



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2006

**Les conditions de réussite
d'une fusion hospitalière
ou l'importance du projet médical**

**Le cas de la fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud
et du Centre Hospitalier Intercommunal
Jean Rostand de Sèvres**

Manuelle TROUDE

Remerciements

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

- ❖ Madame Elisabeth PACREAU-LEDAIN, directrice du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray, pour m'avoir accueillie dans son établissement et fait partager ses analyses.
- ❖ Madame Danièle LACROIX, directrice du CHI de Meulan-les-Mureaux, pour avoir accepté l'encadrement de ce mémoire, m'avoir fait bénéficier de son expérience et de ses conseils méthodologiques avisés et pour sa disponibilité. Qu'elle en soit remerciée.
- ❖ Madame Stéphanie FAZI-LEBLANC, directrice des affaires financières et maître de stage, pour m'avoir guidée et conseillée dans ce travail et plus généralement pour la qualité de son encadrement durant cette année de stage.
- ❖ Madame Geneviève CLOUARD, Monsieur Olivier EMBS et Monsieur Hervé PAULY pour leur accueil et les analyses qu'ils m'ont fait partager.
- ❖ L'ensemble des personnes qui ont accepté avec bonne grâce de m'accorder un entretien, et notamment Pascal FORCIOLI, directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie, précédemment directeur du centre hospitalier intercommunal d'Eaubonne Montmorency, Joseph MOISAN, directeur de la filière des élèves directeur d'hôpital à l'École Nationale de la Santé Publique, ancien directeur du centre hospitalier intercommunal de Vendée-Loire-Océan et Gilles ECHARDOUR, chargé de mission à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France.
- ❖ Rémi pour le soutien qu'il m'a accordé pendant la rédaction de ce mémoire et, plus généralement, pendant ma formation de directeur d'hôpital.

Sommaire

Introduction	1
Préambule : présentation des deux établissements et contexte de la fusion hospitalière	5
1 Analyse des besoins de santé et de l'offre de soins du territoire	11
1.1 Les besoins de santé du territoire	11
1.1.1 Principales caractéristiques de la population du territoire de santé	11
A) Une population relativement âgée dont la croissance est encore à attendre	11
B) Une population au niveau socio-économique favorisé	12
C) Les données épidémiologiques de la population du territoire	12
1.1.2 L'origine essentiellement locale des patients du nouvel hôpital	12
A) Provenance des patients du site de Saint-Cloud	12
B) Provenance des patients du site de Sèvres	13
1.1.3 Les circuits de recrutement des patients des deux sites	14
1.2 Les réponses aux besoins de santé que peut apporter le nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud dans le contexte d'une offre de soins extrêmement concurrentielle	15
1.2.1 Une offre de soins fortement concurrentielle dans le département des Hauts-de-Seine en général et dans le territoire de santé en particulier	15
1.2.2 Un nouvel établissement hospitalier susceptible de trouver sa place au sein de l'offre de soins du territoire	19
A) Les points faibles de l'offre de soins du territoire de santé au regard des besoins de santé de la population	19
B) Les réponses aux besoins de santé que peut apporter le nouvel hôpital	19
2 Un projet d'établissement au service de la réussite de l'opération de fusion, subissant l'influence de nombreuses variables	21
2.1 Le rôle stratégique du projet d'établissement, et notamment du projet médical dans la réussite de la fusion	21
2.1.1 Le projet médical, un élément déterminant de la réussite de la fusion	22
A) Quel projet médical envisagé pour le nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud?	22
B) Le projet médical : une réponse aux enjeux de la fusion	23
a) Le projet médical comme vecteur d'une meilleure répartition de l'offre de soins	23
b) Un projet médical devant atténuer la fragilité financière des deux sites	24
c) Un projet médical permettant l'accroissement de l'activité en vue d'améliorer la qualité des soins au sein du nouvel hôpital	25
C) La méthodologie de définition du projet médical de l'hôpital fusionné : une alliance d'acteurs internes et d'acteurs externes	26
2.1.2 Les autres volets du projet d'établissement, éléments facilitant la réussite de la fusion	26

A)	Le projet social : l'enjeu de l'harmonisation des règles de gestion des ressources humaines et le développement d'un sentiment d'appartenance_____	27
B)	Le schéma logistique : la recherche d'une meilleure qualité et de gains de productivité____	28
C)	Le schéma directeur du système d'information : la recherche d'une harmonisation entre les deux sites_____	29
D)	Le schéma directeur architectural et d'équipements : optimiser l'architecture de l'établissement dans un cadre contraint _____	29
E)	Le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation : la nécessité de mobiliser les acteurs du soin_____	30
F)	Le projet de gestion et la nouvelle gouvernance : une évolution des rôles de chacun des pouvoirs au sein de l'hôpital _____	30
2.2	Une définition du projet médical conditionnée par une multitude de variables ____	31
2.2.1	La définition des variables-clés _____	32
A)	Les variables-clés internes pesant sur projet médical _____	32
B)	Les variables-clés externes pesant sur le projet médical _____	37
2.2.2	L'influence des variables entre elles _____	42
2.2.3	Les éléments d'incertitude qui pèsent, à terme, sur la définition du projet médical _____	43
A)	L'adhésion des acteurs reposant sur un équilibre précaire des jeux de pouvoirs _____	43
B)	Les incertitudes relatives au niveau et aux tarifs de l'activité future de l'établissement ____	44
C)	L'incertitude quant à la politique nationale relative au maintien des blocs opératoires des établissements de santé de petite taille _____	44
2.3	Une définition du projet médical déterminée par les stratégies des acteurs en présence _____	45
2.3.1	Les apports de l'analyse stratégique_____	45
A)	La sociologie des organisations – Crozier et Friedberg_____	45
B)	La sociologie du changement – Philippe Bernoux _____	46
C)	Le changement selon l'analyse de gestion stratégique _____	47
2.3.2	Les stratégies des acteurs relatives à la définition du projet médical de l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud _____	47
A)	Le chef d'établissement, porteur du projet et promoteur du changement_____	47
a)	Contexte : le directeur, chargé de la mise en place de l'établissement fusionné_____	47
b)	But : définir et mettre en œuvre un projet médical pertinent_____	48
c)	Des moyens accrus _____	48
B)	Le président du conseil d'administration _____	48
a)	Contexte : un soutien capital dans la défense du projet_____	48
b)	But : obtenir un projet médical qui réponde aux besoins de la population_____	49
c)	Moyens : la délibération sur le projet médical _____	49
C)	Les deux communautés médicales_____	49
a)	Contexte : une certaine défiance entre les communautés médicales des deux sites _____	49
b)	But : accroître leur pouvoir au sein de la nouvelle structure _____	51
c)	Moyens : un pouvoir d'influence déterminant _____	51
D)	Le président de la CME, un acteur influent _____	52

a)	Contexte : une CME issue majoritairement du site de Saint-Cloud	52
b)	But : un projet médical qui satisfasse la majorité de la communauté médicale	53
c)	Moyens : un pouvoir de blocage ou de contribution au changement	53
E)	Le personnel non médical, acteur de terrain	54
a)	Contexte : une réalité non encore palpable	54
b)	But : la conservation de conditions de travail de qualité	54
c)	Moyens : un pouvoir de résistance au changement	55
F)	L'agence Régionale de l'Hospitalisation : un soutien incontournable	55
a)	Contexte : le soutien de l'ARHIF à la fusion	55
b)	But : gardien du respect des engagements	55
c)	Moyens : un pouvoir de tutelle	56
G)	Les médecins libéraux, adresseurs déterminants pour l'activité du nouvel hôpital	56
a)	Contexte : la forte concurrence des établissements de santé aux alentours	56
b)	But : une prise en charge des patients de qualité	57
c)	Moyens : un pouvoir d'adressage vers le nouvel hôpital	57

3 L'identification des scénarios de l'offre de soins de l'hôpital fusionné et pistes de réflexion 59

3.1 Détermination des scénarios de l'offre cible : à partir de 2010-2011 59

3.1.1	Le scénario zéro : que se passe-t-il si, malgré la fusion, la répartition de l'offre de soins reste identique ?	59
A)	Hypothèse : le statu quo	59
B)	Conséquences : une fusion uniquement juridique	59
C)	Stratégie et moyens d'action : une stratégie attentiste	60
D)	Limites : la fragilité de l'établissement	60
3.1.2	Scénario tendanciel : faire de l'hôpital fusionné un hôpital général de proximité	61
A)	Hypothèse : une organisation de l'offre de soins telle qu'envisagée par le projet médical ..	61
B)	Conséquences : le maintien d'un hôpital général de proximité	61
C)	Stratégie et moyens d'action	62
D)	Limites : les conditions de réussite du scénario tendanciel	63
a)	Le développement du volume de l'activité chirurgicale	63
b)	Un accès à une imagerie moderne	65
3.1.3	Un scénario alternatif : faire de l'hôpital fusionné un hôpital mère-enfant et médecine	65
A)	Hypothèse : la suppression de l'activité chirurgicale	65
B)	Conséquences : la remise en cause du caractère général de l'hôpital	66
C)	Limites : une cohérence des activités à repenser	66
D)	Stratégie et moyens d'action : convaincre les communautés médicales et paramédicales ..	67
3.1.4	Scénario volontariste : développer une activité chirurgicale spécialisée au sein de l'hôpital fusionné	67
A)	Hypothèse : le développement d'une activité chirurgicale de pointe	67
B)	Conséquences : une pérennité mieux assurée	68
C)	Stratégie et moyens d'action : un travail de conviction et de communication	68

3.2	Détermination des scénarios de la phase transitoire 2007-2010	69
3.2.1	hypothèse 1 : le statu quo	69
A)	Hypothèse : le statu quo	69
B)	Conséquences : des transferts de service plus tardifs	70
C)	Limites : le retard des bénéfices attendus de la fusion	70
D)	Stratégie et moyens d'action	70
3.2.2	hypothèse 2 : regroupement des blocs opératoires et de la maternité sur le site de Saint-Cloud	71
A)	Hypothèse : regroupement des blocs opératoires et de la maternité dès la phase transitoire	71
B)	Conséquences : l'amorce d'une complémentarité d'activités entre les sites	71
C)	Limites	71
D)	Stratégie et moyens d'action : un nécessaire travail de conviction de la communauté médicale	72
3.2.3	hypothèse 3 : le transfert de la maternité de Saint-Cloud sur le site de Sèvres durant la période transitoire	72
A)	Hypothèse : regroupement des maternités sur le site de Sèvres et maintien des blocs opératoires sur les deux sites	72
B)	Conséquences : réorganisation de l'offre de soins sur le site de Saint-Cloud	72
C)	Limites : une hypothèse onéreuse	73
D)	Stratégie et moyens d'action	73
3.3	Pistes de réflexion	74
3.3.1	Quelles synergies pour les services médico-techniques qui font doublon ?	74
3.3.2	Quelle stratégie de complémentarité globale du nouvel établissement hospitalier avec le Centre de Lutte Contre le Cancer René Huguenin ?	75
3.3.3	Tenter de rapprocher deux cultures d'établissement distinctes	75
3.3.4	Développer une communication idoine	76
A)	Développer une communication interne	76
B)	Développer une communication externe	77
3.3.5	Evaluer l'opération de fusion	77
Conclusion		79
Bibliographie		81
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
ARHIF : agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France
ARTT : aménagement et réduction du temps de travail
CA : conseil d'administration
CAPL : commission administrative paritaire locale
CH : centre hospitalier
CHI : centre hospitalier intercommunal
CME : commission médicale d'établissement
CRH : Centre René Huguenin (Centre de lutte contre le cancer)
CSP : code de la santé publique
CTE : comité technique d'établissement
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS : durée moyenne de séjour
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
GHM : groupe homogène de malades
GHS : groupe homogène de séjour
GIE : groupement d'intérêt économique
HAD : hospitalisation à domicile
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
PMA : procréation médicalement assistée
PH : praticien hospitalier
PSPH : participant au service public hospitalier
RMI : revenu minimum d'insertion
SIH : syndicat inter-hospitalier
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
UGAP : union des groupements d'achat publics
UHTCD : unité d'hospitalisation de très courte durée

INTRODUCTION

Depuis dix ans, pas moins de cent trente restructurations entre établissements de santé publics ou privés ont vu le jour¹.

Le centre hospitalier de Saint-Cloud et le centre hospitalier intercommunal Jean Rostand situé à Sèvres, regroupant les communes de Chaville, Sèvres et Ville d'Avray, ont fusionné au 1^{er} janvier 2006, dans les conditions prévues par la décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France du 19 octobre 2005².

Dans un contexte français dans lequel, selon Philippe Bernoux «75% des réformes peuvent être considérées comme des échecs »³, l'enjeu de ce travail est de s'interroger sur **les conditions de la réussite de la mise en œuvre d'une fusion hospitalière**.

En 2005, l'opération de fusion à venir présentait des signes possibles de réussite : elle a recueilli l'aval des quatre maires concernés, des instances consultatives des deux hôpitaux qui ont émis un avis majoritairement favorable⁴ et des autorités de tutelle. Pourtant, à l'aube de l'existence du nouvel hôpital fusionné, la réussite de l'opération n'est pas acquise.

Une hypothèse, fréquente dans la littérature concernant les fusions hospitalières et qu'il conviendra de confirmer ou d'infirmer, est que le meilleur gage de succès d'une fusion hospitalière réside dans le projet d'établissement du nouvel hôpital fusionné, et

¹ VALLANCIEN G., *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, 3 avril 2006, 78 pages.

²Décision n° 05-28 du 19 octobre 2005, voir l'annexe 2.

³Philippe Bernoux, sociologue, membre du Groupement lyonnais de sociologie industrielle (CNRS), lors des Vèmes Journées de l'Association des directeurs d'hôpital au titre provocateur «La conduite du changement ou comment réussir à échouer ?» les 23 et 24 mars 2006 à Rennes.

⁴ Le CTE du CHI Jean Rostand de Sèvres adopte un avis nuancé : lors de la séance du 19 octobre 2004, il a à la fois voté défavorablement la fusion avec le CH de Saint-Cloud et l'absence d'alternative à cette fusion pour l'avenir de l'hôpital.

notamment dans son projet médical, qui rend cohérente la répartition de l'offre de soins entre les deux sites.

Dans un contexte de plus en plus contraignant pour les établissements de santé de petite taille, cette fusion résulte plus d'un mariage de raison que d'une volonté conjointe des deux établissements. Dans ces conditions, **notre hypothèse est que la réussite de l'opération de fusion imposée par des contraintes externes nécessite une légitimation, qui peut être obtenue par l'élaboration d'un projet médical cohérent pour le nouvel établissement.**

Le nouvel établissement hospitalier est juridiquement créé depuis le 1^{er} janvier 2006 mais son projet d'établissement, et notamment son projet médical est en cours de réflexion. Bien que les deux établissements soient juridiquement fusionnés, la répartition des activités médicales entre les deux sites est toujours identique à celle qui prévalait lorsque les centres hospitaliers étaient deux entités juridiques distinctes. La question du projet médical dans le cadre de la fusion prend donc toute son acuité.

Nous nous intéresserons uniquement à l'activité de MCO et à l'activité de SSR mais pas à l'activité d'hébergement de personnes âgées, dans la mesure où il s'agit d'une problématique spécifique qui relèverait d'un mémoire à elle seule.

Par ailleurs, la décision de fusion ayant été signée préalablement à la réalisation de ce mémoire, il ne sera point question ici de l'opportunité de cette restructuration mais bien de ses modalités. En outre, l'extrême actualité du sujet nécessite de déterminer une date jusqu'à laquelle étudier la situation : ce mémoire traitera donc de la situation de la fusion jusqu'au 1^{er} juillet 2006.

Une fusion est **un outil** permettant de réaliser une restructuration entre deux établissements⁵ ou davantage⁶ qui s'allient pour n'en faire plus qu'un seul. La fusion est donc alors l'intégration de plusieurs centres hospitaliers, personnes morales distinctes, dans une personne morale nouvelle et unique.

⁵ Par exemple, la fusion de l'hôpital de Poissy et de Saint-Germain.

⁶ Par exemple l'hôpital Nord-Deux-Sèvres, issu de la fusion des hôpitaux de Parthenay, Thouars et Bressuire.

Juridiquement, le terme de fusion est présent dans le décret du 24 septembre 1973⁷ mais prend une nouvelle ampleur avec les ordonnances d'avril 1996. Les coopérations inter hospitalières, à l'image de ce qui est prévu en matière de coopération intercommunale, ont en effet été favorisées par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

Pour autant, à l'heure actuelle, la fusion hospitalière est un thème relativement peu traité dans le code de la santé publique⁸.

Il convient ensuite de s'accorder sur ce qu'est une fusion réussie. La fusion est un outil au service d'objectifs, qui peuvent varier selon les contextes. Dans le cas de la fusion des centres hospitaliers de Saint-Cloud et de Sèvres, les objectifs affichés étaient d'obtenir à la fois un gage de pérennité des deux structures, par une amélioration de la situation financière, une réponse aux contraintes que fait peser la démographie médicale, l'atteinte d'une taille critique, l'amélioration de la sécurité des soins ainsi qu'une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. La réussite ou non de cette opération de fusion hospitalière se déduit donc de ces objectifs initiaux qui ont amené les deux établissements à fusionner.

L'intérêt d'étudier une opération de fusion hospitalière se justifie à plusieurs titres.

Tout d'abord, lorsqu'on découvre le milieu hospitalier dans lequel une fusion est en cours, on ne peut être que saisi par l'effervescence que suscite cette réorganisation, n'épargnant aucun secteur de l'hôpital.

En second lieu, et cela découle de ce qui précède, parce que la fusion de deux établissements hospitaliers est un thème d'étude transversal, qui nous permet d'appréhender tant le domaine des ressources humaines, que les aspects financiers, logistiques et le domaine stratégique.

Enfin, parce qu'une fusion hospitalière est une bonne illustration de l'évolution du métier de directeur d'hôpital : de plus en plus entouré par des techniciens et des cadres, placé dans un environnement de plus en plus contraignant, le directeur d'hôpital doit faire face à des problématiques de plus en plus stratégiques, tournées vers les relations humaines et la conduite du changement.

⁷ Décret n° 73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et à la suppression des établissements d'hospitalisation publique.

⁸ Le code de la santé publique aborde la fusion hospitalière dans ses articles L 6122-1, L6122-15, L6141-1 à 8, R 6141-10, R6141-11 et R 6141-13.

