de qualité des praticiens, les processus identiques et la même mise en place des réseaux de consultations avancées.

### **f) La situation préoccupante du budget du centre hospitalier de Luçon**

Le site de Luçon possède en 2009 une capacité de 415 lits et places, dont 60 lits et 3 places en médecine polyvalente et gériatrique, 63 lits et 6 places en rééducation fonctionnelle, 15 lits en addictologie, 29 lits en soins de suite et une unité d'anesthésie – chirurgie ambulatoire de 5 places.

Le secteur d'hébergement comporte 194 lits pour personnes âgées et 40 lits pour adultes handicapés.

Le plateau technique est composé d'une antenne SMUR, d'un service d'accueil d'urgences, d'un bloc opératoire de trois salles, d'un service d'imagerie complet, d'un laboratoire de biologie médicale, d'une pharmacie à usage interne et d'un secteur de consultations médicales, chirurgicales et de gynécologie-obstétrique et le centre de périnatalité de proximité.

La fusion de 2003 a conduit au transfert de la chirurgie en hospitalisation complète sur le site de la Roche-sur-Yon. L'activité d'anesthésie et chirurgie ambulatoire, correspondant principalement aux endoscopies digestives, diagnostiques et thérapeutiques et l'activité des chambres implantables est maintenu. L'activité des blocs de Luçon ne représente cependant que 4% de l'activité chirurgicale de l'ensemble du CHD.

Un rapport commandé par l'ARH en mars 2009 conclut au manque d'efficience du plateau technique de Luçon et s'interroge sur son maintien au sens économique du terme. La fusion représente pour Luçon, dont les équipes et les usagers ont été très opposés, une perte d'activités au profit du site principal. La décision de poursuivre les activités chirurgicales sur ce site est complexe. Elle répond partiellement à un besoin de la population, permet d'utiliser les locaux rénovés et peut représenter un point potentiel de développement d'activités spécialisées.

Le représentant de la confédération générale du travail (CGT) met en exergue l'incohérence des décisions à propos de Luçon. Le service imagerie a bénéficié des équipements alors que le maintien de l'activité est en question et la poursuite des activités de chirurgie suscite des interrogations.

#### **g) Le management complexe de la situation financière des établissements**

Les services de l'ARH avaient demandé un rapport d'expertise budgétaire et financière en 2004. L'étude faisait état de la situation des trois établissements ainsi que de l'établissement fusionné. Le rapport constatait une évolution de l'activité au CHD bien supérieur à la moyenne de l'augmentation de l'activité des centres hospitaliers de la région.

Le manque de suivi de l'activité par la dotation globale a généré des insuffisances de financements de l'ordre de 7 millions d'euros. Pour retrouver une situation d'équilibre budgétaire, l'ARH proposait un échelonnement de crédits sur quatre ans de l'ordre de 10,5 M€. Ce financement impliquait l'engagement du CHD à réaliser une économie d'1M€ dans le cadre de la fusion avec les deux centres hospitaliers.

Le CH de Luçon était confronté à une baisse importante de son activité par la suppression de la maternité et par la diminution de l'activité chirurgicale. La dotation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), était très supérieure à la moyenne régionale. La situation financière était très dégradée avec un déficit cumulé de 2,1M€ et une trésorerie négative. L'activité est en baisse significative sur ce site, en comparaison avec les centres hospitaliers de la région. Cette diminution n'est pas répercutée sur les dépenses.

Une augmentation de 5,5% pour les dépenses de personnel entre 2000 et 2002 est constatée, comme les frais de gestion générale augmentant de 15% sur la même période. Sous dotation globale, l'écart entre enveloppe utilisée et autorisée est de 1,6M€ complété par un passif de 2,1M€. Compte tenu de la taille de l'établissement et les « dérapages dans le fonctionnement », comme une durée moyenne de séjour particulièrement élevée,



l'absorption du déficit semblait complexe sans l'aide des autorités de tutelles. L'intégration du centre hospitalier dans un grand ensemble permettait aussi de résoudre les problèmes de gestion au sein de l'établissement.

Pour le CH de Montaigu, l'activité était en progression pour les activités non-chirurgicales, ce qui compensait la suppression de la maternité et de la chirurgie. La situation financière était équilibrée, avec un léger excédent en 2002 de 0,2M€.

La situation des établissements fusionnés à partir du 1er janvier 2003 présentait un accroissement de l'écart de base et une dégradation du passif à 8,3M€, compte tenu de la situation de Luçon. L'accroissement de l'activité supérieure à l'activité des établissements de la région en 2003 est constaté plus particulièrement pour le site de la Roche-sur-Yon. L'ARH attribue, dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), une enveloppe de 7,5M€ destinée à l'apurement du passif des établissements et conditionnée par un retour à l'équilibre. Cet apport améliore le passif qui se réduit à 1,5M€ à fin 2004.

## **II Les évolutions fortes qui créent une culture managériale**

L'organisation matérialise un équilibre entre l'évolution des logiques structurelles et les hommes qui les animent. Sur le plan de la gestion, certaines notions aident à comprendre les mécanismes de la fusion. La distinction entre structure et organisation, par exemple, apporte un premier éclairage. Les deux notions peuvent être comprises comme des représentations. Le concept de structure indique l'existence d'une base nécessaire à la cohésion de l'organisation. Elle exprime les principes de base en matière de hiérarchie et de coordination. La définition de l'organisation est très complexe. L'interrogation porte sur ce qui est perceptible de l'organisation, *stricto sensu*, et ce que sont les contours d'une représentation. La science de gestion se réfère aux modèles qui sont la représentation d'une réalité. La modélisation permet de décoder les organisations en place

### **A) Les changements sur le plan managérial**

Dans le cas du processus de fusion de ces trois hôpitaux, sur le plan interne, il faut distinguer entre la structure, représentée par un système hiérarchisé et coordonné, et l'organisation. L'organisation doit s'assurer que le fonctionnement suit le sens indiqué par la structure. L'organigramme est l'outil utilisé pour visualiser les relations entre acteurs au sein de l'établissement. Il est présenté chaque année au sein du rapport d'activité de l'établissement.

#### **a) Une restructuration qui intervient dans un environnement législatif mouvant**

L'analyse de la fusion entre 2002 et 2008 doit aussi tenir compte des réformes hospitalières qui sont intervenues entre la fusion et aujourd'hui. La tarification à l'activité (T2A), la nouvelle gouvernance et le passage à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (RTT) semblent les points les plus marquants des changements intervenus en cours de fusion.

Chaque modification législative ou de gestion entraînait un changement des organisations au sein du CHD. Le management a dû s'adapter aux situations particulières et ajuster la gestion des hommes et des femmes dans un contexte complexe. La capacité d'adaptation et le caractère visionnaire du développement des activités du CHD représentaient un défi pour les acteurs afin de réussir la recombinaison hospitalière.

La forme de management utilisée durant la fusion peut être définie comme « organisation qualifiante ». Ce type d'organisation peut être caractérisé comme la volonté de fonder un modèle permettant de faire face à l'ensemble des situations qui se présentent. Cette

conception intègre une stratégie de communication sur les objectifs de performance et d'évaluation. Pour accompagner les changements, le développement d'un espace autonome d'explicitation du projet est nécessaire. Aussi, la stratégie de l'entreprise doit tenir compte de la confiance qu'elle met dans la compétence professionnelle de chaque acteur. Ce dernier point doit être une préoccupation majeure pour le directeur afin de permettre aux collaborateurs directs et aux agents de s'investir dans les démarches d'amélioration. Il s'appuie sur leur savoir-faire et sur leur engagement collectif. Cet apprentissage individuel et collectif à travers la gestion des différents événements, intervenus dans le processus de la fusion, donne aux acteurs la capacité de réactivité et d'anticipation. Associer les représentants du personnel aux réunions de négociation avec les autorités de tarification est une autre manière de manifester sa confiance. Cette démarche donne à chacun une meilleure appréciation des enjeux de la fusion et institue un climat social de confiance malgré des négociations internes qui peuvent être complexes.

Un indicateur de réussite de ce management réside dans la pertinence des indicateurs de qualité reconnue dans les résultats de la certification V2 et à travers les classements des hôpitaux. Dans la presse, le CHD Vendée est classé en 11<sup>e</sup> position des hôpitaux les plus sûrs sur un échantillon de 223 centres hospitaliers d'une capacité supérieure à 300 lits. La dynamique de la certification V2010 devrait confirmer ce bon niveau de qualité. La prise des responsabilités, dans chaque secteur d'activité, est fortement sollicitée dans cette forme d'organisation dite qualifiante. La collaboration entre les agents, dont la complémentarité est unanimement jugée nécessaire, confère aux équipes l'initiative d'élaborer de nouveaux objectifs de qualité et de performance. Dans ce cadre, l'organisation qualifiante permet aux agents de faire des choix et de proposer des améliorations de l'organisation du travail. Ces compétences de mobilisation de différentes ressources dans l'amélioration réelle de la qualité constituent un moteur déterminant de mobilisation au sein de l'établissement. La recomposition du CHD modifiait les modes d'organisation dans un établissement grandissant avec une complexité structurelle supérieure. Cependant le processus de fusion reste long pour le CHD, ce qui demeure caractéristique aux recompositions du secteur public.