Afin de répondre à l'épineuse question des conditions de la réussite d'une fusion hospitalière, ce travail s'est tout d'abord appuyé sur la littérature dans le domaine des coopérations hospitalières et sur des ouvrages de sociologie, de gestion et de stratégie. L'analyse s'est ensuite portée sur l'étude de documents propres au contexte local.

La participation aux instances de l'hôpital, à des réunions et groupes de travail relatifs à la mise en œuvre de la fusion hospitalière - notamment de la définition du projet médical - a également servi ce travail.

Enfin, dix-sept entretiens avec les principaux acteurs de la fusion, avec des directeurs d'hôpitaux ayant conduit une opération de fusion hospitalière et un chargé de mission au sein de l'autorité de tutelle ont été menés, afin d'appréhender au mieux la réalité des logiques d'actions des différents acteurs⁹.

Après avoir effectué une étude de l'environnement et du positionnement du centre hospitalier intercommunal de Sèvres-Saint-Cloud (I), nous démontrerons que le projet d'établissement, et notamment le projet médical, est au service de la réussite de l'opération de fusion hospitalière et subit l'influence de multiples variables (II). Nous déclinerons le projet médical au regard de plusieurs scénarios de répartition de l'offre de soins, selon l'application de la méthode des scénarios développée par Michel Godet dans son *Manuel de prospective et de stratégie* et, dans ce cadre, proposerons des pistes de réflexion (III).

⁹ La liste des personnes rencontrées se situe en annexe 1.

PREAMBULE : PRESENTATION DES DEUX ETABLISSEMENTS ET CONTEXTE DE LA FUSION HOSPITALIERE

Présentation des deux établissements

❖ Le centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres

Le CHI Jean Rostand était un centre hospitalier intercommunal, situé sur la commune de Sèvres et rattaché aux communes de Chaville, Sèvres et Ville d'Avray.

L'origine de l'hôpital remonte à 1760-1786, lorsque les lettres patentes des rois Louis XV et Louis XVI instituent une Maison de Charité, refuge des plus défavorisés. En 1858, on assiste à la fondation d'un Hospice-Hôpital à l'initiative d'un bienfaiteur local. L'hôpital s'appelle alors Saint-Jean Baptiste.

Entre 1900 et 1928, un bâtiment pour les vieillards incurables et un pavillon affecté à la chirurgie sont créés. À compter de 1970, Les bâtiments du vieil hôpital sont détruits, pour laisser la place au centre hospitalier Jean Rostand, composé d'un bâtiment principal monobloc de 9 niveaux dont 7 étages ainsi qu'à une maison de retraite tels qu'ils existent aujourd'hui. En 1980, l'hôpital devient intercommunal avec trois communes de rattachement : Sèvres – Chaville – Ville d'Avray. Enfin, en 2006, les services de maison de retraite et de long séjour de l'hôpital sont regroupés au sein de la Résidence Jean Rostand, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le site de Sèvres a, au cours des quinze dernières années, procédé à une réduction progressive de son offre de soins. Aujourd'hui la spécialisation de l'établissement s'organise autour de deux types d'activités, chacune reconnue pour sa qualité, mais sans synergie entre elles : une filière d'activités de gynécologie - obstétrique : procréation médicalement assistée, grossesses pathologiques, néonatalogie, planning familial et une filière d'activité de médecine, soins de suite et réadaptation et d'hébergement des personnes âgées.

L'hôpital travaille en réseau avec les villes et les structures sanitaires de son environnement.

Il a accueilli en 2005 près de 5.700 patients et réalisé 33.000 journées d'hospitalisation. Son service d'urgences a enregistré 12.632 passages, ses services de consultations ont accueilli 25.000 patients et le service de maternité a pratiqué 1.800 accouchements.

❖ Le site de Saint-Cloud

Le Centre Hospitalier de Saint Cloud, construit depuis plus de deux cents ans, était l'héritier d'un hospice royal. Il doit sa localisation actuelle à la reine Marie-Antoinette en 1788. Détruit pendant la guerre de 1871, le service de médecine fut reconstruit à la fin du XIXème siècle et celui de chirurgie et de maternité dans les années 1960. En 1888, est venu s'adjoindre un asile de vieillesse, aujourd'hui centre de gériatrie, distant de deux kilomètres.

Situé au cœur de la ville, aujourd'hui aisément accessible en transports en commun, ses capacités d'extension sont de fait limitées, ce qui ne l'a cependant pas empêché de connaître nombreuses modifications architecturales jusqu'à aujourd'hui. L'hôpital est en effet en cours de rénovation depuis 2000, engendrant de nombreux déménagements et regroupements de services ainsi qu'une réduction de sa capacité en lits de l'ordre de 30%. Le nombre de lits est passé de 168 en 2000 à 118 en 2005. Il dispose de 4 place d'hospitalisation à domicile et de 8 postes d'hémodialyse. Il est également doté d'une capacité de 240 lits d'hébergement en long séjour et maison de retraite.

Le centre hospitalier de Saint-Cloud, hôpital de proximité, était le seul hôpital public à l'ouest de la Seine – hors AP-HP – présentant un large éventail de disciplines MCO. Le bassin de population du centre hospitalier de Saint-Cloud est de 285.000 habitants.

En 2005, doté d'un budget de fonctionnement annuel de 48 millions d'euros, il a reçu près de 8.000 hospitalisations complètes et hospitalisations de jour, 55.000 consultations externes, 15.000 passages aux urgences et a réalisé 1700 naissances.

Par ailleurs, et depuis peu, l'hôpital fait l'objet de mutations structurelles de grande importance. En effet, dans le cadre des ordonnances de 1996 qui relancent la coopération hospitalière dans un objectif de rationalisation de l'offre de soins, un rapprochement du centre hospitalier avec le centre de lutte contre le cancer René Huguenin a vu le jour en 1999 par la création d'un SIH et d'un GIE, ensemble visant à construire un plateau technique commun aux deux établissements. Il a permis au centre hospitalier de Saint-Cloud de conserver son offre de soins en MCO et de posséder un bloc opératoire, une salle de surveillance post-interventionnelle, un laboratoire et une stérilisation totalement neufs et conformes aux normes en vigueur. Cette coopération s'avère compliquée du fait qu'elle ait été imposée au Centre René Huguenin, de par la multiplicité des structures juridiques, ainsi que de l'existence d'équipes composées de personnel au statut public et privé dont l'organisation n'est pas vraiment commune.

Les sites de Sèvres et de Saint-Cloud ne sont distants que de trois kilomètres.

L'offre de soin des deux établissements avant la fusion (Chiffres 2006) :

* le nombre de lits installés tient compte des travaux

		Nombre de lits et places installés sur chacun des sites	
		Site de Saint-Cloud*	Site de Sèvres
Urgences	Accueil	OUI	OUI
	Lits porte	0	2
MCO	Médecine	64 : médecine gastro & alcoologie (30) + médecine interne & néphrologie (34)	Médecine aiguë polyvalente : 27
	Chirurgie	Chir orthopédique+chir digestive et viscérale + spécialités chirurgicales : 30	Chir ambu / gynéco / PMA / IVG : 10
	Obstétrique/ néonatalogie	28 lits obstétrique	30 lits obstétrique
		Pas de néonatalogie	6 berceaux de néonatalogie
	Réanimation	7 (réanimation + soins continus)	NON
	HAD	4 (obstétrique)	NON
	Dialyse	8	NON
SSR		NON	27
Long séjour et maison de retraite		240	84
Total MCO		141 (dont 4 HAD)	73

Contexte de la fusion hospitalière entre les deux établissements

Deux projets de fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et du Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand ont été envisagés en 1990 puis en 1998. Ils n'avaient pas abouti notamment en raison de la crainte exprimée par les acteurs du CHI de Sèvres que ce dernier se fasse « absorber » par le centre hospitalier de Saint-Cloud. Cette crainte est fréquente dans les opérations de fusions hospitalières ; Gilles Echardour, chargé de mission à l'ARHIF, parle du « syndrome du loup et de l'agneau », Denis Debrosse, chargé de mission auprès du Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins au Ministère de la Santé, l'exprime par le terme de « fusions cannibales »¹⁰.

Après l'échec de ces deux tentatives, la direction du CH de Saint-Cloud s'est alors tournée vers le centre de lutte contre le cancer René Huguenin avec lequel elle a alors entrepris une coopération stratégique, matérialisée par la construction d'une passerelle entre les deux établissements. Cette coopération se concrétise par la mise en commun du bloc opératoire, des services d'anesthésie et de la salle de surveillance post-interventionnelle au sein d'un GIE et par la création d'un SIH qui regroupe le laboratoire et l'approvisionnement du bloc opératoire en dispositifs médicaux. Le service de stérilisation a fait l'objet d'une convention de sous-traitance avec l'emploi de personnels des deux établissements. Enfin, une convention entre les deux établissements régit l'utilisation de l'IRM et du scanner.

En 2003, la nécessité pour les centres hospitaliers de Sèvres et de Saint-Cloud de fonctionner dans de meilleures conditions ainsi que l'évolution du contexte – mise en place de la tarification à l'activité, démographie médicale - ont relancé le projet de fusion avec acuité. Par courrier en date du mois de novembre 2003, l'ARH d'Île-de-France a indiqué sa volonté de rapprocher les activités du CH de Saint-Cloud, du CHI Jean Rostand situé à Sèvres et de la clinique chirurgicale du Val d'Or afin d'améliorer l'offre de soins dans les domaines des urgences, de la gynéco-obstétrique-PMA et les services aux personnes âgées. En accord avec les trois conseils d'administration, une mission d'assistance technique à une réorganisation de l'offre de soins a été confiée à un consultant externe, le groupe Montaigne. Menée d'avril à septembre 2004, cette mission a conclu à la nécessité d'une fusion juridique des deux hôpitaux publics de Sèvres et de Saint-Cloud. Le projet de rapprochement avec la clinique du Val d'Or a été ajourné.

Au cours de l'année 2004, les directeurs et les conseils d'administration des centres hospitaliers de Sèvres et de Saint-Cloud se sont accordés pour fusionner et en initier le projet.

¹⁰ Cités par RAIKOVIC M. Les fusions d'établissement, *Décision santé* 15 octobre 2000, n° 165, respectivement p. 16 et 18.

Suite à la volonté du directeur du centre hospitalier de Saint-Cloud de quitter son poste au 15 août 2004, le port du projet de fusion de ce site a été confié à une directrice adjointe, nommée directrice par intérim de l'établissement, sachant qu'il était prévu que pour des raisons personnelles, elle quitterait cette fonction en juin 2005.

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a demandé aux deux directrices, par lettre de mission en date du 20 décembre 2004, de lui proposer un projet de répartition des activités de soins sur les deux sites, le projet architectural, la projection des impacts financiers et un calendrier prévisionnel de réalisation de la fusion.

Les deux directrices ont remis au Directeur de l'Agence un rapport commun le 4 mars 2005.

Une réunion organisée le 26 mai 2005 par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, réunissant les maires de Saint-Cloud, Sèvres et Chaville, le président du conseil d'administration du Centre Hospitalier de Saint-Cloud, les directeurs, les présidents et vice-présidents de CME des deux établissements, a entériné le principe d'une fusion des deux établissements à compter du 1^{er} janvier 2006.

Les grands principes de l'accord entre les parties ont été rappelés par une lettre de cadrage du directeur de l'Agence le 26 mai 2005. Ce courrier propose une répartition des lits entre les sites du nouveau centre hospitalier, émet des recommandations quant à son organisation et apporte en contrepartie une aide financière au futur établissement hospitalier¹¹.

Sur la base de cette lettre de cadrage, les instances des deux établissements (CTE, CME et CA) et les conseils municipaux des quatre communes concernées ont délibéré favorablement à cette fusion.

La décision de fusion donnant naissance au centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres, Ville d'Avray a été signée le 19 octobre 2005 par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France. Pour des raisons de commodité et de simplification, l'établissement sera dénommé dans ce mémoire « hôpital de Sèvres-Saint-Cloud ».

Cette fusion résulte donc de la volonté des deux directions. Elle n'a pas été précédée d'une coopération préalable approfondie, telle que fréquemment observée sous la forme d'un syndicat inter-hospitalier¹², d'un groupement d'intérêt public¹³ ou de relations conventionnelles approfondies¹⁴.

¹¹ Voir annexe 3

¹² Comme c'est le cas dans la fusion des CH de Foix et Pamiers par exemple.

¹³ Cas de la fusion des hôpitaux de Domfront et de la Ferté-Macé par exemple.

¹⁴ Exemple de la fusion des centres hospitaliers de Poissy et de Saint Germain-en-Laye ou plus récemment, cas des centres hospitaliers d'Orsay et Longjumeaux.

1 ANALYSE DES BESOINS DE SANTE ET DE L'OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE

Une bonne connaissance des caractéristiques sociodémographiques est essentielle pour apprécier quantitativement et qualitativement le bassin d'attraction hospitalier de l'hôpital fusionné. C'est pourquoi nous étudierons tout d'abord les besoins de santé du territoire (1.1) avant de voir dans quelle mesure l'offre présente dans le territoire de santé et le département peut y répondre (1.2).

1.1 Les besoins de santé du territoire

Le centre hospitalier de Sèvres-Saint-Cloud relève du territoire de santé 92-2. Ce territoire est situé au centre du département des Hauts-de-Seine, limitrophe des départements de Paris à l'est et des Yvelines à l'ouest. C'est le territoire de santé le moins peuplé du département, regroupant 26% de la population. La population du territoire de santé a les caractéristiques d'une population relativement aisée¹⁵.

1.1.1 Principales caractéristiques de la population du territoire de santé

L'objectif est ici d'identifier les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la démographie du bassin d'attraction du centre hospitalier fusionné.

A) Une population relativement âgée dont la croissance est encore à attendre

L'indice de vieillissement de la population du territoire de santé 92-2 est plus élevé que celui du département et nettement supérieur à celui de la région. Il a le plus faible pourcentage de population de moins de 20 ans du département (25,25%).

Il ressort des données du recensement de 1999 de l'INSEE que la population des quatre communes concernées – Saint-Cloud, Chaville, Ville d'Avray et Sèvres – est en moyenne plus âgée que la population francilienne. La part de la population âgée de plus de 60 ans est respectivement de 21,9%, 21%, 19,7% et 17,3% pour ces quatre communes de rattachement de l'hôpital fusionné, alors qu'elle n'est que de 16,6% en Ile-de-France¹⁶.

À l'horizon 2010, une augmentation globale de la population du territoire de 4.79% est prévue, supérieure d'un point à l'évolution départementale et régionale, avec, au sein de

¹⁵ Les données sont issues du SROSS de 3ème génération.

¹⁶ Voir le détail en annexe 5.

cette population, un accroissement de 15.26% des personnes âgées de plus de 75 ans et une diminution de 1,3% du nombre de femmes de 15 à 44 ans.

B) Une population au niveau socio-économique favorisé

La situation socio-économique des habitants du territoire est globalement favorisée : le nombre de bénéficiaires du RMI est inférieur à celui du département. Les communes du territoire de santé ont globalement des écarts de revenu modérés. La population du département des Hauts-de-Seine est plutôt favorisée au regard de celle de l'ensemble de l'Île-de-France : le revenu annuel moyen par ménage dans les Hauts-de-Seine s'élève à 31.500 euros, contre 20.363 euros sur l'ensemble de la France.

La population active est composée à plus de 80% d'employés, de cadres et professions intellectuelles et de professions intermédiaires.

C) Les données épidémiologiques de la population du territoire

Au sein du territoire de santé, on observe une sous-mortalité générale pour les hommes comme pour les femmes. On note cependant que le territoire a le plus fort taux de décès par suicides du département et de la région.

Les femmes en âge de procréer représentent 26,3%, ce qui est dans la moyenne départementale et régionale. Il en est de même pour les taux de natalité et de fécondité.

Le taux d'accouchement sans surveillance prénatale est faible (environ 5%).

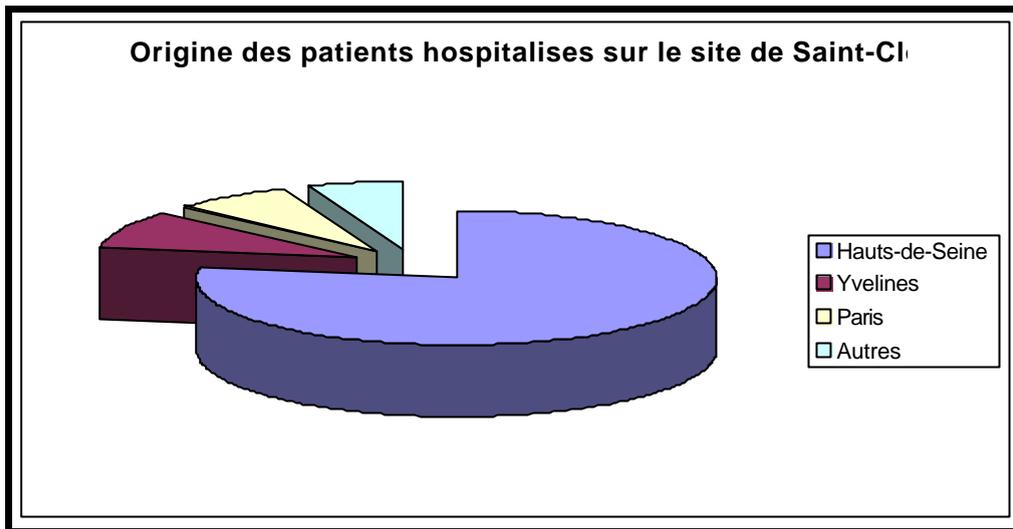
Le nombre de passage aux urgences s'avère très supérieur à celui du département et de la région.

1.1.2 L'origine essentiellement locale des patients du nouvel hôpital

Le bassin d'attraction de l'hôpital fusionné comprend une première zone de 82.000 habitants dans les communes de Chaville, Sèvres, Saint-Cloud et Ville d'Avray ; une seconde zone de plus de 106.000 habitants dans les communes de Meudon, Issy-les-Moulineaux et Boulogne-Billancourt ; et une troisième zone de 32.000 habitants dans les communes de Marne-la-Coquette, Vaucresson et la Celle Saint-Cloud.

A) Provenance des patients du site de Saint-Cloud

Près de 78% des 8006 patients hospitalisés en 2005 sur le site de Saint-Cloud provient du département des Hauts-de-Seine, 9% du département des Yvelines, 7% de Paris et 6% d'autres départements.

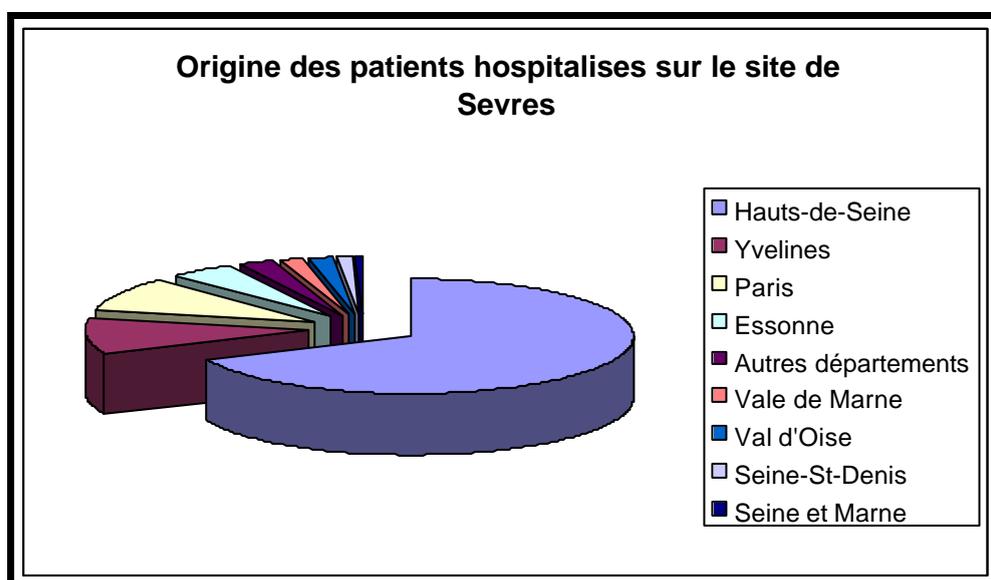


Parmi les patients issus des Hauts-de-Seine hospitalisés en 2005 sur le site de Saint-Cloud, près de 25% viennent de la commune de Saint-Cloud, 15% de Boulogne-Billancourt, 13% de Garches, 8% de Buzenval, 5% de Suresnes, 4% de Ville d'Avray et autant de Vaucresson.

Près de la moitié des entrées du centre hospitalier de Saint-Cloud provient de patients âgés de 20 à 40 ans, notamment en raison de la forte activité en gynécologie-obstétrique de l'établissement, qui représente près du quart des entrées. Par ailleurs, près du quart des patients a plus de 60 ans.

B) Provenance des patients du site de Sèvres

Près de 70% des patients du site de Sèvres provient du département des Hauts-de-Seine, 10% des Yvelines, 10% de Paris et 10% des autres départements.



Parmi les patients provenant des Hauts-de-Seine, près de 14% provient de Boulogne-Billancourt, 12% de Sèvres, 8% de Chaville, 8% de Meudon, 7% d'Issy-les-Moulineaux et seulement 2% de Ville d'Avray.

Près des deux tiers des patients du site de Sèvres a entre 20 et 40 ans et près de 12% des patients a plus de 70 ans.

1.1.3 Les circuits de recrutement des patients des deux sites

Sur le site de Saint-Cloud, les recrutements en médecine se font essentiellement grâce à l'adressage des patients par les médecins de ville, avec lesquels les médecins hospitaliers ont développé des réseaux. Toutefois, les recrutements personnalisés des médecins de l'hôpital en médecine et chirurgie sont en baisse constante. Cela s'explique à la fois par le développement de la concurrence médicale et chirurgicale, par le fait qu'une partie des chirurgiens du nouveau CHI exerce également à temps partiel dans des établissements concurrents et enfin par la réduction de la capacité d'accueil des services en raison des travaux.

Sur le site de Sèvres, le recrutement actuel se fait essentiellement par le service des urgences. L'augmentation des transferts des services de médecine et de chirurgie de Saint-Cloud vers le site de Sèvres pourra être un moyen de diversifier les entrées.

Sur les deux sites, le recrutement des femmes en obstétrique s'effectue essentiellement dans les communes limitrophes et jusqu'à Paris.

Un recrutement spécifique s'effectue en alcoologie, dont le centre hospitalier de Saint-Cloud a été l'un des promoteurs historiques et dont l'aire de recrutement est régionale. Un recrutement spécifique s'effectue également pour le service de PMA, qui draine des patientes du chef de service de la maternité de Sèvres, provenant surtout de Paris et de l'ouest de l'Île-de-France. Enfin, un recrutement spécifique intervient pour le service d'hémodialyse, qui recrute surtout sur les communes limitrophes.

Ces besoins de santé sont relativement bien couverts par une offre de soins abondante sur le territoire. Il persiste toutefois des besoins de santé moins bien couverts, que le nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud pourrait s'employer à combler.

1.2 Les réponses aux besoins de santé que peut apporter le nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud dans le contexte d'une offre de soins extrêmement concurrentielle

L'offre de soins est abondante dans le territoire de santé et, plus généralement, dans le département des Hauts-de-Seine (1.2.1). L'un des enjeux du nouvel établissement hospitalier est de proposer une offre de soins qui trouve sa place dans ce contexte extrêmement concurrentiel (1.2.2).

1.2.1 Une offre de soins fortement concurrentielle dans le département des Hauts-de-Seine en général et dans le territoire de santé en particulier

Le territoire de santé est fort bien doté par rapport à la région, tant dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique qu'en soins de suite et de réadaptation.

La couverture en équipements en sites d'urgences, rapportée à la population, est très supérieure à celle du département et de la région.

Le territoire de santé comprend, dans seulement 56 kilomètres carrés, un centre de lutte contre le cancer, six établissements de court séjour (un établissement de l'Assistance Publique et cinq cliniques privées), sept établissements associant court séjour et soins de suite et de réadaptation ou soins de longue durée (un établissement de l'Assistance Publique, deux PSPH et quatre établissements publics de santé) et enfin sept établissements de soins de suite et de réadaptation. Le CHI de Sèvres-Saint-Cloud est situé à un kilomètre de la clinique chirurgicale du Val d'Or, à deux kilomètres de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt (AP-HP) doté notamment de services de chirurgie orthopédique et de chirurgie viscérale - mais pas de gynécologie-obstétrique - et à quatre kilomètres de l'hôpital Foch, le plus gros établissement PSPH de France.

Le territoire est doté d'une densité importante de praticiens libéraux. Toutefois, la proportion particulièrement élevée des praticiens de ville exerçant en secteur 2 et l'absence de maison médicale sur le territoire conduisent un nombre important de patients à consulter dans les services des urgences.

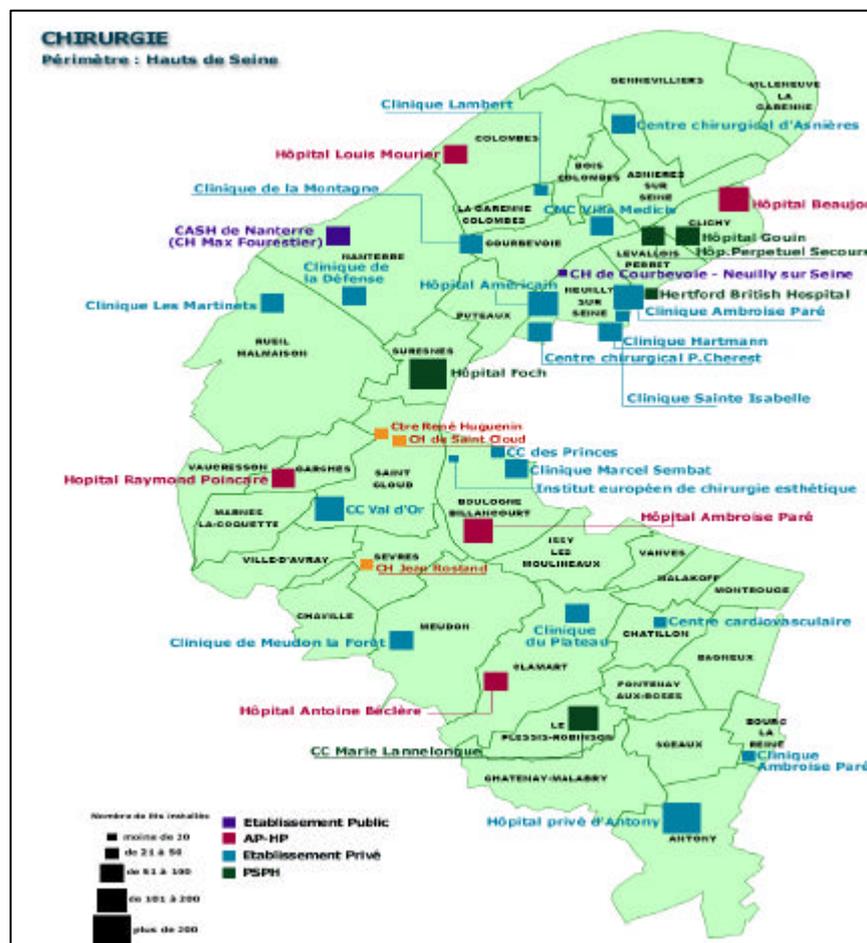
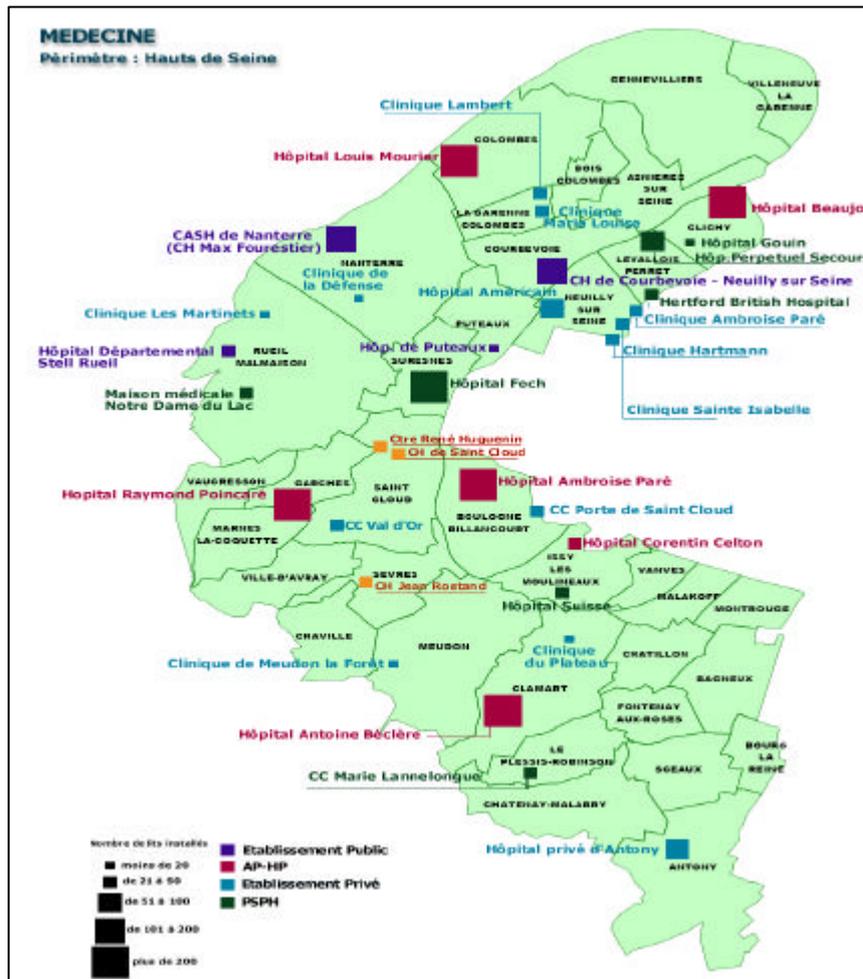
Plus largement, l'offre de soins dans le département des Hauts-de-Seine est également très importante. En outre, la proximité de Paris rend la concurrence d'autant plus importante que les établissements parisiens de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris sont particulièrement attractifs.

Sur le département, l'offre de chirurgie est abondante – notamment dans le secteur privé concurrentiel et PSPH –, laissant peu de nouvelles opportunités de déploiement de ces activités. En médecine, l'offre de soins dans le département est également importante, mais la perspective de l'accroissement des besoins liée au vieillissement de la population peut laisser pressentir une manne d'activité potentielle.

Cependant, l'activité de gynécologie-obstétrique est, quant à elle, relativement limitée dans le département, notamment dans le secteur public. Il en est de même pour les activités d'urgences et de gériatrie.

Le département des Hauts-de-Seine compte, au sein de ses 175 kilomètres carrés, une trentaine d'établissements réalisant de l'activité chirurgicale, environ autant dotés de services de médecine, une dizaine d'établissements dotés de services d'urgences et une demi-douzaine d'établissements réalisant une activité gériatrique. Une quinzaine d'établissements de santé offre une activité de gynécologie-obstétrique au sein du département, dont seulement cinq hôpitaux publics, six établissements privés et deux établissements participant au service public.

Les cartes suivantes présentent géographiquement l'offre de soins du département dans les disciplines de MCO et d'urgences.





Le contexte sanitaire et les caractéristiques quantitatives et qualitatives de l'offre de soins concurrente permettent de déterminer les stratégies de différenciation ou de complémentarité du nouvel établissement hospitalier. Ce dernier peut en effet contribuer à apporter des réponses aux points faibles de l'offre de soins du territoire.

1.2.2 Un nouvel établissement hospitalier susceptible de trouver sa place au sein de l'offre de soins du territoire

A) Les points faibles de l'offre de soins du territoire de santé au regard des besoins de santé de la population

Au sein du territoire de santé, la filière gériatrique aiguë et de soins de suite et de réadaptation est difficile d'accès, avec une absence de lits d'aval pour les personnes âgées polypathologiques et les patients chroniques, nécessitant des soins de nursing lourds.

Près de la moitié des capacités autorisées de soins de suite n'est pas installée.

Le fort pourcentage de médecins à honoraires libres n'est pas sans poser de problème d'accessibilité aux soins pour une certaine frange de la population.

Par ailleurs, peu d'établissements proposent, à l'heure actuelle, au sein du territoire, une activité de gynécologie-obstétrique. En particulier, l'hôpital Ambroise Paré, établissement de l'AP-HP, construit pour couvrir notamment les besoins de santé de la population de l'ouest parisien, ne possède pas de service de maternité alors que la part des ménages de moins de trente ans est en augmentation à Boulogne-Billancourt.

L'un des avantages attendus par l'ARHIF concernant l'offre de soins du nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud est donc d'offrir une activité en obstétrique et en gériatrie, peu présente au sein des établissements de la région¹⁷.

B) Les réponses aux besoins de santé que peut apporter le nouvel hôpital

Les réponses aux besoins de santé que peut apporter le nouvel hôpital consistent d'une part à conforter des activités qu'il réalise déjà, telles que l'activité de gynécologie-obstétrique, de chirurgie et d'urgences, et d'autre part à développer dans le cadre du projet médical une véritable structure de gériatrie aiguë.

¹⁷ Entretien avec Gilles Echardour, chargé de mission à l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, le 13 juillet 2006.

- Le maintien d'une activité importante en gynécologie-obstétrique

En 2005, les deux sites enregistraient une excellente performance de l'activité de leur maternité avec 1700 naissances, représentant 7319 journées d'hospitalisation sur Saint-Cloud et 1790 naissances, représentant 7985 journées d'hospitalisation sur Sèvres.

- Le maintien d'un service d'urgences de proximité

Le nouvel établissement hospitalier peut maintenir un service d'urgences afin de permettre à la fois une certaine proximité et pallier la forte proportion de médecins libéraux à honoraires libres.

- L'existence de marges de manœuvre en chirurgie

L'activité de chirurgie tant conventionnelle qu'ambulatoire est en diminution constante sur les deux sites, bien que le taux d'occupation du service de chirurgie du site de Saint-Cloud s'accroisse¹⁸ en raison de la réduction du nombre de lits ouverts du fait des travaux.

Les salles du bloc opératoire sont sous-exploitées de l'ordre de la moitié de leur potentiel, tant sur le site de Sèvres que sur celui de Saint-Cloud commun avec le Centre de Lutte Contre le Cancer René Huguenin dans le cadre du GIE Lauer. La faiblesse de l'activité a pour origine d'une part la diminution de l'adressage de la médecine de ville au profit du secteur lucratif et, d'autre part, l'évolution des traitements : de plus en plus d'actes chirurgicaux peuvent être évités au profit d'autres modes de traitements ou peuvent être pratiqués par la médecine de ville. La structure de coûts fixes du bloc opératoire génère des coûts importants par rapport à l'activité chirurgicale actuellement produite, ce qui n'est pas neutre dans un système de tarification à l'activité.

- Le maintien, voire l'accroissement des capacités en soins gériatriques aigus et en soins de suite et de réadaptation

Un réel besoin se fait sentir en lits d'aval. Aujourd'hui, le site de Sèvres dispose d'une capacité de 27 lits de soins de suite et de réadaptation et de 27 lits de médecine gériatrique, qu'il serait possible d'accroître.

Cette étude de l'environnement et du positionnement des deux sites nous permet de situer le contexte dans lequel le projet d'établissement, et plus particulièrement le projet médical, vont pouvoir être élaborés.

¹⁸ Il atteint 76% en 2005.

2 UN PROJET D'ETABLISSEMENT AU SERVICE DE LA REUSSITE DE L'OPERATION DE FUSION, SUBISSANT L'INFLUENCE DE NOMBREUSES VARIABLES

Afin d'établir de quelle manière le projet d'établissement, et plus particulièrement le projet médical, peuvent être au service d'une fusion juridiquement déjà réalisée, il convient d'étudier dans quelle mesure ils peuvent jouer un rôle stratégique dans la réussite de l'opération de fusion (2.1). La définition du projet médical, cruciale pour la réussite de la fusion, est cependant influencée par une multitude de variables tant internes qu'externes (2.2) et s'avère fortement déterminée par la stratégie des acteurs en présence (2.3).

2.1 Le rôle stratégique du projet d'établissement, et notamment du projet médical dans la réussite de la fusion

Le projet d'établissement doit permettre de définir les objectifs généraux de l'établissement, et par-là d'apporter la lisibilité nécessaire à la fusion. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière stipule que « le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnels et d'équipements dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme »¹⁹.

Le projet d'établissement du nouvel établissement hospitalier est en cours d'élaboration. Il comprend un projet architectural, un projet logistique, un projet social, un schéma directeur du système d'information, un projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, un projet de gestion et surtout un projet médical.