## **b) Le déroulement de la fusion sur le plan de la gestion**

D'une part, deux périodes distinctes ont généré des situations différentes. Avant décembre 2002, un plan de gestion du personnel a été élaboré. Le directeur général en a d'ailleurs informé le directeur de l'ARH. L'harmonisation des pratiques était au cœur des changements et le directeur résumait les négociations sur la gestion des ressources

humaines (GRH), plus particulièrement avec les représentants du personnel depuis le 18 juin 2002. En l'occurrence, dans une situation de ce type, le directeur est responsable des décisions de gestion et doit en informer les autorités de tarification. Il s'agit, notamment, de la gestion des ressources humaines, des relations avec les partenaires sociaux et des incidences financières de ces décisions.

D'autre part, les projets concernant les directions fonctionnelles autres que la DRH ainsi que le projet d'établissement ont été construits et rédigés bien après la fusion. Le système d'information du nouvel établissement a rapidement été modifié. Les sites possédaient un schéma informatique obsolète et ont adopté directement le schéma du centre hospitalier de la Roche-sur-Yon.

### **Tous les domaines de la gestion sont abordés**

Selon le directeur des ressources humaines, la négociation du CPOM avec l'ARH s'est déroulée dans une situation financière difficile. La dotation ne correspondait plus aux besoins générés par l'activité exponentielle au CHD et représentait un objet de discussion avec l'ARH. Six mois de négociation ont été nécessaires pour parvenir à justifier l'activité. Compte tenu de la spécificité démographique, de la qualité, de la confiance des patients, de la bonne collaboration et de la reconnaissance du CHU de Nantes ainsi que du développement de la cancérologie en Vendée, l'activité du CHD progressait de manière très importante.

La gestion du quotidien n'a pas été simple non plus en 2003, du fait de la fusion. En début d'année, répartir les missions au sein de la nouvelle équipe de direction a fait ressortir le fait que les objectifs communs n'étaient pas explicitement communiqués. Chaque directeur devait trouver son mode d'articulation entre les directions fonctionnelles et ceux des sites. Une attention particulière est portée à la communication interne à travers un mensuel « Brèves hospitalières » devenu un journal interne multisites. Le fonctionnement de la paie représentait une autre source de préoccupation. La négociation des contrats d'assurance, l'organisation des transports sanitaires, devenue désormais transport interne du CHD, mais aussi la reprise des stocks nécessitait des adaptations constantes. La venue du ministre de la Santé, Monsieur Jean-François MATTEI, fin janvier 2003, représentait un autre défi à relever pour le nouveau centre hospitalier. Le ministre annonçait lors de cette visite que le CHD était retenu pour participer à l'expérimentation des systèmes d'information permettant la tarification à l'activité. Dans la

dynamique de la fusion, le directeur général souhaitait également constituer un groupe de travail pour démarrer le schéma directeur du site de La Roche-sur-Yon. Ce schéma directeur reposait sur la dynamique du projet médical.

### **Des projets qui prennent toute leur cohérence**

Le projet médical souligne les difficultés relationnelles existant au sein du corps médical et le manque de dynamique de l'organisation multisites. Si les acteurs internes du CHD, mais aussi les partenaires externes, ont œuvrés avec beaucoup d'investissement et de dévouement, il n'en demeure pas moins que le management nécessitait un toilettage. De ce point de vue, la fusion a favorisé l'aspect financier, au détriment peut-être des équipes. Le premier projet d'établissement est en cours de constitution en 2009. Le projet de soins a été finalisé en 2006. Les services fonctionnels, comme la direction des achats et de la logistique, se sont adaptés constamment aux événements en respectant les objectifs d'efficacité. Cette logique d'adaptation a donc permis au service un développement d'organisation multisites.

Si l'on compare avec le secteur privé, la fusion du CHD n'a pas bénéficié d'apports propres pour l'accompagnement managérial. Elle s'est réalisée grâce à la créativité et à l'innovation des acteurs. Un financement spécifique ou des moyens financiers et humains dédiés à l'accompagnement stratégique pouvaient faciliter la fusion. Les entreprises du secteur privé se dotent souvent de moyens ou d'outils méthodologiques très élaborés pour réaliser les fusions relativement rapides.<sup>29</sup> La politique de moyens mise en œuvre par l'ARH n'était pas particulièrement dédiée au processus de la fusion mais affectée à la réduction des dettes.

Dans ce contexte, l'investissement des acteurs dans le processus de la fusion est particulièrement remarquable, mais la dynamique managériale est différente quand les acteurs possèdent des outils adaptés.

### **A) La gestion des finances et des ressources humaines, une priorité pour soutenir les projets de l'établissement**

Le directeur des ressources humaines détaillait dans un résumé des actions entreprises dans le cadre de la préparation à la fusion. Un plan de travail a été élaboré en juin 2002 et

---

<sup>29</sup> Les dirigeants dans la fusion de BNP et Paribas, par exemple, se sont fixé comme temps d'intégration la durée de 6 jours, 6 semaines et 6 mois

communiqué à l'ARH. Ce texte permet de comprendre la complexité de gestion de l'harmonisation dans le contexte de l'aménagement et de la réduction du temps de travail.

Sur le plan de la DRH, beaucoup de dimensions restaient à harmoniser : la représentativité syndicale, le temps de travail, les rémunérations, les protocoles sur le temps de travail, le nombre des congés annuels, le décompte des congés maladie, les indemnités de nuit, le plan de formation.

L'objectif d'harmonisation visé était de trois ans en 2002, finalement les changements ont été réalisés sur un temps plus long. La mise en place des instances multisites, comme la commission paritaire locale représentait sur le plan symbolique l'unification de la gestion du personnel sur les trois sites, il fallait attendre 2009.

Un avantage indiscutable sur le plan des ressources humaines est le plan de formation. Cette amélioration est mise en valeur par l'ensemble des représentants du personnel rencontrés<sup>30</sup>. Le plan de formation permettait aux agents des trois sites de se connaître et d'échanger sur leurs pratiques. La fusion offrait une gestion des carrières plus large mais aussi plus pointues. La mise en place des stages par comparaison donnait l'opportunité aux agents de connaître les services d'un autre site. L'agrandissement de l'établissement offrait la possibilité d'amélioration des perspectives de carrière pour l'ensemble du personnel.

#### **a) Les ressources financières, priorité de recherche d'équilibre**

La fusion a engendré des dépenses supplémentaires nécessaires à ce processus. Toutefois, l'impact n'a pas été aussi important qu'on aurait pu le présager. L'appui de l'ARH a d'ailleurs été important pour accompagner le CHD.

Les rapports financiers de 2003 à 2007 montrent l'importance de la fusion sur l'équilibre financier. Le rapport financier de l'année 2003, première année de la fusion, fait état des surcoûts générés directement par la fusion tels que les transports sanitaires et l'acquisition de l'équipement informatique. Le rapport de 2004 cite dans les enjeux pour l'année suivante un « *approfondissement de la fusion entre les trois sites, qui relève d'une politique volontariste de tous les jours..* », ce qui sous entend une augmentation des dépenses liées à l'avancée de ce projet.<sup>31</sup> Une importante augmentation des charges contribue au déficit constaté en 2006 de 2M€ et 2007 de 1,1M€. En 2008 cependant, on

---

<sup>30</sup> Entretien avec le représentant de Force ouvrière (FO), de la confédération générale du travail (CGT) et de la confédération française démocratique du travail (CFDT)

<sup>31</sup> Rapport sur les comptes 2004, CHD Vendée

assiste au retour à l'équilibre du CHD qui enregistre un excédant de 1,75M€, l'année où la T2A est appliquée à 100%.

Pour autant, l'impact financier de la fusion a été atténué grâce à l'accompagnement financier de l'ARH. D'une part, elle a proposé un échelonnement de crédit sur quatre ans de l'ordre de 10,5M€ et, d'autre part, un plan de retour à l'équilibre a été engagé. Cet appui a été jugé nécessaire, non seulement au regard de la fusion elle-même, mais aussi devant la situation financière très différente de chacun des trois établissements :

- la Roche-sur-Yon qui dégage un excédent,
- Luçon affiche un déficit de 2M€
- Montaigu, un déficit de 1,2M€

Globalement, la situation budgétaire est restée stable durant le processus conduisant à la fusion. Les apports financiers de l'ARH et l'engagement du CHD dans un plan de retour à l'équilibre, qui représentait un total de 4 300 182€ entre 2005 et 2008 ont contribué à redresser la situation financière. En outre, la fusion ne semble pas particulièrement perturber les produits de l'établissement qui augmentent de manière régulière. L'augmentation relativement linéaire témoigne de la croissance de l'activité corrélée avec une augmentation du personnel.