La direction du nouvel hôpital fusionné a mis en place des groupes de travail pluridisciplinaires chargés de lui soumettre des propositions dans le cadre des projets social et logistique. Elle a par ailleurs fait appel à différents consultants externes pour la réalisation de propositions en matière de projet médical, de projet de gestion, de projet de système d'information et de projet architectural en raison de l'extrême spécificité et technicité de ces domaines. Le projet d'établissement est composé principalement d'un

¹⁹ Article L714-11 de la loi du 31 juillet 1991.

projet médical qui, en proposant la répartition de l'offre de soins du nouvel établissement hospitalier, s'avère déterminant pour la réussite de la fusion (2.1.1). S'adjoignent également divers volets du projet d'établissement, qui facilitent la réussite de la fusion (2.1.2).

2.1.1 Le projet médical, un élément déterminant de la réussite de la fusion

La notion de projet médical a été l'une des principales innovations de la réforme du 31 juillet 1991. L'ambition du législateur était d'introduire grâce au projet médical une nouvelle réflexion stratégique sur la planification sanitaire.

La majeure partie de la littérature s'accorde sur l'enjeu que représente le projet médical dans une fusion hospitalière²⁰. Le projet médical est la pierre angulaire de la réussite de la démarche de fusion car il contribue de manière importante à la réponse qui peut être apportée par le nouvel établissement hospitalier aux principaux défis qui se posent à lui (A). C'est pourquoi, une méthodologie particulière a été instaurée pour la définition du projet médical du nouvel établissement hospitalier (B).

- A) Quel projet médical envisagé pour le nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud?

Le projet médical envisagé dans le cadre des groupes de travail pour le nouveau centre hospitalier intercommunal de Sèvres-Saint-Cloud prévoit de regrouper l'ensemble des activités de MCO et PMA sur le site de Saint-Cloud et d'offrir sur le site de Sèvres une filière de gériatrie complète de court, moyen et long séjour. Pour conserver le caractère d'hôpital de proximité, des consultations auraient lieu sur les deux sites. Ce projet médical permettrait une complémentarité de l'offre de soins entre les deux sites.

²⁰ C'est le cas notamment de Gilles Calme, Jean-Paul Segade et Laura Lefranc, pour qui « la fusion juridique n'est que la traduction d'une logique médicale intégrant les projets médicaux et à travers eux les projets d'établissements » (CALME G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, Paris, Masson, 1998). Pascal Forcioli indique, à son tour, que « l'élaboration du projet médical est un acte de management fort et un acte politique important qui concrétise la fusion » (FORCIOLI P., *Fusion hospitalière, mode d'emploi*, *Revue Hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n°6, p.30).

La répartition des lits envisagée dans le projet médical est la suivante :

	Site du CH de St Cloud	Site de Sèvres
Urgences	OUI + 6 lits UHTCD	OUI
Médecine / Alcoologie	25 lits médecine interne 10 lits gastro-entérologie/ alcoologie de crise	81 lits dont : - 27 lits de médecine aiguë gériatrique - 27 lits de médecine polyvalente - 27 lits d'addictologie
Chirurgie	30 lits de chirurgie	NON
Gynécologie- Obstétrique	54 lits (dont 6 de chir. gynéco conventionnelle) 8 lits de HAD 6 places chir. gynéco ambulatoire	NON
Néonatalogie	9 berceaux + 2 lits mère-enfant	NON
PMA	4 fauteuils	NON
Réanimation	8 lits de réanimation 4 lits de soins continus	NON
Dialyse	10 postes hémodialyse + dialyse péritonéale	NON
SSR	NON	81 lits dont 5 à 10 lits post-chirurgicaux
Long séjour et maison de retraite	240 lits	84 lits + 6 lits d'accueil de jour (EHPAD)
Imagerie	OUI	maintenue sur le site dans le cadre d'un service unique sur les 2 sites
Laboratoire	OUI (mutualisé avec le Centre de lutte contre le cancer René Huguenin)	NON
Pharmacie à usage intérieur	A mutualiser (localisation à déterminer)	A mutualiser (localisation à déterminer)
Consultations	Consultations diversifiées	Consultations diversifiées

B) Le projet médical : une réponse aux enjeux de la fusion

Le projet médical apparaît comme étant stratégique car il doit permettre de répondre aux différents enjeux que doit relever l'hôpital fusionné pour assurer sa pérennité : contribuer à rationaliser la répartition de l'offre de soins sur le territoire (a), consolider sa situation financière (b) et assurer la sécurité des soins (c).

a) *Le projet médical comme vecteur d'une meilleure répartition de l'offre de soins*

L'objectif d'une fusion hospitalière est de créer un établissement qui fournisse une réponse adaptée aux besoins de santé et à la qualité des soins au meilleur coût par un redéploiement des services et des activités.

La rationalisation de l'offre de soins permet de répondre au mieux aux besoins de la population.

Les centres hospitaliers de Sèvres et de Saint-Cloud proposaient, à trois kilomètres de distance et dans un tissu sanitaire extrêmement concurrencé, une offre de soins partiellement identique dans des disciplines comme la médecine, la gynécologie obstétrique ou les urgences de proximité. Or, les exigences régionales imposent une rationalisation de l'offre de soins, l'Île-de-France étant particulièrement dotée en structures sanitaires. Selon Danièle Lacroix, directrice du centre hospitalier intercommunal de Meulan-les-Mureaux, «une fusion pour améliorer la cohérence d'un dispositif de soins est plus enthousiasmante et génératrice d'adhésion qu'une fusion dont l'unique but serait de réaliser des économies »²¹.

b) *Un projet médical devant atténuer la fragilité financière des deux sites*

Il n'en reste pas moins que cette fusion a également une visée économique et financière. La fusion des deux hôpitaux a en effet pour objet de pallier les difficultés de fonctionnement des petites ou moyennes structures, inquiètes pour leur survie dans les années à venir ou jugeant leur taille insuffisante pour réaliser certaines activités ou pour faire face à la concurrence. Il apparaît donc nécessaire de se regrouper dans un ensemble plus grand pour atteindre une taille critique. Le concept de taille critique, à savoir le niveau de production pour lequel le coût moyen est le plus faible, facteur d'économies d'échelle, est particulièrement important en système de tarification à l'activité. L'augmentation du nombre de lits ne requiert pas une augmentation proportionnelle du nombre de personnel : par exemple, un seul médecin du département d'information médicale peut travailler sur les deux sites du nouvel établissement fusionné, alors que l'existence de deux établissements distincts nécessitait auparavant l'emploi de deux personnes.

D'une manière générale, la mise en œuvre de la tarification à l'activité, selon laquelle les activités de soins génèrent des recettes qui doivent leur permettre d'assurer leur fonctionnement, est source de recompositions de l'offre de soins. L'ARHIF note dans sa lettre de cadrage du 26 mai 2005 que « les deux établissements, pratiquement à l'équilibre financier en 2004, vont être affectés sur la période intermédiaire (2005-2008) par des facteurs de déséquilibre : pour Saint-Cloud, les fermetures de lits pendant les travaux généreront une baisse des recettes issues de la T2A. Pour l'hôpital Jean Rostand, l'adaptation de la productivité à la montée en charge de la T2A risque de se heurter au caractère incompressible d'une partie des dépenses supportées par un site de petite taille ». Le projet médical du nouvel établissement hospitalier doit prévoir la

²¹ LACROIX D., Centre hospitalier de Meulan-les-Mureaux : osmose, *Directeur d'hôpital magazine*, août-septembre 1999, n° 66, p. 23-26.

mutualisation des ressources des deux sites, afin de permettre de générer des économies.

Une pression est, par ailleurs, exercée à l'échelle nationale en faveur des recompositions hospitalières par la Cour des Comptes²², au motif que la maîtrise des dépenses remboursées de santé requiert une relance des actions de régulation et notamment des restructurations hospitalières.

c) *Un projet médical permettant l'accroissement de l'activité en vue d'améliorer la qualité des soins au sein du nouvel hôpital*

L'idée est que dans les structures de taille trop réduite, il ne serait pas possible d'assurer la sécurité des soins en raison du faible entraînement des équipes.

En outre, les deux hôpitaux souffrent d'une pénurie de certains personnels médicaux, et notamment d'anesthésistes et de pédiatres²³, susceptible d'obérer le bon fonctionnement des services de gynécologie obstétrique et de réanimation.

Le projet médical du nouvel établissement hospitalier, en prévoyant la création de services de taille plus importante par la mutualisation des équipes, permet de rendre l'établissement plus attractif pour les personnels médicaux. L'existence d'une activité chirurgicale et la perspective d'une maternité réalisant près de 3500 accouchements par an dans le nouvel établissement hospitalier devraient permettre d'améliorer l'attractivité de l'établissement auprès des médecins anesthésistes et pédiatres.

On peut cependant se demander si la sécurité ne réside pas, de manière complémentaire, dans la capacité à travailler en réseau et à renvoyer aux établissements appropriés lorsque cela s'avère nécessaire.

En définitive, les enjeux de cette fusion sont résumés par Gilles Echardour, chargé de mission à l'ARHIF, pour qui une fusion apparaît comme « le moyen de réduire la vulnérabilité d'un, voire des deux établissements (...). Elle peut aussi être envisagée pour faire face à la raréfaction de certaines ressources sans lesquelles la continuité des soins cesse d'être assurée, telle la compétence médicale »²⁴. Le projet médical se doit de répondre à ces enjeux.

²² Dans son rapport de 2002 au Parlement sur la Sécurité Sociale, chapitre sur la situation des comptes sociaux en 2001.

²³ Entretien avec un chargé de mission à l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, le 13 juillet 2006.

²⁴ Cité dans RAIKOVIC M., Les fusions d'établissements, *Décision Santé* 15 octobre 2000, n° 165, p. 15.

C) La méthodologie de définition du projet médical de l'hôpital fusionné : une alliance d'acteurs internes et d'acteurs externes

La méthodologie de travail pour parvenir à définir un projet médical pour l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud a été de créer un groupe de travail œuvrant à la définition du projet médical au sein du schéma stratégique de l'établissement²⁵. Ce groupe est piloté par un cabinet de conseil expert dans le conseil aux fusions hospitalières et composé de médecins des deux sites, des deux directeurs des soins, d'un membre de l'ARH et de deux directeurs adjoints. Ce groupe de travail a été étoffé suite au souhait exprimé par de nombreux médecins de ne pas rester à l'écart de la définition de ce projet stratégique pour l'avenir de l'établissement.

La réussite de la fusion hospitalière est donc fortement liée à une définition pertinente du projet médical. Elle se retrouve également facilitée par les autres composantes du projet d'établissement.

2.1.2 Les autres volets du projet d'établissement, éléments facilitant la réussite de la fusion

Dans des établissements qui, comme les centres hospitaliers de Machecoul et Challans, ont connu une période de coopération précédant leur fusion, une certaine harmonisation avait pu être préalablement menée²⁶. Au sein de l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud, l'harmonisation des règles et des pratiques entre les deux sites doit être réalisée pendant les premiers mois de l'existence de l'hôpital fusionné. L'élaboration du projet social (A), du schéma logistique (B), du schéma directeur du système d'information (C), du schéma directeur architectural et d'équipement (D), du projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation (E) et du projet de gestion et de la nouvelle gouvernance (F) permettent de concourir à la réussite de la fusion.

²⁵ Le schéma stratégique comprend sept groupes projet : projet architectural, projet médical, projet hébergement personnes âgées, projet logistique, projet système d'information, projet social et projet qualité et vigilance.

²⁶ Entretien avec Monsieur Moisan, ancien directeur du centre hospitalier intercommunal de Vendée-Loire-Atlantique, le 10 juillet 2006.

A) Le projet social : l'enjeu de l'harmonisation des règles de gestion des ressources humaines et le développement d'un sentiment d'appartenance

Chaque hôpital dispose de ses propres règles de fonctionnement en matière de ressources humaines qui, bien qu'elles émanent de dispositions réglementaires et législatives communes, ne sont néanmoins pas homogènes dans leur application. Chacun des deux hôpitaux qui fusionne dispose de son histoire et de ses caractéristiques locales. Toutefois, la fusion hospitalière implique que les règles prévalant à la gestion des ressources humaines soient harmonisées en raison des exigences liées à l'existence d'un budget unique et du souci d'équité entre tous les personnels. Il n'est pas envisageable que plusieurs règles relatives à la gestion du temps de travail, à la notation, à l'avancement d'échelon ou à la prime de service coexistent au sein de la même entité juridique. Il en est de même pour la présentation des plannings, les modalités de recrutement, d'affectation, les remplacements lors des congés et les bulletins de salaires notamment.

Dans ce dessein, une réflexion participative a été menée, comprenant des représentants de la direction des ressources humaines, de la direction des soins, des représentants syndicaux et des personnels de toutes les catégories.

Parvenir à un consensus sur le projet social est une opération délicate, semée d'obstacles. Il apparaît qu'au sein du nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud, un consensus devrait être obtenu sur la première partie du projet social relative à l'harmonisation des règles de gestion. Le vote de cette partie du projet social par le CTE devrait permettre au nouvel établissement de partir sur des bases solides en matière de ressources humaines. L'harmonisation des procédures et des règles locales a en effet été négociée entre la direction et les syndicats et les représentants du personnel : un accord a été trouvé sur la vingtaine de rubriques de paie qui différait entre les deux sites et sur l'harmonisation du temps de travail. Une grille commune de notation et d'évaluation a également été élaborée. Par ailleurs, l'établissement s'est inscrit dans une démarche d'harmonisation de la formation, d'actions en matière de risques professionnels et de qualité de vie au travail. La seconde partie du projet social relatif à la politique sociale du nouvel établissement sera discutée dans un deuxième temps.

B) Le schéma logistique : la recherche d'une meilleure qualité et de gains de productivité

Le schéma logistique doit prendre en compte tant l'impact administratif que logistique engendrés par la fusion.

Dans le domaine administratif, la fusion implique inévitablement l'harmonisation des procédures d'achat et le recours à des fournisseurs identiques entre les deux sites.

L'harmonisation est réalisée au fur et à mesure, lorsque chacun des marchés arrive à terme.

En outre, la fusion des deux établissements engendre un dépassement du seuil de la procédure d'appel d'offre plus fréquent qu'au sein de deux établissements distincts.

Enfin, les contraintes budgétaires conduisent à une recherche de gains de productivité et à l'optimisation de la politique d'achat, tout en améliorant la qualité des prestations offertes.

Dans le domaine des fonctions logistiques, la fusion des deux établissements nécessite l'harmonisation des prestations.

De nombreuses disparités existaient au sein des deux établissements : au CH de Saint-Cloud, la blanchisserie était concédée et au CHI Jean Rostand elle était gérée en régie ; la cuisine et le ménage étaient gérés en régie au CH de Saint-Cloud et concédés au CHI de Sèvres. Ces disparités génèrent d'un certain côté une complexité de gestion mais d'un autre côté, elles constituent une force, car elles permettent d'envisager un éventail large des possibilités de gestion dans le cadre du nouvel hôpital.

Pour réaliser des propositions concernant le schéma logistique, un comité de pilotage présidé par le directeur des services économiques et composé de groupes de travail pluridisciplinaires a été créé.

Le comité de pilotage a notamment préconisé le recours privilégié à l'UGAP et aux centrales d'achat départementales, le regroupement des standards des deux sites, la sous-traitance du ménage des parties communes et des zones administratives sur l'ensemble de l'hôpital fusionné à partir de 2007, l'harmonisation de la collecte et des filières de traitement des déchets, la concession de la lingerie du site de Sèvres auprès du prestataire du site de Saint-Cloud et le recours à un consultant expert pour réaliser un audit du secteur de la restauration.

C) Le schéma directeur du système d'information : la recherche d'une harmonisation entre les deux sites

L'objectif du schéma directeur est de mettre en place un système d'information unique, évolutif et reposant sur une architecture technique compatible avec un hôpital multi sites. Le maintien des deux systèmes d'information se révèle en effet constituer une solution coûteuse et peu rationnelle²⁷. En outre, à l'heure actuelle, les directions continuent d'être éclatées entre les deux sites. La coexistence de différents logiciels de gestion de ressources humaines, des admissions et des finances rend donc la mutualisation du travail des services administratifs difficile. Le transfert de patients entre les deux sites, qui ne manquera pas d'advenir, nécessite de disposer d'un système d'information commun, qui permette de mutualiser les informations.

Dans ce dessein, un groupe de pilotage animé par l'ingénieur en informatique a été créé, assisté d'un consultant externe, chargé de proposer un schéma directeur du système d'information. Pour le moment, il a été choisi de mettre en œuvre une plate-forme collaborative entre les logiciels des deux sites, solution qui permettra à l'avenir de choisir en commun de nouveaux logiciels.

D) Le schéma directeur architectural et d'équipements : optimiser l'architecture de l'établissement dans un cadre contraint

La lettre de cadrage du 26 mai 2005 du directeur de l'ARH accorde une subvention spécifique au nouvel établissement de Sèvres-Saint-Cloud : « *Les montants d'aides requis en exploitation (groupe 4 des charges) pour équilibrer les plans pluriannuels d'investissement de chacun des établissements s'élève pour l'hôpital Jean Rostand à 150.000 euros et à 1.8 millions d'euros pour le centre hospitalier de Saint-Cloud* ». Il convient de noter que cette aide permet le bouclage financier, à ce jour non assuré, des travaux de restructuration engagés préalablement à la fusion sur le site de Saint-Cloud.

L'objectif du schéma architectural est d'installer au mieux l'offre de soins définie, de mutualiser et d'induire des gains de productivité, tout en respectant les normes et les règles de bonnes pratiques. Il existe des contraintes architecturales, notamment sur le site de Saint-Cloud, dont le projet médical doit tenir compte.

Pour proposer des solutions architecturales, il a été fait appel à un programmiste extérieur. Ce dernier a encadré un comité de pilotage composé en groupes de travail. En

²⁷ FORCIOLI P., Fusion, mode d'emploi, *Revue Hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n°6, p. 32.

raison des interactions entre les deux projets, le programmiste a travaillé de concert avec les consultants chargés d'élaborer des propositions sur le projet médical.

La concertation avec la communauté médicale a abouti à deux scénarios qui avaient reçu l'aval de la communauté médicale mais dont le montant financier outrepassait le projet initial. L'ARH a, à cet égard, rappelé fermement la nécessité pour l'hôpital fusionné de respecter en tous points les coûts arrêtés dans la lettre de cadrage du 26 mai 2005, sauf à ce que ce dernier soit en mesure d'autofinancer les surcoûts, ce qui n'est pas envisageable compte tenu du déficit prévisionnel déjà important de l'hôpital fusionné.

Dans ces conditions, l'ARH a demandé à l'hôpital de reconsidérer ses projets en maintenant l'offre de soins prévue en volume et en qualité, le cas échéant en envisageant des mutualisations plus ambitieuses avec le Centre de lutte contre le cancer René Huguenin afin de rationaliser le plateau médico-technique commun.

E) Le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation : la nécessité de mobiliser les acteurs du soin

Il est important que le monde soignant, producteur de soins, au fondement même de la mission de l'hôpital, s'implique dans le projet d'établissement.

Le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation est en cours de définition. Une première réflexion est menée par le directeur des soins. Ce projet devrait être élaboré en concertation avec les cadres de santé, les membres de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il doit prendre en compte à la fois la fusion des deux centres hospitaliers, l'élaboration du projet médical, du projet architectural, la réforme de la nouvelle gouvernance, la version 2 de la certification, le SROS de troisième génération et les répercussions fonctionnelles liées à la T2A. Il sera décliné selon huit axes prioritaires : la prise en charge globale du patient, la politique de bien-être dans les soins, l'accompagnement des professionnels, l'évaluation continue de la qualité des soins, l'intégration des soins au sein du projet clinique, la politique de développement et de recherche, la collaboration avec les IFSI et le développement du travail en réseau.

F) Le projet de gestion et la nouvelle gouvernance : une évolution des rôles de chacun des pouvoirs au sein de l'hôpital

L'article L 6146-1 du code de la santé publique fait obligation aux hôpitaux autres que les hôpitaux locaux d'organiser l'ensemble de leurs activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques en pôles qu'ils doivent mettre en place avant le 31 décembre 2006. Ce même article précise que les pôles d'activité cliniques et médico-

techniques sont définis sur la base du projet médical. Le nombre et la configuration des pôles sont laissés au choix de l'établissement. Le conseil d'administration du CHI de Sèvres-Saint-Cloud va devoir définir, sur proposition du futur conseil exécutif, l'organisation en pôles du nouvel hôpital.

La réforme de la nouvelle gouvernance prévoit le recours à une démarche de contractualisation autour des pôles d'activité et une délégation de gestion consentie à leurs responsables²⁸. Le nouvel hôpital va devoir définir des règles de contractualisation, au sein desquelles figureront les règles d'affectation des coûts des services non directement producteurs de soins.

La définition de ces contrats de pôles et des règles de contractualisation devraient représenter, pour le nouvel hôpital, un outil de relance de l'activité.

Le projet médical, et plus généralement l'ensemble des composantes du projet d'établissement, peut permettre de donner des bases solides au nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud. Son élaboration est néanmoins sujette à l'influence de variables-clés qu'il convient d'identifier.

2.2 Une définition du projet médical conditionnée par une multitude de variables

La méthode des scénarios décrite par Michel Godet dans son *Manuel de prospective stratégique*²⁹ constitue un fil conducteur permettant de guider, étape par étape, la réflexion prospective. Elle consiste à dresser une image du système constitué par le projet médical et son environnement à partir de laquelle il sera possible de choisir parmi les hypothèses envisageables un petit nombre de scénarios à fort degré de cohérence et de vraisemblance pour éclairer les décisions à prendre.

La définition du projet médical est influencée par des variables-clés internes et externes (2.2.1) qui disposent d'une influence entre elles (2.2.2), ainsi que par un certain nombre de facteurs d'incertitude (2.2.3).

²⁸ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

²⁹ GODET M. *Manuel de prospective stratégique, volume 2: l'art et la méthode*. Paris : Dunod, 1997. 355 p.

2.2.1 La définition des variables-clés

Les variables-clé qui pèsent sur la définition du projet médical sont à la fois internes (A) et externes (B).

A) Les variables-clés internes pesant sur projet médical

Les variables-clés internes identifiées comme pesant sur le projet médical sont : le port du projet par le directeur, le choix des activités médicales dans le projet médical, le volume de l'activité chirurgicale, la communication interne, les contraintes architecturales du site de Saint-Cloud et du site de Sèvres et les différences de cultures de travail entre les deux sites, l'équilibre financier et la possibilité de réalisation d'économies d'échelle.

- le port du projet par le directeur

Le chef d'établissement est le porteur du projet de fusion par excellence. La directrice du centre hospitalier intercommunal de Sèvres-Saint-Cloud a d'ailleurs été chargée par le directeur de l'ARH de préparer la mise en place de l'opération de fusion³⁰. Le travail qui mène à la définition, puis à l'adoption d'un projet médical cohérent lors d'une opération de fusion est semé d'embûches. La détermination du directeur de l'établissement et de l'ensemble de l'équipe de direction à porter le projet est une variable-clé dans la réussite de cet objectif.

- le choix des activités médicales dans le projet médical

Le choix des activités médicales que l'on souhaite développer dans le nouvel établissement influe inévitablement sur le contenu et la mise en œuvre du projet médical.

- le volume de l'activité chirurgicale

Le volume de l'activité chirurgicale peut être déterminante pour le projet médical du nouvel établissement. Une activité trop faible conduirait à reconsidérer le projet médical. Par exemple, le rapport relatif à *l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, remis à la demande du Ministre de la Santé et des Solidarités, dit rapport Vallancien³¹, classe le centre hospitalier de Saint-Cloud en 2004 parmi les 113 sites de chirurgie à fermer pour insuffisance

³⁰ Voir la décision du 19 octobre 2005 du directeur de l'ARHIF en annexe 2.

³¹ VALLANCIEN G., *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, 3 avril 2006, 78 pages.

d'activité (moins de 2000 actes par an). Ainsi, aujourd'hui, l'incertitude plane sur l'avenir des blocs opératoires d'hôpitaux de petite taille.

- la communication interne

L'enjeu de la communication interne est d'explicitier le projet médical au personnel de l'établissement pour les mobiliser et les fédérer autour du projet. « Un bon projet peut être rejeté de façon violente car la communication aura manqué sa cible », souligne Yves Harel, responsable de la communication interne à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris³².

- l'architecture du site de Sèvres

L'architecture et la superficie des deux sites contraint de manière importante les activités de soins qui vont pouvoir y être réalisées. La « dictature des murs », telle que le conceptualise Danièle Lacroix, directrice du CHI de Meulan-Les Mureaux, est loin d'être anodine dans une opération de restructuration.

Le site de Sèvres est un bâtiment monobloc fonctionnel composé de 7 étages, dont l'un est laissé vacant par le transfert du service de long séjour vers le nouvel EHPAD inauguré en avril 2006. Ce site doit connaître quelques travaux de réhabilitation, notamment la construction d'un hall d'entrée commun entre l'hôpital et l'EHPAD.

- les contraintes architecturales du site de Saint-Cloud

Le site de Saint-Cloud, situé en centre ville, se révèle très contraint et sans possibilité d'extension. Une opération de restructuration complète y est en cours depuis 2000. Lorsque la fusion a été juridiquement actée, le site de Saint-Cloud était donc en cours de travaux de restructuration. La phase suivante des travaux intégrera les modifications architecturales engendrées par les transferts des activités qui seront décidées dans le cadre du projet médical. Les contraintes en termes de surfaces sur le site de Saint-Cloud nécessitent que tout transfert d'activités médicales vers le site engendre mécaniquement un transfert de services en sens inverse vers le site de Sèvres.

La reconstruction partielle du site de Saint-Cloud s'achèvera entre 2010 et 2011 et les travaux de réhabilitation du site de Sèvres s'achèveront en 2008. Ces échéances impactent de manière importante les transferts de services entre les deux sites et contraignent l'hôpital fusionné à définir, outre un projet médical final, un projet médical intermédiaire pendant la phase transitoire jusqu'à la fin des opérations de travaux. Pendant cette phase transitoire, les capacités d'accueil disponibles du site de Saint-Cloud

³² Lors d'une conférence sur la communication dans le cadre d'Hôpital Expo 2006.

seront largement dépendantes de la programmation des travaux en cours. Ceux-ci entraîneront une réduction du nombre de lits disponibles sur la période de 2007 à 2010, ce qui, en système de tarification à l'activité, risque de détériorer la situation financière de l'établissement.

- les différences de cultures de travail entre les deux sites

Pour Renaud Sainsaulieu, l'univers de travail est producteur de culture, à savoir de croyances, de valeurs, de normes et de modèles. Le terme d'identité au travail définit un sentiment d'appartenance à un groupe particulier en fonction du métier, du statut ou de la classe sociale par exemple.

La fusion implique pour les établissements fusionnés le passage d'un statut de concurrence à une mise en complémentarité des missions. Ce changement n'est pas toujours aisé à accepter pour les professionnels. Pascal Forcioli indique que «dans un premier temps, (six mois à un an au moins en moyenne) les professionnels de chaque site ont tendance à défendre leurs pratiques et leurs habitudes professionnelles, considérant souvent que ce sont les meilleures»³³. La mise en œuvre d'une fusion hospitalière se heurte à des habitudes culturelles qui engendrent à la fois résistances à l'évolution et crainte du changement.

Dans une opération de fusion, il est indispensable de tenir compte des cultures professionnelles et des histoires des différents établissements, sans les occulter, afin de faire naître une culture commune qui permette l'amélioration des pratiques professionnelles, à l'heure où le second volet de la certification des établissements porte sur l'évaluation des pratiques professionnelles. Faire le deuil des anciennes structures prend nécessairement du temps.

Toutefois, les différences culturelles entre les établissements apparaissent parfois comme un prétexte pour résister à une opération de regroupement redoutée, alors que les personnels sont mus par des valeurs éthiques, professionnelles et sociales souvent communes³⁴. C'est pourquoi les cadres de la maternité du site de Sèvres cherchent à rassurer les personnels en mettant l'accent sur les similitudes professionnelles des agents de l'autre site³⁵.

³³ FORCIOLI P., Fusion hospitalière : mode d'emploi, *Revue hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n° 6, p. 29.

³⁴ Fédération Hospitalière de France, Rapport du groupe d'étude et de recherche sur les fusions et regroupements d'établissements, Rapporteur : Pascal Forcioli, 85 p., p. 13.

³⁵ Entretien avec une cadre de santé sage-femme sur le site de Sèvres, le 22 juin 2006.

- l'équilibre financier

L'ARH exige désormais qu'un plan d'équilibre financier accompagne tout projet médical. Il n'est donc pas possible de prévoir un projet médical trop onéreux au regard de ce que l'établissement peut autofinancer.

C'est pourquoi, le directeur de l'ARH a diligenté auprès des services de la DDASS des Hauts-de-Seine et du service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France une mission d'accompagnement qui portera sur «les principaux aspects du fonctionnement et de l'organisation des services ; l'optimisation des moyens mis en commun par la fusion des deux établissements en vue d'obtenir à terme l'équilibre des comptes et d'assurer la pérennité du fonctionnement du nouvel établissement hospitalier ; les réorganisation des activités médicales nécessaires en fonction des différentes étapes de travaux »³⁶.

Pour l'ARH, la priorité est de mener à bien la fusion tout en maintenant l'équilibre financier de l'établissement. L'EPRD 2006 de l'établissement affiche un déficit de 5.231.881 euros, soit 7.9% des dépenses, réduit à 2.265.981 euros, soit 3.4% des dépenses, par l'aide de l'ARH. Les autorités de tutelle estiment que la réussite de la fusion passe par la réduction du déficit de l'établissement.

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé indique que le Directeur de l'ARH peut désormais s'opposer par écrit en cas de non-respect des recettes fixées par l'ARH, de prévisions de recettes de T2A manifestement erronées ou de mesures de redressement financier insuffisantes. L'établissement dispose alors de 15 jours pour faire délibérer le conseil d'administration sur un nouvel EPRD. À défaut de vote par le conseil d'administration ou en cas de non prise en compte des observations, le directeur de l'ARH arrête l'EPRD³⁷.

La nécessité de la recherche de l'équilibre financier pèse donc de plus en plus sur la définition du projet médical des établissements de santé.

³⁶ Voir la lettre de mission en annexe 4.

³⁷ Article 10-III de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005: « Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de l'établissement présente au conseil d'administration un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Si un nouvel état n'est pas adopté ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-3.

- la possibilité de réalisation d'économies d'échelle

Dans ce contexte, la réalisation d'économies d'échelle est une variable qui influe sur la définition du projet médical. L'ARH accorde une aide financière à l'établissement, conditionnée à la recherche de l'équilibre financier et qui passe par une mutualisation des moyens et des recherches d'économies.

Le regroupement et la mutualisation de services sur un même site peuvent générer des économies de personnels, d'équipement et frais de fonctionnement. En faisant l'hypothèse d'une mutualisation des activités logistiques, médico-techniques et médicales, la direction des finances de l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud a estimé que la fusion permettrait de générer des économies d'échelle de l'ordre de 3,5 millions d'euros³⁸. Toutefois, les économies d'échelle seront marginales si les mutualisation ne s'accompagnent pas d'une optimisation du personnel par des départs à la retraite ou des changements d'affectation, les dépenses de personnel représentant près de 70% de l'ensemble des dépenses de l'établissement.

Par ailleurs, les économies d'échelle peuvent être compensées par des surcoûts générés par l'existence de deux sites, comme les coûts de transports inter-sites.

De plus, la réalisation de telles économies demande du temps. Dans un premier temps, les gains financiers sont généralement bien moindres que ceux escomptés, dans la mesure où ils sont subordonnés à la réalisation d'investissements souvent importants à moyen et long terme et de réorganisations : au sein du nouvel hôpital de Sèvres-Saint-Cloud, il s'agit par exemple d'études préalables, de réorganisations architecturales ou de la refonte du système d'information.

L'aspect temporel ne doit pas être sous-estimé : les économies d'échelle générées par le regroupement sont rarement immédiates et fusionner nécessite de donner du temps au temps. Ce n'est en général que dans un deuxième temps qu'un retour sur investissement est envisageable, tant quantitativement (amélioration de la productivité) que qualitativement (amélioration de la sécurité et de la qualité).

Le montant des travaux liés à la fusion sur les deux sites est estimé à 11.6 millions d'euros, dont 2.4 millions d'euros sur le site de Sèvres, et 9.2 millions d'euros sur le site de Saint-Cloud. En terme d'exploitation, l'amortissement des bâtiments ainsi que les frais financiers liés aux emprunts sont estimés à 1.2 millions d'euros en 2007.

L'étude financière du projet milite pour la mise en place rapide des mutualisations, et notamment du plateau technique, prévue dans le cadre du projet médical. C'est par

³⁸ Ce montant inclut les économies notamment liées à la mutualisation des services administratifs, médico-techniques, et des blocs opératoire et obstétrical et le surcoût généré par les liaison inter-sites.

ailleurs ce que recommande le directeur de l'ARHIF dans sa lettre de cadrage du 26 mai 2005³⁹. Pour accompagner les difficultés d'exploitation de la période transitoire, l'ARHIF propose d'apporter une aide non pérenne de 1.1 million d'euros par an de 2005 à 2010, dont les tranches de 2007 à 2010 seront conditionnées à la réalisation d'économies effectives issues des premières mutualisations de moyens en 2005 et 2006. Cet accompagnement financier de la tutelle pourra être accru entre 2007 et 2010 si le calendrier des réalisations des opérations immobilières et d'économies sur les montants prévisionnels de ces opérations. Un chargé de mission de l'ARHIF nous confie que « la tutelle a joué au père Noël, dans le cadre de la lettre de cadrage »⁴⁰. Cet effort important de l'ARH ne vaut que si le processus de fusion est mis en œuvre sur les bases de répartition d'activité indiquées dans la lettre de cadrage de la tutelle du 26 mai 2005.

En attendant, le nouvel établissement hospitalier n'ayant pas prévu de mutualisations de services pour 2006, l'EPRD de l'établissement pour cette année prévoit, ainsi que nous l'avons vu, un déficit important.

B) Les variables-clés externes pesant sur le projet médical

Les variables-clés externes influant sur le projet médical sont les priorités de l'offre de soins définies dans le SROS, la position de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France sur ce projet médical, la lettre de cadrage du directeur de l'Agence, les contraintes réglementaires régissant l'exercice des activités de soins, la démographie médicale et paramédicale nationale, les besoins de santé du territoire, l'offre de soins à proximité de l'établissement hospitalier, les progrès médicaux, l'évolution du type de demande de soins et le facteur temps.

³⁹ La lettre de cadrage stipule que « la fusion doit se traduire dès maintenant par une dynamique de mutualisation maximale des ressources des deux sites devant générer sur la période intermédiaire des économies tangibles sans attendre la reconfiguration finale des activités. Cette dynamique doit notamment porter sur les composantes du plateau technique rapidement mutualisables (en particulier les laboratoires) ». Voir l'annexe 3.

⁴⁰ Entretien avec un chargé de mission de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France le 13 juillet 2006.

- les priorités de l'offre de soins définies dans le SROS

Le projet médical doit répondre aux priorités définies par le schéma régional de l'organisation sanitaire. Les schémas régionaux d'organisation des soins de deuxième et troisième générations ont mis en évidence sur l'Ile-de-France d'une part une dispersion des plateaux médico-techniques et des services associés, comme la réanimation, la chirurgie ou la gynécologie-obstétrique, et d'autre part une insuffisance de l'offre de soins orientée spécifiquement vers les personnes âgées.

- la position de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France sur le projet médical

Le soutien des autorités de tutelles est un facteur important de la réussite d'une opération de fusion. La fusion hospitalière entre dans l'objectif de l'ARHIF qui appelle les établissements de santé, dans un contexte d'offre régionale importante, à la restructuration de l'offre de soins favorisant la coopération autour de complémentarités.

- la décision de suivre ou non la lettre de cadrage du directeur de l'ARHIF

La définition et la répartition de l'offre de soins entre les deux sites est encadrée par la lettre de mission de l'ARHIF du 26 mai 2005. Cette lettre de cadrage synthétise l'aboutissement des négociations menées entre les acteurs des deux sites pendant plus d'un an et encadre les conditions de mise en œuvre de la fusion⁴¹.

Le procédé de lettre de cadrage émanant des autorités de tutelle avait déjà été expérimenté lors de la fusion des centres hospitaliers d'Eaubonne et de Montmorency, où une lettre du préfet du Val-d'Oise datant de novembre 1996 résumait, là aussi, le résultat des discussions conduites depuis 1993 sur la répartition de l'offre de soins entre les deux sites⁴².

Le fait que le projet médical du CHI de Sèvres-Saint-Cloud tienne compte ou non de la répartition des activités préconisée par la lettre de cadrage a des incidences importantes sur la position de l'ARHIF en matière d'attribution de financements et d'autorisations.

⁴¹ Voir annexe 3.