<b>Année</b>	<b>Total des Produits Budget principal</b>	<b>Charges du personnel</b>
2002	151 840 797 €	109 454 364 €
2003	163 541 743 €	113 153 040 €
2004	182 181 147 €	119 000 727 €
2005	179 175 210 €	119 928 964 €
2006	184 044 821 €	124 868 537 €
2007	192 991 713 €	129 255 810 €
2008	203 094 731 €	132 619 118 €

Une telle situation est l'exemple du défi que tout directeur peut avoir à relever et qu'il doit considérer comme une priorité.

#### **b) La gestion des ressources humaines, levier d'action dans la conduite du changement**

Le directeur met en œuvre la politique de l'établissement définie par le CA et à ce titre, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel. Il décide de l'organisation du travail en

accord avec les représentants syndicaux<sup>32</sup>. Cependant, pour favoriser la conduite de changements, la mobilisation de l'ensemble des agents était nécessaire. Dans un souci de transparence, le rôle du directeur consiste à débattre et à négocier l'ensemble des questions avec l'ensemble des composantes syndicales. Des priorités doivent être définies et les objectifs hiérarchisés avant d'aborder les réunions thématiques telles que les barèmes d'avancement d'échelon ou l'harmonisation des protocoles ARTT, à fin août 2002<sup>33</sup>. Le domaine des ressources humaines couvre des champs tels que la représentativité syndicale, le temps de travail, les rémunérations, les protocoles sur le temps de travail, le nombre des congés annuels, le décompte des congés maladie, les indemnités de nuit, le plan de formation.

En juin 2002, avant la fusion, le directeur des ressources humaines avait proposé à l'ARH un plan de travail qui permettait de comprendre la complexité de la démarche d'harmonisation des pratiques au cours de l'aménagement et la réduction du temps de travail (RTT).

L'objectif d'harmonisation visé était d'y parvenir en trois ans en 2002, l'on observe aujourd'hui que les changements ont été réalisés sur une durée plus longue. La mise en place des instances multisites, comme la commission paritaire locale, dont la valeur symbolique et pratique est importante dans l'unification de la gestion du personnel sur les trois sites, ne s'est réalisée qu'en 2009.

Les mouvements du personnel sont restés modérés durant la période des négociations et après la fusion. L'implication des représentants du personnel dans le processus et la méthode de diffusion de l'information des syndicats a contribué à poursuivre le processus dans un climat favorisant la négociation.

Dans le cadre de la réduction du temps de travail et de la création d'un nouveau service, une augmentation d'environ 9% de l'effectif global incluant le personnel médical et non-médical était nécessaire pour les trois sites.

L'année 2003 était également marquée par la mise en place d'un système de « bourse d'emplois » sur l'ensemble des trois sites. La bourse permet d'afficher des postes vacants en interne pour favoriser la mutation. La publication de quatre bourses des emplois a ainsi généré 450 réponses, dont une part pour des postes permettant une mutation sur un autre site.

---

<sup>32</sup> Article L 6143-7, CSP

<sup>33</sup> Ou encore les échelles de notation et l'attribution de la prime de service



Le plan de formation est un outil qui permet aux agents des trois sites de se connaître et d'échanger sur leurs pratiques. Rassembler les trois établissements a ainsi permis d'élargir les possibilités de gestion des carrières et des compétences (GPEC). La mise en place des stages s'en est trouvée améliorée pour l'ensemble du personnel.

Les représentants du personnel ont vécu la fusion comme un vecteur de changements importants pour la stratégie syndicale locale et multisites. Une fois la décision arrêtée, le positionnement des organisations syndicales a été très constructif, alors qu'auparavant, le climat était marqué par des tensions importantes, l'association de défense de l'hôpital, composée des usagers, était très forte, la pression des représentants politiques également, voire jusqu'à la confrontation physique<sup>34</sup>.

L'harmonisation des pratiques entre les sites a apporté plusieurs bénéfices. D'une part, cela a permis d'apaiser les tensions internes et de rééquilibrer l'application de la réglementation, notamment dans le cas de l'attribution des primes de service, qui posaient problème. D'autre part, cela a conduit à rationaliser les moyens et les activités, pour une gestion plus sereine des ressources humaines.

C'est au cours de la commission paritaire locale en 2008 que les représentants du personnel ont exprimé leur soulagement de constater la fin de ce processus. La fusion leur apparaît finalement comme l'aboutissement d'un long travail de rééquilibrage dans la gestion des ressources humaines sur trois sites.

Pour l'un d'entre eux, <sup>35</sup> « *la fusion était un challenge pour relancer la dynamique de représentation du personnel. L'investissement et le travail de terrain ont permis un gain de légitimité et de représentativité de son syndicat* ».

### **c) L'impact de la logistique dans le processus de la fusion**

Sans projet logistique précis, le service a suivi les adaptations dans un environnement marqué par les contextes évolutifs. En janvier 2002, existaient trois directions de logistique, achats et des travaux, un directeur adjoint sur chaque site. L'outil informatique était commun. Au moment de la fusion, les compétences étaient partagées entre les sites. Le service de Luçon gérait la restauration, Montaigu, la blanchisserie et La Roche-sur-Yon, les achats.

---

<sup>34</sup> Lors des négociations au préalable de la fusion, entretien avec Monsieur Pericard et entretien les représentants du syndicat Force ouvrière

<sup>35</sup> Un représentant de la CFDT

Au moment de la réorganisation, le choix a été fait de transformer les missions et à ces postes, ont été affectés des attachés d'administration hospitalière. Leur mission a consisté à opérer une centralisation des activités d'achats en janvier 2008. Aujourd'hui, le service est réparti en spécialités logistiques, c'est-à-dire des grands domaines d'achats couvrant les besoins des trois hôpitaux, les magasins sont organisés dans une logique de multisites. Le plan de formation a ainsi permis aux agents de se professionnaliser dans ces activités.

Plusieurs projets ont été étudiés pour réaliser des économies sur le plan logistique. Le projet d'une restauration commune entre le CHD et CHS a été élaboré mais pas exécuté. Une étude réalisée par un cabinet extérieur constatait que réduire l'effectif de 9 salariés équivalents temps plein (ETP) ne compensait pas le surcoût de la construction dont l'estimation était évaluée à l'équivalent du coût de 20 ETP. Le profil des patients, consommateurs de repas, issus des deux établissements semblait également très différent, ce qui constituait un argument pour ne pas poursuivre le projet. En revanche, la blanchisserie fonctionne en commun entre le CHD et le CHS dans le cadre d'un syndicat interhospitalier.

#### **d) Les projets de gestion**

Le projet médical est une partie fondamentale du projet d'établissement, qui est inachevé à ce jour. La prochaine version du projet médical au CHD viendra le renforcer avant sa validation par le directoire. Ce document fondateur fait légalement objet d'une délibération au conseil de surveillance. Les projets médicaux de territoire (PMT) en Vendée sont encore en gestation et répondent faiblement aux ambitions affichées par la circulaire du 5 mars 2004<sup>36</sup> qui fixait, d'une part, l'objectif de contribution à l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins en définissant les objectifs. D'autre part, les PMT devraient participer à l'élaboration du SROS et de son évaluation, puis formuler les orientations. Les projets d'établissements en sont alors des déclinaisons directes.

Si le développement des PMT demeure incomplet en Vendée, le projet médical de l'établissement est le meilleur outil d'expression des ambitions de l'établissement, dont la négociation territoriale tient compte.

Initialement, en janvier 2002, la présidente de la CME souhaitait une autonomie de gestion de chaque site de proximité et la mise en place de comités consultatifs de proximité. Chaque site devait avoir une représentation médicale au sein du bureau de la CME.

---

<sup>36</sup> Circulaire N DHOS /O /2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

De nombreuses propositions ont été formulées par le corps médical au directeur, dont le rôle est aussi de circonscrire les projets dans les enveloppes proposées et de respecter les mesures d'économie.

La préparation aux contrats d'objectifs et de moyens a constitué l'élément mobilisateur du projet médical multisites reposant sur un découpage en 15 pôles d'activité. Ce projet a été présenté en juin 2003 lors d'une CME extraordinaire a eu lieu en septembre 2003 pour débattre des propositions en présence du directeur de l'ARH.

Lors de cette rencontre, le directeur de l'ARH a salué la dimension territoriale et organisationnelle du projet en corrélation avec le SROS. La graduation des soins constituait pour lui l'avancée conceptuelle majeure du projet. Il regrettait que les partenariats avec les autres centres hospitaliers et la clinique privée restent insuffisants.

La rédaction du projet médical 2004-2008 est issue des échanges entre tous les partenaires, médicaux et gestionnaires.<sup>37</sup> Un principe directeur du projet résidait dans la notion de complémentarité. Elle se décline de différentes façons, passant du niveau de proximité au niveau départemental, régional pour les spécialités dont l'existence est propre aux centres hospitaliers universitaires et, sur le plan psychiatrique, en relation avec le CHS.