⁴² Voir la lettre du préfet du Val d'Oise dans l'article de FORCIOLI P., Fusion hospitalière, mode d'emploi, *Revue Hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n°6, p. 24.

La lettre de cadrage du 26 mai 2005 relative à la fusion des hôpitaux de Sèvres et de Saint-Cloud prévoit une capacité en lits et places pour le nouvel établissement hospitalier de 326 lits au total, répartie comme suit :

Centre hospitalier intercommunal en 2011			
	Site de Sèvres	Site de St-Cloud	Total
Gynéco/obstétrique		54	54
Chirurgie ambulatoire / PMA/ orthogénie		6	6
Néonatalogie		9	9
Médecine	54	37	91
Alcoologie		15	15
Chirurgie viscérale, orthopédique, gynécologie et spécialités		43	43
Chirurgie ambulatoire CRH		5	5
Réanimation		8	8
Soins continus		4	4
Soins de suite et de réadaptation	81 dont 27 existants 27 par redéploiement 27 par création		81
Lits porte/urgences		6	6
Hospitalisation à domicile obstétrique		4	4
TOTAL	135	191	326

L'offre de soins de proximité serait ainsi maintenue : urgences, consultations, explorations fonctionnelles, rééducation, hôpital de jour sur les deux sites. La lettre de mission prévoit en second lieu de pérenniser et sécuriser l'ensemble des activités sanitaires par le regroupement des plateaux techniques et des services associés : réanimation, soins continus, chirurgie, gynécologie obstétrique, PMA. Il prévoit enfin de développer une offre de soins spécifique à destination de la population âgée.

Cette lettre de mission prévoit également que le site de Saint-Cloud développe un pôle Médecine Chirurgie Obstétrique/Procréation Médicalement Assistée permettant de faire face au développement de la natalité et à la forte demande d'accouchements en secteur public. L'équipe de la maternité du centre hospitalier de Sèvres serait ainsi transférée sur le site de Saint-Cloud. Le regroupement des deux maternités sur un même site vise à améliorer la sécurité des soins et la qualité des prestations, d'autant que la lettre de cadrage du 26 mai 2005 du directeur de l'ARH prévoit que la maternité bénéficie d'un service de réanimation de 8 lits et d'une unité de néonatalogie de 9 lits.

En contrepartie du transfert du service de gynécologie-obstétrique, des lits de médecine seraient transférés sur le site de Sèvres. Le site de Sèvres accueillerait une filière de

gériatrie complète : court, moyen, long séjour, hôpital de jour et consultations. Il coordonnerait un réseau ville-hôpital et un ensemble réparti entre les deux sites de 330 lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'organisation de l'activité d'hémodialyse devra, selon l'ARHIF, faire l'objet d'une discussion avec l'hôpital Foch.

La fusion des centres hospitaliers de Sèvres et de Saint-Cloud peut permettre de générer une véritable complémentarité de l'offre de soins entre ces deux sites géographiquement proches l'un de l'autre.

- les contraintes réglementaires régissant l'exercice des activités de soins

Les contraintes réglementaires pesant sur les activités hospitalières s'accroissent avec, comme corollaire, une amélioration de la qualité des soins et une augmentation des coûts non financés en système de tarification à l'activité. Elles impactent l'organisation des soins et par-là même le projet médical, comme c'est le cas par exemple des décrets du 5 avril 2002 relatifs à la pratique de la réanimation⁴³ ou les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence⁴⁴.

- la démographie médicale et para-médicale nationale

La démographie médicale et paramédicale sont deux éléments à intégrer dans la définition du projet médical : il s'avère peu pertinent de prévoir dans le nouvel hôpital fusionné l'organisation de services qui pourront difficilement fonctionner faute de personnel. Or, la situation géographique de l'hôpital fusionné engendre une forte concurrence des grands hôpitaux de la région parisienne auprès des personnels médicaux et paramédicaux.

⁴³ Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique et décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique.

⁴⁴ Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique et décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

- les besoins de santé du territoire

Le projet médical du nouvel établissement hospitalier a pour ambition de répondre aux besoins de santé de la population. Le projet médical doit donc les prendre en considération dans sa définition.

- l'offre de soins à proximité de l'établissement hospitalier

L'offre de soins dans le département des Hauts-de-Seine influe sur la définition de l'offre de soins du nouvel établissement hospitalier : l'avenir de la clinique du Val d'Or, l'évolution de l'offre de soins de l'hôpital Foch – qui envisage notamment de supprimer son activité de chirurgie orthopédique –, ainsi que l'avenir d'une maternité au sein de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt influent inévitablement sur le contenu du projet médical du CHI de Sèvres-Saint-Cloud.

Par ailleurs, le projet médical du nouvel établissement est particulièrement dépendant de l'offre de soins du Centre René Huguenin dans les activités pour lesquelles les services sont communs entre les deux établissements – bloc opératoire, service d'anesthésie, salle de surveillance post-interventionnelle, laboratoire et approvisionnement du bloc opératoire en dispositifs médicaux – ou dans les domaines qui font l'objet de conventions – stérilisation, utilisation de l'IRM et du scanner⁴⁵.

- les progrès médicaux

Les progrès médicaux permettent la réduction de la DMS et la réduction du nombre de lits à activité constante, voire supérieure. Les progrès médicaux engendrent l'amélioration de la qualité des soins et des diagnostics⁴⁶, le développement de l'activité ambulatoire⁴⁷ mais aussi la réduction de l'activité chirurgicale hospitalière : de plus en plus de pathologies relèvent désormais d'actes pratiqués par la médecine de ville ou sont traitées par voie médicamenteuse.

- l'évolution du type de demande de soins

La demande de soins en milieu hospitalier évolue : la population aspire de plus en plus à rester à domicile et, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, à rester de moins en moins longtemps à l'hôpital. Cette évolution a des conséquences sur une réflexion nouvelle sur l'offre de soins hospitalière, comme le développement de l'hospitalisation à domicile ou de la chirurgie ambulatoire par exemple.

⁴⁵ Voir le détail de la coopération dans le préambule.

⁴⁶ C'est le cas de l'imagerie par résonances magnétiques par exemple.

⁴⁷ C'est désormais le cas de l'opération de la cataracte par exemple.

- le facteur temps

Dans le cadre de l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud, le temps est important, dans la mesure où plus vite le projet médical est adopté, plus vite la phase de travaux liés à la fusion pourra être amorcée et la phase transitoire du projet médical limitée dans le temps. Les transformations architecturales, nécessaires dans le cadre d'une opération de fusion, nécessitent du temps. L'ancien directeur du centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency estime que le principal obstacle rencontré lors de la fusion de ces deux hôpitaux a été le temps, cinq années de négociations ayant été nécessaires avant que la fusion ne soit effective : les discussions ont été amorcées en 1993 alors que la fusion juridique est intervenue au 1^{er} janvier 1998. Des investissements immobiliers, logistiques et techniques ont notamment été gelés en attendant la fusion⁴⁸.

Les variables-clés, tant internes qu'externes, sont interdépendantes et influencent, à des degrés différents, la définition du projet médical.

2.2.2 L'influence des variables entre elles

Les principales variables-clés ayant été recensées, une matrice des degrés d'influence réciproque des variables prises deux à deux peut être établie.

L'intérêt de cette étape est de mettre en exergue les variables motrices, les plus influentes sur la définition du projet médical et les variables dépendantes, les plus influencées par la définition de ce projet. Il détermine par un chiffre compris entre 0 et 3 le degré d'influence d'une variable sur une autre.

On peut opérer une hiérarchie des variables, motrices ou dépendantes, représentées graphiquement dans l'annexe 7.

Il en ressort que :

- Un premier groupe de variables est à la fois très influent et dépendant. Il s'agit principalement de la décision de suivre ou non la lettre de cadrage du directeur de l'ARHIF, mais aussi du choix des activités médicales du projet médical, de la position de l'ARHIF sur le projet médical, du temps d'adoption du projet médical, de l'équilibre financier de l'hôpital, de la possibilité de réaliser des économies d'échelle, du volume de l'activité chirurgicale et de la communication interne. Il est donc à la fois possible et intéressant d'agir sur ces variables.

⁴⁸ Entretien avec l'ancien directeur du centre hospitalier intercommunal d'Eaubonne-Montmorency, le 2 mai 2006.

- Un deuxième groupe de variables est fortement influent et moyennement dépendant à l'échelle locale. Il s'agit de l'offre de soins à proximité du nouvel hôpital, des priorités de l'offre de soins du SROS, de l'évolution du type de demande de soins, des progrès médicaux, de l'architecture du site de Saint-Cloud et, dans une moindre mesure, de l'architecture du site de Sèvres et les différences de cultures entre les deux sites. Il serait donc intéressant mais un peu plus complexe pour les acteurs locaux d'agir sur ces variables.

- Un troisième groupe de variables est fortement influent mais peu dépendant à l'échelle locale. Il s'agit de la démographie médicale et paramédicale nationale, des besoins de santé du territoire, et des contraintes réglementaires. Il serait certes intéressant mais difficile, pour les acteurs locaux, d'agir sur ces variables.

2.2.3 Les éléments d'incertitude qui pèsent, à terme, sur la définition du projet médical

La définition du projet médical s'avère influencée par un certain nombre de facteurs d'incertitude, et notamment par le caractère précaire de l'équilibre sur lequel repose l'adhésion des acteurs (A), l'incertitude liée au niveau et aux tarifs de l'activité future de l'établissement (B) et l'incertitude quant à la politique nationale relative au maintien des blocs opératoires des établissements de santé de petite taille (C).

A) L'adhésion des acteurs reposant sur un équilibre précaire des jeux de pouvoirs

Les conditions de la réussite d'une fusion passent par une «fenêtre d'opportunité», l'ouverture d'une période de plus grande réceptivité par les acteurs, pendant laquelle l'ensemble des conditions sont réunies pour mettre en place le changement⁴⁹. Cette fenêtre d'opportunité est conditionnée par l'accord des principaux acteurs pour qu'un projet médical aboutisse.

L'alternative à la fusion résidait, à terme, dans la transformation des deux établissements en structures ne développant plus que des activités de soins de suite et de réadaptation et de médecine. Aucun des acteurs, chacun pour des raisons qui lui sont propres, n'avait intérêt à cette évolution. L'ensemble des forces en présence a donc intérêt, même par défaut, à ce que ce que la fusion réussisse.

⁴⁹ MULLER P., SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Editions Montchrestien, Paris, 1998, 156 pages, p. 73-77

Mais cet équilibre des forces en faveur de la restructuration est précaire et peut évoluer rapidement. Dans la conduite du changement, laisser passer trop de temps peut obérer la « fenêtre d'opportunité » et le rendre inapplicable.

Or, le pouvoir de gestion d'un hôpital est éclaté entre les mains d'acteurs différents identifiés précédemment, au point que la défection ou le blocage de l'un d'entre eux rend la conduite du changement difficile, voire impossible. Les pouvoirs détenus par chaque acteur sont parfois suffisamment forts pour qu'en cas de désaccord, ils se neutralisent.

B) Les incertitudes relatives au niveau et aux tarifs de l'activité future de l'établissement

Il existe des incertitudes liées au niveau et aux tarifs de l'activité future de l'établissement. D'une part, on ne connaît pas à l'heure actuelle le niveau de l'activité qui sera réalisé au sein de l'hôpital fusionné. Le niveau de l'activité médicale de l'établissement conditionne en grande partie la pérennité du futur projet médical à plusieurs titres : à la fois en terme financier, en terme de qualité des soins et de planification de l'offre de soins.

D'autre part, la fixation des tarifs des groupes homogènes de malades s'effectue infra annuellement. Or, on ne connaît pas à l'avance le montant de ces tarifs, ce qui engendre une certaine incertitude sur le type de disciplines à privilégier d'un point de vue économique et financier dans le cadre du projet médical.

C) L'incertitude quant à la politique nationale relative au maintien des blocs opératoires des établissements de santé de petite taille

Au regard des préconisations du rapport Vallancien, on peut penser que l'avenir des blocs opératoires de petite taille est menacé. La suppression de l'activité chirurgicale serait bien évidemment déterminante sur la définition et la mise en œuvre du projet médical de l'hôpital fusionné.

Outre ces variables-clés et ces éléments d'incertitude, les stratégies des acteurs s'avèrent déterminantes sur la définition du projet médical.

2.3 Une définition du projet médical déterminée par les stratégies des acteurs en présence

Selon le courant de l'analyse stratégique (2.3.1), les acteurs sont détenteurs d'un pouvoir, sans lien direct avec leur positionnement hiérarchique. La restructuration d'une organisation ne peut aboutir qu'à l'aune de leur soutien et de leur concours. L'application de l'analyse stratégique au cas de la définition du projet médical du centre hospitalier de Sèvres-Saint-Cloud permet de mettre en lumière les stratégies d'action des principaux acteurs relatives à la définition du projet médical (2.3.2).

2.3.1 Les apports de l'analyse stratégique

A) La sociologie des organisations – Crozier et Friedberg

Ces théoriciens de la sociologie des organisations mettent l'accent sur l'analyse des interactions entre l'acteur et le système auquel il est intégré.

Le comportement des acteurs dépend moins d'objectifs clairs et conscients que des atouts dont ils disposent et des relations dans lesquelles ils sont insérés.

La capacité d'action repose sur quatre postulats : l'organisation est un construit contingent : il aurait pu ne pas être ou être tout à fait différent ; l'acteur est relativement libre, jamais enfermé dans son rôle ; les objectifs de l'organisation diffèrent toujours de ceux des individus ; l'acteur calcule mais dans le cadre d'une rationalité limitée car il ne dispose jamais de l'ensemble de l'information.

L'acteur agit par intérêt dans le sens où il tente d'accroître ses gains et de limiter ses pertes dans le jeu, au prix du conflit, de la négociation ou de l'intégration.

Dans sa tentative d'infléchir le jeu en sa faveur, il se heurte à un système d'actions déjà en place et en mouvement. Des incertitudes émergent dans des situations rôdées. Elles sont liées aux failles dans les règles du jeu, du changement d'individus, des contraintes issues de l'environnement mais aussi du fait que les acteurs ont intérêt à cacher partiellement leur jeu. Ces incertitudes provoquent des enjeux de pouvoir qui vont faire émerger chez les acteurs des comportements défensifs ou offensifs.

La question du pouvoir de l'acteur est donc centrale dans l'analyse stratégique. Il est présenté sous une composante relationnelle et interactive : le pouvoir est la capacité à orienter et influencer la conduite des autres acteurs. Il n'est souvent pas lié à l'organigramme de l'organisation. Dans une relation de pouvoir, aucun acteur n'est jamais totalement démuné. Ses sources de pouvoir peuvent être de quatre types : l'expertise, la maîtrise de l'information, le contrôle de l'attribution des moyens et les positions dans un réseau de communication.

Toute organisation est constituée d'individus et de groupes qui agissent et réagissent individuellement ou collectivement aux situations auxquelles ils sont confrontés.

L'action collective est un « construit social », dans la mesure où elle n'est pas une donnée mais est le résultat des enjeux de pouvoirs mouvants. Pour Michel Crozier, les acteurs sont souvent oubliés dans les réformes bureaucratiques, ce qui explique l'échec permanent des réformes en France⁵⁰. Les intérêts corporatistes bloquent toute réforme.

B) La sociologie du changement – Philippe Bernoux

Selon Philippe Bernoux, sociologue, membre du Groupement lyonnais de sociologie industrielle (CNRS)⁵¹, 75% des réformes peuvent être considérées comme des échecs : le projet met trois fois plus de temps à se mettre en place et coûte au final quatre fois plus cher. La nécessité d'accompagner efficacement le changement fait donc partie intégrante des missions des directeurs, d'autant que la pertinence de la réforme n'est pas suffisante pour en assurer le succès.

Dans son ouvrage, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*⁵², Philippe Bernoux montre que les acteurs, à l'intérieur d'une organisation, ne sont jamais passifs, qu'ils ne sont pas seulement des objets de la domination, mais qu'ils demeurent actifs. Sans leur implication et sans leur appropriation des outils, les changements ne peuvent tout simplement pas avoir lieu. Ces acteurs - les salariés - peuvent jouer le jeu ou le refuser et, dans ce cas, les changements, même les mieux préparés, n'aboutiront tout simplement pas. Les salariés peuvent toujours ou bien résister ou bien contribuer. Soumis aux décisions des directions, ils peuvent non seulement les freiner mais les empêcher de se réaliser ou au contraire les faire advenir. Le sens qu'ils donnent à leur propre action et leur attitude face aux décisions est définitif. Pour Philippe Bernoux, ce sont les acteurs qui font aboutir ou échouer le changement.

⁵⁰ Dans l'Education nationale par exemple, les réunions dans lesquelles sont définis les programmes scolaires sont censées aboutir à une simplification et une réduction d'horaires. Mais chaque acteur défendant sa matière, ces réunions aboutissent au maintien des programmes surchargés.

⁵¹ Intervenant dans le cadre des Vèmes Journées de l'Association des directeurs d'hôpital les 23 et 24 mars 2006 dont le thème était «La conduite du changement ou comment réussir à échouer ?».

⁵² BERNOUX P., *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris, Seuil, 2004.

C) Le changement selon l'analyse de gestion stratégique

Jean-Pierre Helfer, Michel Kalika et Jacques Orsoni, dans leur ouvrage *Management, stratégie et organisation* expliquent, dans un chapitre consacré au changement organisationnel que « le changement brutal risquerait d'entraîner un bouleversement des intérêts, des avantages, des rôles auxquels sont attachés les progressistes comme les conservateurs. Or, les motifs individuels de résistance à tout changement sont nombreux : la routine, le poids du vécu, la peur de la nouveauté et la crainte de voir les avantages acquis remis en cause »⁵³.

2.3.2 Les stratégies des acteurs relatives à la définition du projet médical de l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud

« Mon plus gros problème est d'identifier les projets de chacun concernant le projet médical », nous confie un acteur de l'établissement⁵⁴. En reprenant les apports de l'analyse stratégique dans le cadre de la définition du projet médical, il est possible de dresser un panorama synthétique du jeu des principaux acteurs : le chef d'établissement (A), le président du conseil d'administration (B), les communautés médicales des deux établissements (C), le président de la commission médicale d'établissement (D), le personnel non médical (E), l'agence régionale de l'hospitalisation (F) et les médecins libéraux (G)⁵⁵.

A) Le chef d'établissement, porteur du projet et promoteur du changement

a) *Contexte : le directeur, chargé de la mise en place de l'établissement fusionné*

La décision de fusion du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du 19 octobre 2005 nomme la directrice du centre hospitalier Jean Rostand de Sèvres en charge « de préparer la mise en place du futur établissement fusionné ». La nomination du directeur de l'un des deux établissements comme directeur de l'établissement fusionné peut s'avérer représenter un obstacle potentiel pour son acceptation auprès du personnel de l'autre site.