Le projet médical présente un schéma d'organisation avec les visions de collaborations et partenariats à partir du centre hospitalier de la Roche-sur-Yon. Les outils de collaboration, contenues ans le projet, évoquent les perspectives de création des fédérations médicales inter hospitalières ou des postes partagés. Les activités du SAMU, de cancérologie et les filières de soins sont citées comme activités à rayonnement départemental. Les perspectives de collaboration avec les médecins libéraux et la présence d'une compétence psychiatrique sont nées dans ce projet médical. La création d'une fédération médicale interhospitalière des urgences de Vendée avec pour objectif la mutualisation des moyens est également inscrite dans ce projet. Une évolution possible de ce projet pourrait être orientée vers la recherche de partage des « parts de marché » dans le territoire par le biais d'une dynamique managériale plus offensive.

---

<sup>37</sup> Présidents des CME, directeurs, responsables des établissements de santé en Vendée, la présidente du conseil de l'ordre des médecins en Vendée, le président de l'association de gardes urgentes médicales yonnaises, le président de l'association des médecins régulateurs de Vendée le responsable du projet de la future maison médicale.

Les services d'imagerie médicale ont été identifiés comme secteurs en manque de praticiens. La démographie médicale et l'augmentation des postes vacants incitaient à la réflexion sur le plan départemental pour augmenter l'attractivité des postes, diminuer la charge de la garde, engager le partage d'informations et développer la transmission des images.

Sur le plan des coopérations, le centre hospitalier de Challans se distingue en raison du nombre de secteurs pour lesquels une coopération est envisagée avec le CHD. Elles varient de la création des FMIH de gynécologie-obstétrique, chirurgie digestive et urgences, des vacations dans les spécialités médicales, jusqu'à un partage de l'activité d'anatomopathologie ainsi que la participation au réseau d'addictologie.

Le centre hospitalier de Fontenay-le-Comte est l'établissement qui crée un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec une clinique privée. Le centre hospitalier des Sables d'Olonne est décrit comme en difficulté pour engager des coopérations avec le CHD en dehors de travaux en réseau cardiologique et de pneumologie, des fédérations de gynécologie obstétrique et des urgences. Le projet médical met en exergue l'exiguïté des locaux du CHD, dont un certain nombre sont inadaptés à l'activité médicale, chirurgicale et obstétrique (MCO). Le développement du secteur privé en Vendée et la difficulté du CHD à absorber l'augmentation du nombre de patients dans ses locaux sont des vecteurs d'inquiétude de la communauté médicale dans l'évolution de l'hôpital de recours.

Le directeur général craint que l'absence de médecine de ville dans certaines spécialités risque ne transforme la consultation hospitalière, souvent plus spécialisée, en consultation généraliste.<sup>38</sup>

L'instauration du déplacement des praticiens hospitaliers du CHD vers les sites ne se justifie pas en présence d'un praticien libéral, en capacité d'apporter une première évaluation du malade.

Alors que les chirurgiens du CHD s'inscrivaient dans une logique de « conquête de marché », certains autres spécialistes à Luçon n'ont pas développé de manière importante la chirurgie ambulatoire. En conséquence, les patients s'orientent désormais vers Fontenay-le-Comte. Alors que souvent, les praticiens affirmés se déplacent sur les sites, les jeunes médecins s'inscrivent peu dans cette dynamique. Le niveau d'activité élevé qui se traduit par de nombreux actes à la Roche-sur-Yon justifie sans doute ce manque de mobilité. La graduation des soins doit être analysée en l'absence d'offre libérale, cependant l'hôpital ne doit pas se substituer à la médecine de ville. L'offre en

---

<sup>38</sup>Entretien avec Monsieur Georges Couturier le 28 août 2009

gynécologie illustre cette question, particulièrement à la Roche-sur-Yon. Les consultations hospitalières sont extrêmement sollicitées du fait du manque de spécialiste en ville.

Les médecins estiment que les fusions ont amélioré la qualité de l'offre de soins, selon une enquête auprès des présidents des CME<sup>39</sup>. En ce qui concerne le CHD, le directeur général constate que les médecins ne se sont pas suffisamment organisés entre eux pour mieux partager leur activité dans le cadre du projet médical. Quelques médecins se sont orientés vers les spécialités (addictologie, MPR) pour développer des activités multisites notamment avec Montaigu. D'autres médecins se sont appuyés sur la formation afin d'obtenir les compétences spécifiques leur permettant de proposer un premier niveau d'expertise pour orienter le malade de manière adéquate ensuite vers le site de recours.

Le projet de soins, qui est un autre pilier du projet d'établissement, n'existait pas au moment de la fusion. Le premier a été rédigé en 2006 après deux ans de réflexion. Selon la directrice des soins l'évolution de la GRH a permis de créer une modalité spécifique pour proposer au personnel de travailler au moins sur deux sites. Elle remarque que sur le plan de l'harmonisation des outils et des pratiques, les sites disposeraient d'un réel savoir faire qu'ils ont pu partager, notamment les modalités d'évaluation des agents.

---

<sup>39</sup>Bichier Edouard, Fellingier Francis, Restructurations hospitalières - Les médecins plutôt favorables, revue hospitalière de France novembre décembre n° 507, 2005

### **III Une restructuration réussie qui soutient l'établissement dans la recomposition territoriale en cours**

La formation des « clusters »<sup>40</sup> dans le monde industriel, dont la concentration de la production d'automobiles au sud de l'Allemagne est représentative, s'étend désormais au secteur de la santé. Les restructurations du secteur sanitaire privé laissent entrevoir la volonté de regrouper un ensemble d'activités complémentaires permettant de proposer aux « clients » une « gamme » complète de prise en charge. La concentration d'entreprises interconnectées, de fournisseurs spécialisés, de prestataires de services et d'institutions associées facilite sa mutualisation la mise en commun de moyens et l'intégration des stratégies diverses. Plusieurs entreprises d'un même secteur et des secteurs connexes optimisent ainsi l'efficacité des actions individuelles. Ces évolutions concernent aussi les structures publiques de santé.

Le déploiement de stratégies offensives du secteur privé dans l'agglomération nantaise avec l'ouverture d'une clinique privée lucrative par regroupement<sup>41</sup> la structuration actuelle du secteur privé non-lucratif avec des acquisitions récentes sur le territoire de la Vendée par Harmonie Atlantique<sup>42</sup> devraient interroger sur le positionnement des structures publiques, notamment en ce qui concerne la structuration des filières pour le patient. Sur le territoire de Vendée, cohabitent actuellement trois types d'acteurs au niveau des établissements de santé, le secteur public, le groupe privé lucratif 3H et la mutuelle Harmonie Atlantique.

---

<sup>40</sup> Cluster est un mot anglais faisant référence à la notion d'ensembles de paquet de groupe ou de compartiment. En français, c'est un anglicisme employé dans le domaine économique. Selon Michel Porter, un cluster est une concentration d'entreprises interconnectés, espace de mutualisation de moyens, d'information et de stratégies ; Wikipedia, disponible sur <http://fr.wikipedia.org>.

<sup>41</sup> Les Nouvelles Cliniques Nantaises sont issus de la fusion en 2003 des trois cliniques Saint-Henri, Saint-Damien et Saint-Paul ainsi que le centre d'Imagerie médicale et de Cancérologie Catherine de Sienna pour constituer un nouvel établissement de 346 lits et places complété en 2008 par 160 lits. La clinique vise l'accueil de l'Association ECHO spécialisée dans l'hémodialyse, un Institut de Formation en Soins Infirmiers et d'Aides-soignantes, un Centre de conférences, et un Plateau de consultations pluridisciplinaires comportant notamment un Laboratoire d'analyses médicales au début 2010.

<sup>42</sup> Harmonie Atlantique, mutuelle qui dispose une gamme de prestations variant de cliniques, de complémentaire santé, de prévoyance et des réseau de santé – opticiens, dentistes, prothésistes et particulièrement un réseau important avec une gamme étendu de prise en charge de la personne âgée. A noter également que Harmonie Atlantique s'implante sur le territoire de la Vendée en complétant ses services par l'acquisition de la clinique du Sud Vendée à Fontenay-le-Comte (85), le 1er juillet 2009 et le projet de développement de maisons de retraite en Vendée.

La stratégie des groupes privés consiste à organiser des « gammes » complètes de prise en charge du patient. En fonction de sa pathologie, le malade peut rapidement connaître les possibilités de prise en charge et les établissements qui sont susceptibles de l'accueillir. Pour effectuer une comparaison avec l'Allemagne, par exemple, les établissements de santé contractualisent parfois avec les caisses d'assurance maladie pour assurer le parcours fléché du patient au sein des groupes ou des coopérations. Dans cette logique, les structures veillent à la qualité de prise en charge alors qu'il s'agit d'un environnement d'établissements spécialisés qui ne tient pas toujours compte de la localisation géographique du patient. Sur ce modèle, il semblerait judicieux que dans le département de Vendée, l'organisation territoriale de l'offre des soins propose le développement d'une gamme complète de prise en charge du patient au regard de ses besoins spécifiques de soins et non pour les logiques institutionnelles.

### **A) La structuration du département de la Vendée**

L'objet principal de la fusion était donc la recombinaison de l'offre et la couverture des besoins de soins du territoire, notamment en chirurgie et en obstétrique. La mise en place de consultations périnatales de proximité sur 2 des 3 sites, en concentrant les activités d'obstétrique sur le site le plus important, a fait évoluer la qualité de couverture des soins sur le territoire tout en répondant à la graduation de l'offre.