⁵³ HELFER J.-P., KALIKA M., ORSONI J., *Management, stratégie et organisation*, Paris, Vuibert, 2000, chapitre VIII Les processus organisationnels : décision, changement, apprentissage, 422 p, p. 349.

⁵⁴ Entretien avec un médecin chef de service du site de Saint-Cloud, le 23 mai 2006.

⁵⁵ Le CTE n'a pas fait l'objet de développements dans la mesure où il rend un avis consultatif important mais non déterminant dans la définition du projet médical du nouvel établissement.

b) *But : définir et mettre en œuvre un projet médical pertinent*

L'objectif de la directrice du nouveau centre hospitalier est de définir et de mettre en œuvre le projet médical le plus pertinent possible pour asseoir la stabilité et la pérennité de l'hôpital fusionné. Elle est épaulée dans le port du projet par deux directrices adjointes, membres du comité stratégique de suivi du projet de fusion.

La directrice incarne très fortement le projet de fusion⁵⁶. Elle est, au sein de la structure, un fort promoteur du changement. Dans un contexte délétère, elle a la tâche de parvenir à faire travailler dans le même sens l'ensemble des acteurs, tenter de défendre le projet médical et architectural élaboré en concertation avec l'ARH et de rappeler certains principes de réalité, comme les contraintes budgétaires, financières et architecturales.

c) *Des moyens accrus*

Les prérogatives du directeur d'hôpital n'ont cessé de s'accroître depuis la loi du 21 décembre 1941. La loi du 31 décembre 1970 pose le principe de la compétence générale du directeur face à la compétence du conseil d'administration. Les moyens d'action dont dispose le directeur sont donc importants.

B) Le président du conseil d'administration

a) *Contexte : un soutien capital dans la défense du projet*

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière prévoit que « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement, ainsi que le contrat pluriannuel »⁵⁷.

Le président du conseil d'administration et les maires des communes de rattachement de l'hôpital ont un poids important dans les décisions stratégiques qui concernent l'hôpital. Leur soutien est en outre capital dans la défense du projet auprès de la population. Leur éventuelle opposition est susceptible de compromettre une opération de fusion ou de la gêner considérablement en donnant matière à un jeu politique dont l'hôpital devient l'instrument.

Un nouveau président du conseil d'administration a été élu suite à la fusion. La désignation du président du conseil d'administration du centre hospitalier Sèvres-Saint-

⁵⁶ Pour Georges Arbus et Denis Debrosse il incombe à l'équipe de direction de l'hôpital, et avant tout au chef d'établissement, d'être le point « d'appui nécessaire, le centre décisionnel et de suivi », « la source d'initiative » de toute opération de changement au sein de l'hôpital (ARBUS G., DEBROSSE D., *Réussir le changement de l'hôpital*, Paris, Masson/Interéditions, 1996).

Cloud a fait l'objet d'un accord politique au terme duquel le maire de Saint-Cloud a été élu à la majorité président du conseil d'administration, le maire de Sèvres et le maire de Chaville étant élus vice-présidents pour le seconder dans ses fonctions.

Au départ, l'ancien président du conseil d'administration de l'hôpital Jean Rostand, maire de Sèvres, n'était pas favorable au projet de fusion, notamment en raison du transfert de la maternité vers le site de Saint-Cloud. Il s'est désormais rallié à la nécessité de la fusion.

b) But : obtenir un projet médical qui réponde aux besoins de la population

Pour les élus, l'important est que le projet médical soit à même de répondre aux besoins de santé de la population et qu'il engendre une plus value quant à la qualité de la prise en charge de la population⁵⁸. Quel que soit le scénario adopté, le projet médical prévoit la subsistance des deux sites, ce qui n'était pas acquis au début des négociations relatives à la fusion. Le président du conseil d'administration ainsi que les trois autres maires sont donc favorables à l'adoption du projet médical qui permette la conservation, voire l'accroissement de l'offre de soins sur leur territoire.

c) Moyens : la délibération sur le projet médical

Instance délibérative de l'hôpital, le conseil d'administration a le moyen d'adopter ou de rejeter le projet médical qui lui est présenté. L'article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme de l'hospitalisation stipule que «le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical ».

C) Les deux communautés médicales

a) Contexte : une certaine défiance entre les communautés médicales des deux sites

Le corps médical est l'acteur fort du système hospitalier car détenteur du savoir qui permet non seulement le fonctionnement de la structure, mais également son développement. Il réalise une partie importante de l'activité, qui assure à l'établissement une part croissante de ses recettes avec la montée en charge du système de tarification à

⁵⁷ Article L714-4 de la loi du 31 juillet 1991.

⁵⁸ « L'équilibre financier est salubre, mais avant tout, ce qui prévaut c'est d'offrir des soins de qualité. On n'a pas fait une fusion pour équilibrer les comptes, ça ne rime à rien. L'intérêt est de permettre à nos villes de préserver une offre de soins de qualité dans un secteur concurrentiel » (intervention du président du conseil d'administration du centre hospitalier de Sèvres-Saint-Cloud lors de la séance du conseil d'administration du 14 septembre 2006).

l'activité. Les médecins peuvent constituer une réelle force d'avancée ou d'inertie selon les projets.

La réorganisation engendrée par la fusion en général et la définition du projet médical en particulier nécessite une certaine compréhension des enjeux stratégiques et organisationnels. Or, la communauté médicale dans son ensemble a généralement peu développé cet apprentissage organisationnel lors de sa formation, qui relève principalement de la transmission de normes et de règles de comportement nécessaires à leur expertise. Leur profession, ensuite, s'appuie sur une très forte spécialisation qui valorise l'expertise. Leur tâche est fondée sur le principe de l'intervention. La structure hospitalière, dans ses composantes paramédicale et administrative, prend en charge le reste, permettant ainsi aux médecins de se centrer sur leur spécialité et d'exercer pleinement leur talent⁵⁹.

Au sein de l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud, il n'existe pas une mais deux communautés médicales. On observe une certaine défiance entre les communautés médicales des deux sites⁶⁰. L'appartenance au service et à l'établissement prime souvent sur l'appartenance corporatiste médicale. On observe, notamment sur le site de Saint-Cloud, une véritable culture d'entreprise : « les médecins du site de Saint-Cloud raisonnent toujours en tant qu'établissement unique de Saint-Cloud. On les sent encore très mono-appartenants. Pour eux, il y a tout un pan de l'hôpital qui n'existe pas » nous livre un chef de service du site de Sèvres⁶¹. Les deux établissements avaient en effet, avant la fusion, développé une forme de concurrence, y compris dans les relations au sein du corps médical. Ce complexe de « gagnants-perdants » est souvent présent dans les fusions hospitalières : cela a notamment été le cas dans la fusion des hôpitaux d'Eaubonne et de Montmorency⁶² ou encore dans la fusion des hôpitaux de Challans et Machecoul⁶³.

En outre, au sein de chaque site, il existe des divergences entre les médecins dont il est prévu que le service s'accroisse et ceux dont la capacité doit diminuer par la mise en place du projet médical.

⁵⁹ BOULC'H MASCARET B., CABE M.-H., LEVAY M., et al., *De l'histoire singulière de la fusion-restructuration de deux établissements hospitaliers dans un contexte de recomposition régionale de l'offre hospitalière*, Paris, 2000-2001, 107 p., p. 72 et p. 75.

⁶⁰ Entretiens avec des médecins chefs de service des deux sites.

⁶¹ Entretien du 30 mai 2006 avec un chef de service du site de Sèvres.

⁶² Entretien avec Pascal Forcioli, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie, ancien directeur du centre hospitalier intercommunal d'Eaubonne-Montmorency, le 2 mai 2006.

b) *But : accroître leur pouvoir au sein de la nouvelle structure*

L'enjeu de la fusion pour les médecins chefs de service ne réside pas dans la remise en cause de leur pouvoir institutionnel, dans la mesure où leur fonction est statutairement protégée⁶⁴. L'enjeu de la définition du projet médical pour les chefs de service réside dans la conservation de la situation acquise voire à l'accroissement de leur pouvoir au sein de la nouvelle structure qui sera mise en place suite à la définition du projet médical. La fusion engendre un éclatement des enjeux individuels à l'intérieur du corps médical, ce qui rend difficile tout consensus sur un enjeu collectif. C'est l'intérêt particulier qui prime, nous confie l'ensemble des acteurs du corps médical interrogés : « chacun défend ses lits et ses mètres carrés, c'est normal » nous livrent pratiquement toujours dans ces termes les médecins chefs de service rencontrés.

Une négociation plus constructive des médecins chefs de service sur le projet médical a commencé à se dessiner avec la participation du président et des deux vice-présidentes de la CME, issues de chacun des deux sites, aux réunions sur le projet médical et architectural à l'ARH⁶⁵.

c) *Moyens : un pouvoir d'influence déterminant*

L'association des médecins dans la définition du projet médical est déterminante dans le positionnement que ces derniers choisissent d'adopter. Édouard Bichier et Francis Fellingner ont montré que les présidents de CME associaient la notion de réussite d'une restructuration hospitalière d'une part à la volonté locale (seule ou associée à celle de l'ARH) à mettre en œuvre le projet et d'autre part à l'association des médecins dès le début de la réflexion »⁶⁶.

⁶³ Entretien avec Joseph Moisan, ancien directeur du centre hospitalier intercommunal de Vendée-Loire-Océan, le 10 juillet 2006.

⁶⁴ en dehors des cas énumérés à l'article R714-21-21 du code de la santé publique, qui mentionne à ce titre les chefs de service ou les chefs de département qui ne sollicitent pas le renouvellement de leurs fonctions, ou dont les fonctions ne sont pas renouvelées, ou qui renoncent à l'exercice de leurs fonctions de chef de service ou de chef de département, ou aux fonctions desquels il a été mis fin dans l'intérêt du service. Les praticiens mentionnés au premier alinéa peuvent participer aux opérations de mutation prévues par le statut dont ils relèvent sans que puisse leur être opposée aucune condition d'ancienneté dans leur affectation.

⁶⁵ Entretien avec le président de la CME le 15 mai 2006 et avec la vice-présidente de la CME le 23 mai 2006.

⁶⁶ De juin à septembre 2004, un questionnaire a été adressé aux présidents de CME des centres hospitaliers généraux ayant connu une restructuration. Il concerne les activités de court séjour (chirurgie, médecine et obstétrique) à l'exclusion de la psychiatrie, des soins de suite et du long séjour (BICHIER E., FELLINGER F., Dossier de presse relatif à l'« Enquête à propos de 106

Nous avons vu que les médecins disposent d'un pouvoir d'influence important au sein de l'hôpital, pouvoir d'autant plus fort que le président de la CME revêt un rôle de porte-parole de la communauté médicale.

D) Le président de la CME, un acteur influent

a) *Contexte : une CME issue majoritairement du site de Saint-Cloud*

La CME est créée par la loi du 24 juillet 1987, qui lui confère un rôle délibérant en matière de choix médicaux. Elle prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire⁶⁷.

L'enquête menée auprès des présidents de CME des centres hospitaliers généraux ayant connu une restructuration indique que ces derniers considèrent majoritairement ces restructurations comme des réussites, car elles ont permis d'améliorer significativement la permanence des soins et le service médical rendu au patient pour respectivement 73% et 70% d'entre eux.

On ne peut pas dire que la CME constitue un acteur homogène, dans la mesure où elle est composée de médecins d'origine différentes dont les pratiques et les attentes ne le sont pas moins⁶⁸.

Dans le nouvel établissement hospitalier, les médecins de Saint-Cloud, supérieurs en nombre, ont élu en large majorité des médecins issus de ce site au sein de la CME. La tradition veut pourtant que soit laissée au site le moins favorisé (en l'occurrence le site de Sèvres) une représentation symbolique dans les instances du nouvel établissement hospitalier⁶⁹.

Les médecins du site de Sèvres ont manifesté leur mécontentement dans des courriers adressés aux autorités de tutelle, au conseil de l'ordre des médecins et au président de la

opérations de restructurations hospitalières » et BICHER E., FELLINGER F., Restructurations hospitalières : les médecins plutôt favorables, *Revue hospitalière de France*, novembre-décembre 2005, n° 507, p. 37).

⁶⁷ Article L714-16 de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁶⁸ KARAKI H., VINCK D., Fusion d'hôpitaux : la place des médecins dans les processus de changement, *Gestions hospitalières*, mai 2005, p 369-376.

⁶⁹ CALME G., SEGAGE J.-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, Paris, Masson, 1998, p. 44. Lors de la fusion des centres hospitaliers d'Eaubonne et de Montmorency, par exemple, les deux bureaux de la CME ont entériné un accord technique préalable à l'élection de la CME de l'hôpital fusionné, s'engageant à la parité des représentants des deux sites au sein de cette instance représentative.

CME. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est intervenu en faveur de l'amélioration de leur représentativité. La CME a donc proposé et voté quatre mesures en faveur des médecins du site de Sèvres : la création d'un second poste de vice-président de la CME, confié à un chef de service du site de Sèvres ; l'invitation à la CME à titre consultatif de deux praticiens hospitaliers du site de Sèvres ; une représentation de deux chefs de service du site de Sèvres à titre consultatif au sein du conseil d'administration ; et enfin la pérennisation du comité médical consultatif, instauré en septembre 2005 et composé à parité de médecins des sites de Sèvres et de Saint-Cloud. L'ancienne présidente de la CME de l'hôpital de Sèvres regrette néanmoins de ne siéger au sein de la commission médicale d'établissement qu'en tant qu'« invitée » sans voix délibérative⁷⁰. Le poste de président de la CME n'a pas fait exception à la règle et est occupé par l'ancien président de la CME de l'hôpital de Saint-Cloud, reconduit dans ses fonctions.

b) But : un projet médical qui satisfasse la majorité de la communauté médicale

L'objectif du président de la CME est d'obtenir un projet médical qui satisfasse la majorité de la communauté médicale qu'il représente.

Une grande partie des médecins chefs de service des deux sites est associée à la concertation sur le projet médical et sur le projet architectural.

Dans le cadre de la définition du projet médical du nouvel établissement hospitalier, on ne peut pas dire qu'il y ait eu de portage conjoint du projet par le couple directeur-président de CME, comme lors de la fusion des hôpitaux d'Eaubonne et de Montmorency par exemple, mais plutôt une concertation élargie des médecins.

c) Moyens : un pouvoir de blocage ou de contribution au changement

Le conseil exécutif n'étant pas encore en place, il appartient encore à la CME de préparer le projet médical avec le directeur. Selon les théories de la sociologie du changement, évoquées précédemment, les acteurs peuvent soit résister soit contribuer au changement. Les membres de la CME, et au premier chef son président, a donc les moyens de retarder l'adoption du projet médical. Or nous avons vu précédemment que le facteur temps était une variable importante dans le succès de l'opération de fusion⁷¹.

⁷⁰ Entretien avec l'ancienne présidente de la CME du site de Sèvres, le 3 juillet 2006.

⁷¹ Voir p. 42 le chapitre 2.2.1/B sur les variables-clés externes de la définition du projet médical.

E) Le personnel non médical, acteur de terrain

a) *Contexte : une réalité non encore palpable*

L'expérience montre que les personnels soignants sont impactés par les réorganisations : leur mode de travail est fondé sur l'exécution de prescriptions médicales et encadré par des protocoles. Or une fusion modifie inévitablement les valeurs de travail. Tout changement est souvent ressenti comme un risque, voire comme une agression, et peut susciter des blocages, une démotivation et des frustrations en tout genre. C'est pourquoi la gestion des personnels est particulièrement délicate en période de restructuration⁷².

Pour le moment, au sein du centre hospitalier intercommunal de Sèvres-Saint-Cloud, le changement n'est pas un quotidien encore palpable pour les personnels tant que le transfert de services n'a pas eu lieu. Un cadre de santé explique que lorsque les négociations relatives à la fusion ont été plus concrètes, le personnel a connu une période de crainte. Paradoxalement, désormais, les personnels titulaires, y compris dans les services susceptibles d'être transférés, semblent relativement sereins.

b) *But : la conservation de conditions de travail de qualité*

Le personnel non médical attend de mieux appréhender les conditions de la mutualisation des services pour envisager éventuellement un changement d'affectation. Un critère important pour lui est la proximité de son futur lieu de travail avec son domicile⁷³. Les personnels les plus inquiets sont les personnels non titulaires. En définitive, on peut comparer une fusion hospitalière à un mariage : la décision, la sélection du partenaire et de la structure organisationnelle ne sont pas un phénomène purement économique, mais aussi un phénomène social, psychologique et émotionnel⁷⁴.

Les effets de la fusion sont, à l'heure actuelle, plus palpables pour l'encadrement des deux sites, soumis à une lourde charge de travail engendrée par la participation aux différents groupes de travail relatifs à l'harmonisation des pratiques entre les deux sites et l'élaboration du projet d'établissement.

⁷² BICHIER E., FELLINGER F., Dossier de presse relatif à l'« Enquête à propos de 106 opérations de restructurations hospitalières ».

⁷³ Entretien avec le cadre de santé du service d'alcoologie du site de Saint-Cloud le 30 juin 2006.

⁷⁴ Voir sur les alliances d'entreprises du secteur privé BICHINI B., Vers une méthode pour la mesure de la performance d'une alliance, *Revue des Sciences de Gestion* n° 213, p. 94.

c) *Moyens : un pouvoir de résistance au changement*

À l'instar des médecins, plusieurs cadres de santé dont les services sont susceptibles d'être mutualisés sont réticents et tentent de retarder le développement de protocoles communs entre les deux sites⁷⁵.

F) L'agence Régionale de l'Hospitalisation : un soutien incontournable

a) *Contexte : le soutien de l'ARHIF à la fusion*

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, chaque agence régionale de l'hospitalisation est compétente pour exercer l'ensemble des missions, en matière de planification des structures et des équipements des établissements de santé publics ou privés et d'allocation des ressources.