Pour le secteur privé lucratif, les recombinaisons se situent principalement dans les grandes villes. La proximité relative avec l'agglomération nantaise et la forte attractivité de certaines spécialités médicales à Nantes nécessite une vigilance particulière pour canaliser le flux de patients vendéens vers Nantes.

L'on peut qualifier cette fusion de défi managérial et humain qui a transformé le CHD. Désormais, c'est un hôpital de recours capable de développer des activités, de renforcer son attractivité, de développer des projets de restructuration et de construction. Les équipes ont su s'adapter aux modifications d'organisation avec des moyens contraints. L'harmonisation des pratiques entre sites, le respect des contextes locaux et la recherche d'efficience a fait évoluer les différentes directions dans cet environnement très complexe qui dépassait la logique d'un établissement unisite. Pour l'avenir, cette compétence et cette vision multisites représentent un véritable atout dans le rapprochement avec d'autres établissements.

Le développement de l'hospitalisation publique doit s'inscrire également dans une logique territoriale par l'étendue géographique. La recherche de réseaux, offrant un service très diversifié aux patients peut participer à la dynamique d'une organisation qui se rapproche de la logique des « clusters » dans l'organisation des soins sur le territoire.

Dépasser la seule logique d'établissement est incontournable lorsque les acteurs s'intéressent à la satisfaction des patients sur le territoire. A ce titre, la collaboration avec l'association HAD est hébergé par le CHD n'est pas seulement une action symbolique issue de l'histoire de ce service<sup>43</sup>, mais une véritable stratégie de proximité permettant de coordonner les actions au service du patient. Sur le plan managérial, il s'agit bien d'une plus value au bénéfice du patient, qui suscite la confiance des usagers du CHD.

L'offre de soins dans le département de la Vendée est actuellement organisée de manière coordonnée, soit par les fusions d'établissements du secteur public ou par les rapprochements « public-privé ». Sur le plan de la santé mentale, le CHS situé à la Roche-sur-Yon a un rayonnement départemental. Cette répartition territoriale correspond à l'organisation préconisée par les SROS II et III. La question des évolutions se pose désormais dans le cadre des communautés hospitalières du territoire (CHT).

**a) Les projets médicaux de territoire : outils de régulation de l'offre de soin**

Les Projets Médicaux de Territoire (PMT) sont des instruments susceptibles de mobiliser les ressources locales dans la dynamique de l'offre de soins sur le territoire. La question est de savoir de quelle manière les projets médicaux de territoire peuvent-ils être des instruments de renforcement de la coopération entre établissements dépassant les conventions bilatérales afin de concevoir un partage des activités de manière coordonnée.

Le PMT des soins de suite et réadaptation (SSR) a été élaboré en 2008. Il vise à la mise en place d'une cellule d'orientation du territoire de recours de la Roche-sur-Yon que l'ARH s'était engagé à financer. Une fiche commune de demande d'admission a été mise en place sur le département. Les capacités d'accueil, insuffisantes sur le territoire, incitent à fixer des critères précis afin de sélectionner les demandes. Le manque de places induit en effet aussi des demandes ou des placements inadéquats par l'anticipation du départ de patients non encore sortis des services actifs ou le manque de places dans les unités de soins de longue durée qui conduit au maintien du patient en service SSR. D'autre part, le manque de places d'accueil ne favorise pas la gestion de proximité pour les patients accueillis. Le groupe de travail souhaitait également la création d'un réseau

---

<sup>43</sup> Le CHD fait partie de structures fondatrices de l'association qui porte le service HAD



d'établissements de soins de suite (SSR) et de rééducation ainsi que la structuration de la filière.

La mise en place de la T2A et la reprise de ce projet par le prochain SROS définira plus précisément la prise en charge SSR des patients. La structuration des établissements du département apportera les compétences nécessaires pour orienter les patients dans les structures dédiées telles que les établissements spécialisés dans la prise en charge des accidents cardio-vasculaires. Pour le moment, le groupe ne souhaite pas créer une structure juridique du type GCS<sup>44</sup> ou par association. Ce type de structure a pour mission de faciliter, améliorer ou développer les activités de ses membres. Lors de la parution des textes relatifs à la loi HPST, le groupe de travail devrait étudier la faisabilité d'insertion dans une structure du type CHT afin de permettre une meilleure centralisation et une meilleure répartition de l'offre publique. Cependant, cette structuration n'impacte pas les structures privées qui disposent sur le territoire de quelques lits de soins de suite et de rééducation.

En raison du nombre important de postes vacants et des perspectives de départ à la retraite se pose la question de la permanence des soins pour le secteur de l'imagerie médicale. Avec 40 radiologues sur l'ensemble du département de Vendée, leur densité est bien inférieure à la moyenne nationale. A titre d'illustration, le ratio signifie qu'il existe un radiologue pour l'équivalent de 14600 habitants en Vendée, alors que la moyenne nationale se situe à un radiologue pour 8100 habitants, soit environ 2 fois moins.

Le PMT 2008 proposait de placer la permanence des soins en axe de travail prioritaire, corrélé au développement d'un projet médical de territoire de proximité. Le groupe de travail propose l'organisation de plateaux d'imagerie autour de la télé-radiologie, la médecine nucléaire et l'imagerie conventionnelle. Le développement de la télétransmission et de l'expertise centralisée, notamment avec le CHU de Nantes, pourrait constituer une alternative à la difficulté actuelle de recrutement de personnel et permettre l'instauration d'un dispositif de permanence des soins centralisé. En ce qui concerne l'imagerie interventionnelle, une répartition des spécificités et compétences particulières comme la coronarographie ou l'angiologie, pourrait être effectuée.

Selon les directeurs des centres hospitaliers de Fontenay-le-Comte et Challans, la coopération entre établissements ne devrait pas rencontrer de difficultés particulières pour coordonner les activités médicales sur le territoire. Cependant, demeure la question de la coopération entre les équipes et la coordination avec la stratégie locale. La CHT pourrait

---

<sup>44</sup> Article L6133-1 à 9, CSP

offrir un développement dans tous les établissements publics et organiser des centres, reste à définir quels établissements seraient susceptibles de participer à ce pôle d'activités et comment elle pourrait fonctionner avec des groupes de cabinets privés probablement sollicités pour traiter et interpréter les images en externe.

Les conférences sanitaires du secteur présentent un outil de pilotage en mesure de proposer des collaborations évolutives. Il s'agit d'un conseil exécutif représentatif, composé d'un nombre réduit de personnes, qui peut proposer des orientations claires et anticiper sur une décision administrative des ARS. Les acteurs du territoire, notamment les directeurs des établissements, les présidents de CME et les représentants des collectivités territoriales seraient à même de faire des propositions dont les ARS tiendraient compte dans l'incitation pour les CHT.

**b) La création des CHT, une passerelle potentielle vers le renforcement des coopérations**

La loi HPST présente les contours des communautés hospitalières de territoire de manière suivante : « Les établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire pour mettre en œuvre une stratégie commune, les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent y participer<sup>45</sup>. La convention doit définir le projet médical commun fixant les compétences et activités qui seront transférées ou déléguées entre établissements partenaires ainsi que les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels, des programmes d'investissements, les modalités de coopération, particulièrement la mise en commun de ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers et la fixation des frais pour services rendus.<sup>46</sup> La convention doit correspondre au schéma régional d'organisation des soins. La mise en place des CHT pourrait bénéficier des financements d'aide à la contractualisation. »

Plusieurs acteurs, représentants du personnel ainsi que les chefs d'établissement, interrogés souhaitent que l'une des missions de la CHT soit l'organisation de filières et l'amélioration du rendement de la T2A, ce qui est actuellement insuffisant entre les hôpitaux<sup>47</sup>. La stratégie et la collaboration entre établissements publics doivent aussi répondre au souci d'aménagement du territoire.

---

<sup>45</sup> Article L6132-1, CSP

<sup>46</sup> Article L6132-2, CSP

<sup>47</sup> Entretien avec Monsieur Hector, directeur général, Centre hospitalier de Fontenay-le-Comte, le 31 juillet 2009

Le Président du conseil d'administration souhaite que les CHT ne deviennent pas un outil juridique de concentration, mais un moyen pour organiser la graduation des soins, peut être dans une nouvelle relation entre usagers et pouvoir public local<sup>48</sup>.

Il est possible que les CHT puissent également répondre à la situation complexe de la démographie médicale. Le rapport « Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public »<sup>49</sup> transmis en juillet 2009 au ministère de la Santé et des Sports constate un taux de vacance statutaire de 20,7%, résultat de la différence entre les postes budgétés et les postes occupés. Par discipline, c'est l'imagerie médicale avec 33,6% et la psychiatrie représentant 25,4% qui présentent le taux de vacance statutaire le plus élevé.<sup>50</sup>

Quant aux projections démographiques pour les médecins, la Direction de la recherche, des études et des évaluations statistiques (DREES) a édité en février 2009 de nouvelles projections à l'horizon de 2030. Malgré une augmentation du *numerus clausus*, il faudrait attendre 2030 pour retrouver le niveau actuel de nombre de médecins. Ce même rapport fait état d'une orientation plus importante des médecins vers l'exercice libéral et évoque des pistes pour valoriser les recrutements dans le secteur public.

## **B) Les perspectives de rapprochement**

Dans le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital remis au Président de la République, M. Gérard Larcher souhaitait, dans son avant-propos le développement d'un service public de santé partagé et solidaire. Un chapitre particulier traite la question de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers sur le territoire pour offrir une qualité des services au meilleur coût. La commission propose de favoriser le développement de la complémentarité entre hôpitaux publics sous la forme de communautés hospitalières<sup>51</sup> parmi les 16 points énoncés en introduction du rapport. Le rapport trace les difficultés qui subsistent dans la recombinaison de l'offre des soins. Les regroupements d'hôpitaux restent trop partiels à la différence du secteur privé. La possibilité des établissements privés de participer au service public hospitalier nécessite une considération différente du rôle des acteurs, publics comme privés.

---

<sup>48</sup> Monsieur Antoine CHEREAU lors de l'entretien

<sup>49</sup> ABOUD Elie, AUBART François, JACOB Alain, et al. La documentation française, juillet 2009

<sup>50</sup> Tableau des emplois médicaux France entière par spécialité pour les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel - SIGMED au 01/01/09

<sup>51</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, les propositions de la commission, page 4

**a) Les perspectives possibles dans le cadre des futures communautés hospitalières du territoire**

Dans la répartition du territoire vendéen, le centre hospitalier de Challans représente une première cible dans la logique d'une CHT pour le CHD. Le centre hospitalier Loire Vendée Océan possède une solide expérience de fusion avec le centre hospitalier de Machecoul en Loire-Atlantique ainsi qu'avec la collaboration très étroite qu'il le lie à l'hôpital local de L'île d'Yeu susceptible de s'orienter vers un rapprochement. La fusion a permis de rationaliser les activités et de spécialiser le Centre hospitalier de Machecoul vers les activités de soins de suite, le renforcement de la filière gériatrique et de la rééducation cardiovasculaire, référence sur le territoire. La chirurgie et la maternité ont été réorganisées sur le site de Challans. De fait, chaque établissement retire un bénéfice de la fusion, par la spécialisation des activités et l'augmentation des capacités de chaque site. La proximité du CHU de Nantes oblige le centre hospitalier à concentrer un certain nombre d'activités qui nécessitent cependant l'apport de compétences médicales<sup>52</sup>. Le développement de la chimiothérapie à Challans, par contractualisation avec le CHD devrait éviter la fuite des patients vendéens vers Nantes. A noter que le centre hospitalier a développé un GCS avec les établissements accueillant les personnes âgées, appelé Marais Vendéen Breton.

Le projet médical commun avec le CHD peut inclure pour le centre hospitalier Loire Vendée Océan, les compétences dans les spécialités médicales comme la cancérologie, la pédiatrie, les urgences mais aussi sur la territorialisation de l'addictologie, de la diabétologie ou de l'hygiène hospitalière. La mise en commun des activités logistiques et du système d'information peut constituer des économies d'échelle pour chaque établissement.

Cette solution, cependant, n'inclut pas les établissements des Sables d'Olonne, de Fontenay et le CHS de La Roche-sur-Yon. Le rapprochement avec les cliniques privées rend la participation de ces établissements complexe sur le plan juridique, compte tenu des groupements de coopération sanitaire existants. Pour le centre hospitalier des Sables, la participation dans une CHT se produit finalement au détriment de la chirurgie publique de la Roche par la proximité avec la clinique appartenant au groupe 3 H. Il est impossible d'intégrer la Clinique Saint-Charles dans la CHT, sauf dans le cadre des GCS qui permet d'intégrer le secteur privé pour envisager une forme de structuration

---

<sup>52</sup> Entretien avec Monsieur Vollot, directeur général, centre hospitalier Loire Vendée Océan, le 2 septembre 2009

départementale. Le GCS de moyens est une personne morale de droit public si la majorité des apports au groupement ou des participations à des charges de fonctionnement proviennent de personnes morales de droit public.<sup>53</sup>

Sur le plan juridique, il ne semble pas qu'une configuration particulière soit imaginée pour fonder une CHT atypique, qui contienne des dispositions pour associer des établissements publics et les coopérations des établissements publics et privés. Ce montage pourrait créer des conflits d'intérêt entre les cliniques et les établissements publics. Il ne semble pas pertinent non plus de créer deux CHT sur le territoire de la Vendée. La situation centrale de l'hôpital de recours sur le territoire incite au rapprochement du centre hospitalier des Sables d'Olonne. Des liens médicaux forts existent entre les établissements. Cependant, « le centre hospitalier des Sables d'Olonne est très pris par son projet de pôle de santé qui risque de préoccuper l'établissement jusqu'au 2012 »<sup>54</sup>. La CHT pourrait devenir un enjeu important, si la collaboration avec le groupe 3H devait évoluer.

Le directeur général du groupe 3H estime que la structuration de l'offre de soins est bien achevée avec le SROS II et il perçoit la possibilité d'une coopération renforcée entre les centres hospitaliers des Sables d'Olonne et Challans, en raisonnant avec une logique de côte vendéenne. Pour lui, le levier d'une organisation en réseau sera la chimiothérapie, dont le taux de fuite vers Nantes lui paraît encore trop important.<sup>55</sup> D'autres activités médicales nécessitant une forte coordination entre établissements font partie des actions prioritaires déclinées dans le SROS III des Pays-de-la-Loire. L'incitation à créer des filières gériatriques, des réponses coordonnées à l'insuffisance rénale chronique, une structuration de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ainsi que la prévention sont cités dans le document de synthèse.

Dans le registre d'inclusion du critère populationnel évoqué dans le rapport Larcher, la CHT regroupant l'ensemble du territoire ne répond pas au rapport qui imaginait une CHT pour 200 à 300 000 habitants. En revanche, elle rejoint l'idée que les CHT doivent s'articuler autour d'un plateau technique disposant d'une réanimation, dont seul le CHD dispose actuellement en Vendée.

Une CHT pose en conséquence la question de la taille critique d'établissement, dont la complexité d'organisation n'est pas un gage de meilleure gestion. Le CHD possède déjà le nombre de lits de la taille d'un CHU sur ses trois sites.

---

<sup>53</sup> Article L6133-3, CSP

<sup>54</sup> Entretien avec Monsieur JEGU, directeur du CH Cote de Lumière Les sables d'Olonne, le 16 septembre 2009

<sup>55</sup> Entretien avec Monsieur Alain Folzer, directeur général, groupe 3H, le 27 août 2009

Les ARS bénéficient d'outils incitatifs à destination des établissements qui engagent les projets de coopération. Les établissements adhérents à une convention de CHT pourront bénéficier jusqu'au 31 décembre 2012 d'un soutien financier s'ils s'engagent dans des projets de CHT. Ce soutien financier assure des moyens, par les dotations des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou du fonds pour la modernisation des établissements de santé.

**b) Les CHT, une articulation entre outil juridique incitatif et besoins réels des établissements**

Les besoins sur le territoire sont identifiés à travers les PMT et les informations obtenues lors des entretiens. Les changements nécessitent l'engagement des acteurs et des personnes capables de structurer les coopérations entre les établissements.

Les directeurs rencontrés à Challans, Fontenay-le-Comte, la Roche-sur-Yon et au CHS évoquent unanimement leur volonté d'harmoniser les activités techniques et logistiques entre les établissements publics. Cependant, la loi HPST définit que la constitution d'une CHT vise essentiellement au renforcement de la complémentarité entre établissements pour des activités en MCO. La mutualisation des activités des services techniques et logistiques hospitaliers au sein d'une CHT ne peut qu'être complémentaire aux coopérations mises en œuvre au titre des activités médicales et de soins. La fusion du CHD a généré des dépenses importantes au niveau des transports sanitaires, car chaque trajet en interne est considéré par la caisse d'assurance maladie à la charge de celui-ci. Dans une convention de coopération de CHT, l'impact des transports peut être important. L'incitation aux déplacements de praticiens ou du personnel dans le cadre des activités professionnelles doit passer par une valorisation. Les transports des malades, entre les sites de la CHT répondant à la graduation des soins et la proximité dans l'intérêt du patient, devraient faire objet de conventionnement précis.

Initialement identifiées par leur caractère incitatif, les CHT sont désormais présentées comme un dispositif volontariste.

Cependant, l'ARS peut demander, au titre de sa mission de coordination de l'évolution du système hospitalier, de conclure une convention de coopération, une convention de CHT, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public.

De manière identique à la fusion, imposée par l'ARH, il est possible, en attendant les textes d'application, que l'ARS puisse demander une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

L'ARS dispose également de l'outil financier et pourrait diminuer des dotations de financement.

Le directeur général de l'ARS dispose sans doute de la possibilité de demander à un ou à plusieurs établissements de santé de conclure une convention de CHT, lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient ou lorsqu'un déséquilibre financier important est constaté.

La loi HPST a été amendée par la commission sociale du Sénat et, en conséquence la possibilité pour une communauté hospitalière de territoire de devenir établissement de santé a été écartée. En revanche, cette disposition est valable pour les groupements de coopération sanitaire.

Sur le territoire de la Vendée, deux établissements ont déjà contractualisé la coopération avec les cliniques privées. De ce fait, la coordination des activités dans le cadre des CHT paraît particulièrement complexe. La présence d'un CHS à rayonnement départemental sur le territoire incite aussi à réfléchir sur les modalités de rapprochement possibles. Le CHS Georges Mazurelle collabore avec les établissements de Fontenay-le-Comte, Challans, Les Sables d'Olonne et le CHD qui offrent des services spécialisés au sein de leur établissement.

Dans l'attente des textes d'application, se pose la question de la place du directeur général dans la nouvelle entité juridique. La situation est identique lors des fusions. A ce jour, les textes ne précisent pas si l'entrée dans une CHT aura une incidence sur les relations hiérarchiques existantes entre les directeurs des établissements qui composent la CHT. L'articulation entre la gestion territoriale d'une CHT et la gestion interne d'un site nécessite des structurations managériales.

Quelle implication auront les ARS dans la gouvernance des CHT ? Les directeurs et les présidents de la CME attendent des apports méthodologiques et juridiques dans la mise en place des CHT. La complexité entre les composantes démographiques, politiques, les activités médicales, mais aussi dans la gestion des ressources fonctionnelles<sup>56</sup> devrait être enrichie par les compétences et les moyens permettant un passage plus rapide que la finalisation de la fusion du CHD qui a duré plusieurs années. Entre la gestion d'un site et la gestion d'une CHT intégrant plusieurs sites, la dimension stratégique et managériale est primordiale. Cette double contrainte demande aux dirigeants d'articuler le respect de la particularité de chaque site participant à la CHT et la dimension commune unificatrice au sein de la nouvelle entité.

---

<sup>56</sup> Ressources humaines, logistiques, économiques et financières

## Conclusion

La fusion, sous impulsion administrative forte au départ, a finalement mobilisé des acteurs dans une démarche de restructuration et un changement de l'organisation d'un établissement complexe. Le manque d'accompagnement méthodologique et la vision prioritairement financière de l'ARH n'ont pas facilité les changements. La stratégie managériale reposait prioritairement sur la relative transparence des actions et sur la ténacité du directeur général, en lien avec les équipes médicales, administratives, soignantes et techniques. La capacité des agents à s'inscrire dans la dynamique de changement et de recherche d'efficience constitue une composante importante dans la fusion, mais il n'en demeure pas moins que l'absence d'une évaluation précise des bénéfices acquis grâce à la fusion aurait permis d'orienter chaque action. La fixation de points d'évaluation avec des critères objectifs aurait sans doute aidé dans la cohérence entre les différentes directions. Au départ de la fusion, il n'a jamais été question de délais précis pour la réaliser. Elle semble terminée à fin 2008, au bout de six ans. L'année 2008 a été marquée particulièrement par un retour à l'équilibre budgétaire, l'aboutissement de l'harmonisation de la gestion du personnel et le fonctionnement abouti d'un service multisites de logistique et des achats.

Quels outils ont été utilisés dans la démarche de la conduite de changement dans le cadre de la fusion ?

Les compétences humaines dans le cadre de la fusion ont été impactées par des modifications du « style » de management. La réflexion sur les enjeux, l'identification et la formalisation des impacts attendus de la fusion, mais aussi l'élaboration des scénarios alternatifs a mobilisé l'équipe de direction au moment des négociations sur la fusion. L'absence de projet d'établissement et de vision partagée des objectifs détaillés, visés par la direction dans le cadre de la fusion, n'apparaît pas dans les documents étudiés. En revanche, une volonté affichée de réussite a été appelée à chaque difficulté rencontrée. Le volet « culture d'entreprise » n'a pas été traité alors que l'intégration de deux établissements pouvait apporter des compétences utilisables dans la nouvelle structure. L'enquête de satisfaction laisse apparaître des différences au niveau de l'appropriation par les agents d'un projet commun.



L'expérience du CHU de Münster<sup>57</sup> sur le plan de management montre que l'attention portée à l'aspect « culture d'entreprise » peut être considérée comme levier dans la gestion complexe de l'amélioration de l'efficacité, dans l'absorption de parts de marché et dans un contexte de réduction des moyens. Le CHU a favorisé cette dimension pour renforcer le sentiment d'appartenance de l'équipe à un établissement qui poursuit des objectifs clairs et affichés, pour inciter chaque agent à contribuer activement aux objectifs. L'appropriation d'une vision et d'un projet par chaque acteur constitue une priorité de l'équipe de direction.

Les moyens mis en place sont conséquents. Un cabinet de consultants a été associé dans les sessions de travail des 80 cadres durant plusieurs jours. Actions ludiques, réflexions de groupe et conclusions communes servaient à associer l'ensemble de l'équipe aux objectifs fixés par la direction, mais aussi à renforcer la dimension d'équipe. Durant les sessions, le directeur communiquait sur les projections en 2012, comprenant des objectifs stratégiques pour faire part de ses attentes et pour donner les règles du jeu de la collaboration qu'il souhaitait voir se développer entre les différentes directions.

L'attention à la culture d'entreprise représente pour le CHU de Münster un levier de changement des organisations. Instituer un dialogue ouvert entre les aspirations individuelles des cadres et les objectifs de la direction, il facilite la communication des objectifs. Cette stratégie s'avère très mobilisatrice par le sentiment d'appartenance à une équipe institutionnelle qu'il crée avec des objectifs précis.

Les objectifs stratégiques en termes budgétaires du CHD. Largement communiqués au sein des instances et par la diffusion des rapports financiers et de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), cet objectif est perçu comme la priorité d'établissement par chaque agent. Le projet d'établissement, en gestation, devrait apporter des précisions sur les objectifs et les perspectives du CHD Vendée. Le renforcement de l'aspect « culture d'entreprise » devrait se traduire par une vision claire des points forts et prioritaires exprimés de manière synthétique afin que chaque agent s'approprie le projet dans son ensemble. Cependant l'évolution majeure au sein de l'établissement est le changement de l'administration d'une organisation vers un modèle entrepreneurial. Les compétences acquises par les agents dans le processus de la fusion, au cours duquel il fallait faire face à des changements constants, réajuster des dysfonctionnements fréquents et réguler les évolutions structurelles s'inscrivent bien dans le modèle de l'organisation qualifiante et apprenante, garante de la capacité de créativité et d'improvisation dans des environnements très complexes.

---

<sup>57</sup> Lieu de stage international novembre 2008 à janvier 2009

La recomposition territoriale peut prendre plusieurs formes. Le positionnement de l'hôpital de proximité, l'hôpital de recours et les coopérations avec les hôpitaux de type CHU sont à prendre en compte dans les préparatifs aux CHT. La première configuration semble envisageable sur le territoire de Vendée entre le CHD et le Centre hospitalier Loire Vendée Océan de Challans et Machecoul. La force des conventions de coopération actuellement en place peut justifier la mise en place d'une CHT.

Deuxièmement, une CHT intégrant, dans une logique départementale, l'ensemble des centres hospitaliers publics peut générer des conflits d'intérêt, compte tenu des coopérations existants avec les cliniques du secteur privé. L'outil juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS)<sup>58</sup> apparaît plus souple pour intégrer le secteur médico-social public et privé. Concernant les cliniques privées, les GCS laissent l'opportunité de les intégrer, alors que les CHT ne concernent que les établissements publics.

Le CHS ne semble pas envisager une coopération renforcée en dehors du champ de la psychiatrie, néanmoins sur les questions logistiques et les achats, la coopération avec le CHD n'est pas à exclure du fait de la proximité des établissements. Les organisations sont dirigées par les femmes et les hommes. Si un certain nombre de propositions sont évoquées de manière prudente, il n'en demeure pas moins que les directeurs d'établissements et les présidents de la CME ont intérêt à anticiper en commun les renforcements des coopérations dans une logique territoriale. La dynamique des conférences sanitaires de territoire pour définir les PMT devient force de proposition pour coordonner une politique de santé. Les ARS, chargées de la coordination et de l'évolution du système de santé<sup>59</sup> mis en place par la loi HPST, doivent soutenir les SROS sur les PMT. Le défi à relever pour le chef d'établissement demeure l'articulation entre la gestion interne et la collaboration avec les établissements voisins. La question du partage des pouvoirs entre directeurs des sites d'une CHT reste entière et sera sans doute précisée dans les textes d'application.

---

<sup>58</sup> Article L6133-1 à 9, CSP

<sup>59</sup> Article L6131-1, CSP

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

CABIN, P., CHOC, B, 2005, *Les organisations, état des savoirs*, Auxerre, édition sciences humaines, 435p.

EIFF von W., KLEMMANN A., 2005, *Unternehmensverbindungen, Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen*, Wegscheid, WIKOM Verlag, , 570p.

EIFF von W., 2006, *Risikomanagement, Kosten Nutzen basierte Entscheidungen im Krankenhaus*, Wegscheid, WIKOM Verlag, 537p.

EIFF von W. , STACHEL, K., 2007, *Unternehmenskultur im Krankenhaus*, Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung 400p.

FELDMANN, von M., SPRAIT F.M., 2000, *Speedmanagement für Fusionen*, Wiesbaden Price Waterhouse Coopers, 180p.

HELPER, J.P. KALIKA, M, ORSONI J., 2006, *Management stratégie et organisation*, Paris, Vuibert, 482p.

JAEGER M., *Personalmanagement bei Mergers und Akquisitionen*, Berlin, Luchterhand, 2001, 356p.

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS coll., 2008, *Organisation hospitalière, approche et expériences*, Paris, Berger-Levrault, 339P.

## **Articles:**

BICHIER, Edouard ; FELLINGER Francis, « Restructurations hospitalières, Les médecins plutôt favorables », *revue hospitalière de France*, n° 507, novembre-décembre 2005

BICHIER, Edouard ; FELLINGER Francis, « Fermetures de chirurgies et maternités publiques, Bilan et prospective », *gestion hospitalières*, novembre 2008

BICHIER, Edouard ; FELLINGER Francis, « Restructurations, l'enquête qui bat en brèche les idées reçues », *Panorama du médecin*, 16 juin 2008

CALMES, G., LEFRANC L. « Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 » *Gestions hospitalières*, n°399, octobre 2000, pp584-589

« Dessine-moi une CHT », résumé du colloque SNCH de Deauville, *Managers de santé*, N° 84 mai –juin 2009, pages 14-18

« Fontenay-le-Comte, un exemple de coopération public-privé », *La gazette santé-social*, n°37, janvier 2008

« Luçon La Roche-sur-Yon, changements de responsabilités », *Terres hospitalières*, n°82, mars avril 2002

VIDALIE A., « Le classement 2009 des hôpitaux les plus sûrs », *l'Express*, publié le 21/01/2009 ; [visité le 5 septembre 2009] disponible sur Internet : <http://www.l'express.fr>

## **Rapports:**

ABOUD Elie, AUBART François, JACOB Alain et al. « *Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public* ». Ministère de la santé et des sports Paris ; Ministère de la santé et des sports 23 juillet 2009, site de la documentation française [visité le 17 août 2009] disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

AIREAU C ; BONTEMPS R., « *Rapport d'expertise budgétaire et financière* », ARH des Pays de la Loire, décembre 2004

BUDET Jean-Michel, PERICARD Benoît, VIGNERON Emmanuel, « Les territoires et la santé, Pour servir le débat public autour du projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires », *IHEDATE*, société française de santé publique, 2008

COLDEFY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *IRDES*, mai 2008

CORDIER Marie, « Hôpitaux et cliniques en mouvement, Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)* avril 2008

FORCIOLI, P., « Rapport du Groupe d'Etude et de recherche sur les fusions et regroupements d'établissements publics de Santé », *FHF*, mars 2002

HASS, Sandrine, VIGNERON, Emmanuel, « 10 ans de recomposition hospitalières en France », *Dexia*, janvier 2009

LE PHILIPPE, « L'organisation apprenante : vers une conception plus humaniste de l'organisation », *LARGO*, Université d'Angers

« Impact de l'afflux estival en Vendée », *Observatoire régional de santé des Pays-de-la-Loire, direction départementale des affaires sanitaires et sociales*, mai 2008 [visité le 2 juillet 2009] disponible sur Internet : <http://www.ors.paysdelaloire.fr>

FOLLOT Jean Claude, FIALAIRE Ghislaine, « Programme d'investissements du CHD de la Roche-sur-Yon, Analyse financière du CH », *Rapport d'expertise économique et financière* février 2005

Schéma Régional d'Organisation des Soins III 2006-2010, ARH des Pays de la Loire, [visité le 2 juillet 2009] disponible sur <http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/site.nsf>

RENAUDEAU Jérôme, La santé observée dans le territoire de santé de La Roche sur Yon, 9 mai 2005 [visité le 2 juillet 2009] disponible sur <http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/site.nsf>

VALLENCIEN Guy, « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire », *rapport à la demande de la ministre de la santé*, juillet 2008 [visité le 2 septembre 2009] disponible sur <http://www.sante.gouv.fr>

## **Documents internes au CHD**

Comptes rendus de la commission médicale d'établissement (CME) années 2002 et 2003

Comptes rendus des réunions de direction 2003

Avis du conseil d'administration 2005 à 2009

Avis du conseil exécutif 2006 à 2009

Avis de la commission technique d'établissement de 2003 à 2009

Bilan financier 2002 à 2008

Rapport d'activité 2003 à 2008

Projets médicaux du territoire (état des lieux) 2008

---

## Liste des annexes

---

- 1) Définitions
- 2) Synthèse rapport commandé pour l'ARH sur le fonctionnement du bloc de Luçon
- 3) Liste des personnes rencontrées
- 4) Carte du territoire de la Vendée

## **Annexe 1**

Imagerie radio-isotopique : scintigraphie par gamma caméra, une caméra est couplée avec un scanner au CHD



## **Annexe 2**

Un rapport commandé par l'ARH des Pays de la Loire sur le plateau technique a été réalisé en mars 2009. Il relevait dans ses conclusions l'inefficience du plateau technique permettant les endoscopies digestives et la pose de chambres implantables. Le plateau technique, selon les données fournies en 2006, serait déficitaire de 100.000€. La mission constate que la majorité de l'activité des blocs relève principalement de l'anesthésie ambulatoire.

Sur un plan strictement économique, la poursuite de l'activité chirurgicale ne se justifie pas pour le CHD. En revanche le bloc pourrait suppléer les fermetures ponctuelles du site de la Roche-sur-Yon, dans le cadre de la restructuration engagée depuis 2007. Cependant son maintien permet d'envisager le développement d'activités spécifiques en lien avec le site de la Roche-sur-Yon.

Actuellement, le site de Luçon est confronté à la difficulté de maintien de ses activités d'imagerie médicale. Le prochain départ d'un praticien et les difficultés de recrutement ne laissent guère d'autres perspectives que d'envisager l'externalisation de ces activités pour les confier à un cabinet d'interprétation.

### **Annexe 3 :**

#### Liste des personnes rencontrées

- 1) Monsieur Antoine Chereau, président du conseil d'administration, Maire de la commune de Montaigu, Conseiller général, entretien de 8 juillet 2009 ; 1 heure
- 2) Monsieur George Couturier, directeur général du CHD Vendée, entretien du 28 août 2009 ; 1 heure
- 3) Monsieur Yves Le Guern, Directeur du site de Luçon du CHD Vendée, entretien du 17 avril 2009 1h30
- 4) Monsieur Claude Legentil, ancien directeur adjoint, directeur des ressources humaines au CHD, entretien du 6 mai 2009 ; 2 heures
- 5) Madame Paulette Devaud, Directrice adjointe au CHD, direction de achats et de la logistique, entretien du 29 juillet 2009 ; 1 heure
- 6) Monsieur Benoît Pericard, ancien DARH Pays de la Loire, ancien directeur général du CHU de Nancy, responsable secteur santé chez KPMG, entretien du 3 septembre 2009 à Paris ; 2 heures
- 7) Monsieur Didier Jegu, directeur général du centre hospitalier Les Sables d'Olonne, entretien téléphonique du 16 septembre 2009 ; 1 heure
- 8) Monsieur Pierre Vollot, directeur général du Centre hospitalier Loire Vendée Océan de Challans, le 2 septembre 2009 ; 1 heure
- 9) Monsieur Hector, Directeur d'établissement du CH de Fontenay-le-Comte, entretien du 31 juillet 2009 ; 1h30
- 10) Monsieur Alain Folzer, Dirigeant du groupe 3H qui gère 4 établissements en Vendée et en Maine et Loire, dont une clinique à La Roche-sur-Yon et au Sables d'Olonne par un GCS avec l'établissement hospitalier des Sables d'Olonne, entretien du 27 août 2009 ; 1 heure
- 11) Corine Denis, directrice de soins au CHD Vendée, entretien du 30 avril 2009 ; 1 heure
- 12) Messieurs Dominique Limouzin et Patrick Bourasseau, représentants du syndicat Force Ouvrière, entretien du 10 juillet 2009 ; 2 heures
- 13) Monsieur Gérard Boullant, représentant du syndicat CFDT, entretien du 15 juillet 2009 ; 2 heures
- 14) Monsieur Pierrick Rey, représentant du syndicat CGT, entretien du 22 juillet 2009 ; 1 heure
- 15) Monsieur Noël Vanderstock, directeur adjoint, centre hospitalier spécialisé Georges Mazurelle, la Roche-sur-Yon, entretien du 28 septembre 2009, 45 minutes

#### Annexe 4 :

#### Territoire de la Vendée