Initialement, l'ARHIF était réservée quant à l'idée de la fusion des hôpitaux de Sèvres et de Saint-Cloud en raison de la forte réticence des médecins des deux sites. Désormais, ce n'est plus le cas : l'agence a soutenu ce projet et a accordé des crédits importants pour l'aide à la fusion de ces deux hôpitaux.

b) *But : gardien du respect des engagements*

L'agence agit comme le gardien du respect des engagements des acteurs afin qu'ils respectent les principes de l'offre de soins définie dans la lettre de cadrage du 26 mai 2005 et qu'ils n'outrepassent pas les montants de dépenses alloués. À titre d'illustration, deux projets médicaux et architecturaux, plébiscités par l'ensemble de la communauté médicale des deux sites mais présentant respectivement un surcoût de 46% et de 29% par rapport au projet de mai 2005, ont été rejetés par l'agence régionale de l'hospitalisation. Ce rejet fait dire à un médecin chef de service qu'« à force de trop prendre en compte l'enveloppe financière, on aboutit à un projet médical et architectural fait de rafistolages »⁷⁶.

De manière générale, l'ARH est très soucieuse de la recherche de l'équilibre budgétaire des établissements de santé. La mission d'accompagnement du projet médical du centre hospitalier de Sèvres-Saint-Cloud diligentée par le directeur de l'ARHIF, va dans ce sens, en permettant de s'assurer que les choix stratégiques du futur projet médical sont pertinents en termes d'offre de soins et de niveau d'activité.

⁷⁵ Entretien avec un cadre de santé sage-femme du site de Sèvres le 22 juin 2006.

⁷⁶ Entretien du 30 mai 2006.

c) *Moyens : un pouvoir de tutelle*

Les moyens des agences régionales de l'hospitalisation sont définis dans le titre IV de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Personne morale de droit public, elle a le pouvoir de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources⁷⁷. Par ailleurs, l'agence dispose d'un pouvoir d'approbation de certaines délibérations des établissements publics de santé⁷⁸. Elle est également dotée d'un pouvoir d'autorisation des projets relatifs à la création d'établissement de santé, à la création, à la conversion et au regroupement d'activités de soins et à l'installation des équipements matériels lourds⁷⁹. Elle a enfin le pouvoir de signer des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé pour une durée maximale de cinq ans⁸⁰.

Les moyens des agences régionales de l'hospitalisation tendent à se renforcer avec la possibilité dont elles disposent désormais d'arrêter *in fine* l'état prévisionnel des recettes et des dépenses d'un établissement de santé⁸¹.

En l'espèce, l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France dispose d'un moyen déterminant en faveur de l'adoption d'un projet médical conforme à celui qui a été défini dans la lettre de cadrage du 26 mai 2005 : le conditionnement d'une aide financière importante (1.100.000 euros d'aide au retour à l'équilibre de 2005 à 2010 et 1.950.000 euros d'aide pour les travaux de 2005 à 2025) au respect des engagements qui y sont inscrits⁸².

G) Les médecins libéraux, adresseurs déterminants pour l'activité du nouvel hôpital

a) *Contexte : la forte concurrence des établissements de santé aux alentours*

L'hôpital de Sèvres-Saint-Cloud est situé dans un environnement fortement concurrentiel en termes d'établissements de santé.

⁷⁷ Article L 6115-1 du code de la santé publique.

⁷⁸ Article L 6143-4 du code de la santé publique.

⁷⁹ Article L 6122-1 du code de la santé publique.

⁸⁰ Article 6114-1 du code de la santé publique.

⁸¹ Article 10-III de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.

⁸² Voir annexe 3.

b) *But : une prise en charge des patients de qualité*

L'objectif des médecins libéraux est principalement de garantir une qualité de prise en charge à leurs patients et de s'assurer de leur renommée auprès de leurs patients et de leurs pairs.

c) *Moyens : un pouvoir d'adressage vers le nouvel hôpital*

L'adressage par les médecins libéraux de leurs patients vers ce nouvel établissement de santé est déterminant pour le niveau de son activité et plus généralement, pour légitimer son existence.

Un accord des différents acteurs de l'hôpital sur le projet est, nous l'avons vu, difficile à obtenir, mais nécessaire pour la réussite du projet. Le choix d'un scénario ne se fait pas toujours selon la pertinence rationnelle et théorique de celui-ci : la prise en compte du principe de réalité et notamment l'importance de l'adhésion de certaines catégories d'acteurs au projet médical va fortement orienter le champ des scénarios possibles.

3 L'IDENTIFICATION DES SCENARIOS DE L'OFFRE DE SOINS DE L'HOPITAL FUSIONNE ET PISTES DE REFLEXION

Au regard des éléments d'incertitude et compte tenu des rapports de pouvoir entre les différents acteurs, quatre scénarios concernant l'offre de soins de l'hôpital fusionné peuvent être établis.

Les opérations de travaux sur les deux sites contraignent la direction de l'hôpital fusionné à travailler à la fois sur l'offre cible à partir de 2010-2011, date prévue pour la fin des travaux (3.1) et sur la phase transitoire entre 2007 et 2010 (3.2). Enfin, des pistes de réflexion peuvent être envisagées (3.3).

3.1 Détermination des scénarios de l'offre cible : à partir de 2010-2011

Quatre scénarios faisant évoluer la variable du choix des activités contenues dans le projet médical peuvent être établis : un scénario zéro (3.1.1), un scénario tendanciel (3.1.2), un scénario alternatif (3.1.3) et un scénario volontariste (3.1.4).

3.1.1 Le scénario zéro : que se passe-t-il si, malgré la fusion, la répartition de l'offre de soins reste identique ?

A) Hypothèse : le statu quo

Le scénario zéro correspond à un projet médical qui comporte des activités et une localisation identiques à la situation actuelle : chacun des sites conserverait les activités qu'il développait avant la fusion, sans mutualisation ni réorganisation de l'offre de soins.

B) Conséquences : une fusion uniquement juridique

Le choix des activités du projet médical et leur localisation restant identique à la situation antérieure à la fusion, aucun des objectifs assignés à la fusion ne serait atteint. La pérennité des deux structures serait mise en péril par le risque d'une dégradation de la situation financière, par des difficultés pour recruter des personnels liées à la démographie médicale et paramédicale, ainsi que par une répartition inadaptée de l'offre de soins sur le territoire. On peut dès lors douter de l'intérêt de ne réaliser une fusion qui ne soit que juridique.

Les simulations médico-économiques dans le cadre de la tarification à l'activité montrent que le déficit de l'hôpital s'aggraverait si l'on maintient l'organisation actuelle.

En outre, la mise en œuvre de ce scénario par le nouvel hôpital lui ferait subir une perte de crédit auprès de l'ARH - au sens propre comme au sens figuré. Ce scénario ne respectant pas les conditions prévues par la lettre de cadrage du président de l'ARH, les financements conditionnés à la mutualisation des activités ne seraient pas perçus.

C) Stratégie et moyens d'action : une stratégie attentiste

Ce scénario résulterait d'une stratégie d'attentisme de la part des acteurs.

Le président de la CME, les acteurs médicaux et les personnels des deux sites seraient majoritairement favorables à cette stratégie de statu quo et tendraient à œuvrer en faveur de ce scénario.

Malgré les pressions que peut exercer la communauté médicale, ce scénario n'est pas dans l'intérêt de la directrice du nouvel établissement, qui a été chargée par les autorités de tutelle de conduire le changement.

L'intérêt que pourrait avoir le maire de Sèvres, vice-président du conseil d'administration du nouvel hôpital, de conserver la maternité sur le site de Sèvres est limité par le risque que court l'hôpital à moyen terme pour sa pérennité. Ni le président ni les vice-présidents du conseil d'administration n'auraient donc intérêt à soutenir ce scénario.

Enfin, l'ARH serait défavorable à cette option car elle ne répond pas au contenu de la lettre de cadrage ni aux enjeux que la fusion est censée résoudre.

D) Limites : la fragilité de l'établissement

L'équilibre des forces des acteurs en présence étant majoritairement en défaveur de ce scénario et malgré l'attirance des communautés médicales pour celui-ci, il est à prévoir que cette option soit difficilement réalisable.

Les principales limites de ce scénario résident dans l'extrême fragilité dans laquelle serait placé l'établissement : fragilité financière, problème de démographie médicale, répartition de l'offre de soins non optimale. À terme, ce scénario risque de contraindre les deux établissements à la fermeture.

3.1.2 Scénario tendanciel : faire de l'hôpital fusionné un hôpital général de proximité

- A) Hypothèse : une organisation de l'offre de soins telle qu'envisagée par le projet médical

Le scénario tendanciel correspond à l'extrapolation des tendances actuelles. Il consiste à concevoir une organisation de l'offre de soins telle qu'elle a été envisagée par le projet médical actuellement en discussion au sein du nouvel hôpital.

Ce dernier respecte les engagements inscrits dans la lettre de cadrage du 26 mai 2006. Rappelons que le projet médical envisagé prévoit une offre de médecine, chirurgie et obstétrique, réanimation, dialyse et urgences sur le site de Saint-Cloud et une offre de soins de médecine aiguë gériatrique, une capacité accrue en soins de suite et de réadaptation et un accueil d'urgences la journée sur le site de Sèvres. Dans tous les cas de figure, les services transférés le seront avec leurs ressources humaines et matérielles.

	Site du CH de St Cloud	Site de Sèvres	
MCO	Urgences	OUI	Accueil de jour sans RV
	Médecine	OUI	Aiguë gériatrique
	Chirurgie	OUI	NON
	Obstétrique	OUI	NON
	Réanimation	OUI	NON
	Dialyse	OUI	NON
	SSR	NON	OUI
	Long séjour et maison de retraite	OUI	OUI

Le cœur de la fusion entre les centres hospitaliers de Sèvres et de Saint-Cloud réside dans le regroupement des blocs obstétricaux et opératoires, celui du centre hospitalier de Saint-Cloud étant déjà commun avec Centre de Lutte contre le Cancer René Huguenin. La localisation et la mutualisation du bloc opératoire auront ensuite des incidences sur d'autres activités médicales et médico-techniques. Ce scénario est en conformité avec le contenu de la lettre de cadrage de directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

- B) Conséquences : le maintien d'un hôpital général de proximité

La première conséquence de ce scénario est qu'en impliquant le transfert du service de maternité sur le site de Saint-Cloud, il contribuerait à créer une maternité de taille importante qui répondrait au besoin, identifié en première partie, sur le territoire de santé.

Il permet également d'installer le service de maternité de Sèvres à proximité directe d'un service de réanimation.

L'architecture contrainte du site de Saint-Cloud implique qu'en contrepartie, le service d'alcoologie soit transféré sur le site de Sèvres. Tout transfert de service vers le site de Sèvres ne peut en effet s'effectuer que pour des activités ne nécessitant pas un recours fréquent au bloc chirurgical.

La seconde conséquence du scénario tendanciel est qu'il permettrait à l'hôpital fusionné de conserver une activité chirurgicale et, en cela, maintenir son rôle d'hôpital général de proximité.

Ce scénario se heurterait à la concurrence des établissements de santé publics et privés de région parisienne et qui pèse sur les hôpitaux généraux de taille modeste.

En outre, le transfert des services-phares de chacun des deux sites - l'alcoologie d'un côté et la prise en charge des grossesses pathologiques et la fécondation in vitro de l'autre - peut engendrer un impact négatif sur la visibilité de ces activités par les patients si ces changements ne sont pas accompagnés d'une communication adéquate.

Toutefois, ce scénario répondrait aux besoins d'une population vieillissante sur le territoire de santé par l'accueil sur le site de Sèvres de disciplines de médecine gériatrique et de SSR.

Ce scénario peut permettre à terme le développement d'économies d'échelle et en cela, permettre au nouvel établissement de Sèvres-Saint-Cloud de tendre vers l'équilibre financier. Mais cela nécessite qu'une réelle réorganisation du nouvel hôpital voie le jour. Se limiter à une réduction des effectifs sans réorganisation d'ensemble risque en effet de provoquer des départs de l'établissement de personnels et, en cela, aller à l'encontre de l'objectif recherché d'augmentation de l'activité.

Enfin, ce scénario permettrait de réduire le risque de pénurie de médecins, notamment d'anesthésistes et de pédiatres avec le maintien du bloc chirurgical et une activité de gynécologie-obstétrique importante.

C) Stratégie et moyens d'action

La répartition des activités telle que le prévoit ce scénario permettrait une spécialisation assez pertinente des deux sites de l'hôpital fusionné.

Une coopération accrue avec le Centre René Huguenin pourrait se justifier au regard des perspectives de démographie médicale et paramédicale, et notamment de médecins radiologues et de manipulateurs en radiologie, d'autant que seule la largeur d'une rue sépare les services de radiologie du site de Saint-Cloud et du centre de lutte contre le cancer René Huguenin.

Ce scénario, remplissant les conditions édictées dans le cadre de la lettre de cadrage, recueillerait vraisemblablement l'aval de l'agence régionale de l'hospitalisation qui déciderait d'allouer les crédits prévus. Or, la position de l'agence est une variable très influente sur la définition du projet médical du nouvel établissement⁸³.

La directrice de l'établissement, chargée de mettre en œuvre la fusion des deux établissements, serait probablement favorable à la réalisation de ce scénario qu'elle a d'ailleurs contribué à définir dans le cadre des négociations préalables à la lettre de cadrage. Le président et les vice-présidents du conseil d'administration du centre hospitalier de Sèvres-Saint-Cloud, désormais acquis à la nécessité de la fusion et de la mutualisation des services, pourraient également soutenir la réalisation de ce scénario.

Le poids conjugué de l'agence régionale de l'hospitalisation en tant qu'acteur de la mise en place de la définition du projet médical, de la direction et de la présidence du conseil d'administration de l'établissement faciliterait la réalisation de ce scénario.

Les médecins des deux sites sont très attachés au maintien d'un hôpital général de proximité accueillant des urgences, mais sont, pour une grande part d'entre eux, réticents aux transferts de leurs moyens d'un site à l'autre. L'adoption du projet médical dans le cadre de ce scénario peut néanmoins aboutir rapidement, en raison des contraintes architecturales qui reportent les échéances des transferts de service de plusieurs années. La direction de l'établissement devra s'appuyer sur la communauté médicale et sur les cadres soignants pour mener à bien ce changement.

Conforter l'activité chirurgicale du nouvel établissement passe de surcroît par la succession réussie de médecins chefs de service, dont beaucoup sont proches de l'âge de la retraite.

La réalisation de ce scénario nécessite également d'obtenir la confiance des acteurs externes, tels que des médecins libéraux susceptibles d'adresser leurs patients au centre hospitalier fusionné de Sèvres-Saint-Cloud. La direction de l'établissement devra donc développer une politique de communication envers les acteurs du secteur libéral pour faire connaître et reconnaître le nouvel établissement.

D) Limites : les conditions de réussite du scénario tendanciel

a) *Le développement du volume de l'activité chirurgicale*

La condition *sine qua non* du scénario tendanciel est de développer l'activité chirurgicale au sein de l'hôpital fusionné. Nous avons vu que l'activité chirurgicale était en diminution ces dernières années, tant au centre hospitalier de Saint-Cloud qu'au centre hospitalier

⁸³ Voir annexe 7.

intercommunal de Sèvres. Ce scénario tendanciel « hôpital général » n'est financièrement viable que si l'on développe l'activité chirurgicale au sein du nouvel hôpital : la montée en charge de la part de la tarification à l'activité dans les recettes de l'établissement va rendre l'enjeu de l'activité du bloc opératoire de plus en plus prégnant.

L'activité structurellement faible en chirurgie rend le coût d'utilisation des blocs pénalisant, dans la mesure où les coûts fixes sont importants. Lorsqu'une ressource, comme le bloc opératoire, est utilisée par plusieurs services, la diminution de l'activité d'un des services engendre non seulement l'augmentation de ses coûts par GHM mais également l'accroissement des coûts de l'ensemble des services utilisateurs, et inversement pour les services qui augmentent leur activité. Tous les services de chirurgie n'ont pas la même structure de coût, d'où une incidence différente selon le niveau d'utilisation de la ressource. Un service qui va utiliser le plus le bloc opératoire va d'avantage être impacté par une augmentation de son coût. De manière générale, en 2004, les coûts de l'unité d'œuvre au bloc opératoire des deux sites sont très au-dessus de la moyenne nationale.

Les recettes de l'établissement étant désormais fonction, pour une part croissante, de l'activité qu'il génère, la comptabilité analytique devient désormais un outil stratégique de gestion. Pour pallier le déficit de certains services, il existe deux méthodes d'action : soit diminuer les effectifs de chaque service d'un nombre identique de personnel, soit analyser l'origine des déficits des services concernés en comptabilité analytique.

La première méthode paraît difficilement applicable car préjudiciable au fonctionnement de l'ensemble des services de soins. Il est donc nécessaire d'analyser les disciplines chirurgicales les plus coûteuses. Si les déficits proviennent d'un problème d'organisation du service, il est possible d'y remédier. De manière générale, un hôpital public doit pouvoir compenser certaines activités non rentables par d'autres activités si elles s'avèrent nécessaires au maintien de l'offre de soins de son territoire de santé. Mais s'il s'agit de facteurs structurels, la définition du projet médical peut être l'occasion de s'interroger sur la pertinence de leur maintien au sein de l'hôpital fusionné, dans un contexte global d'abondance de l'offre locale de soins.

La réflexion sur les coûts se heurte au problème de l'insuffisance du niveau de l'activité au sein du nouvel établissement. La raison de la diminution de l'activité chirurgicale est fréquemment imputée aux travaux en cours au sein du site de Saint-Cloud depuis 2000 et qui contraint à des fermetures de lits dans le service de chirurgie. Toutefois, en 2005, le nombre moyen de lits occupés (25.7) était inférieur au nombre de lits ouverts affectés à la chirurgie (29), même en période de travaux.

Une diminution des DMS en chirurgie orthopédique pourra néanmoins être envisagée par l'augmentation prévue de la capacité en lits de soins de suite et de réadaptation sur le site

de Sèvres, qui permettrait d'accueillir les patients en postopératoire⁸⁴. Cela nécessitera la définition d'un protocole commun entre les deux services concernés.

La tendance est actuellement à la concentration de l'activité chirurgicale. Nous avons vu que le rapport relatif à *l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rédigé par Guy Vallancien⁸⁵, pose l'hypothèse qu'il existe un lien entre la qualité et le volume d'actes réalisé par un chirurgien. L'hôpital de Saint-Cloud, avec 1732 actes - hors obstétrique - recensés par les enquêteurs en 2004, figure parmi ces hôpitaux. L'hôpital de Sèvres ne figure pas dans ce classement car il relève quasi exclusivement d'un bloc obstétrical, discipline n'ayant pas fait l'objet d'investigations dans le cadre de ce rapport.

L'enjeu du relèvement de l'activité de chirurgie est donc déterminant sur l'offre de soins et plus généralement sur la vocation de l'hôpital fusionné.

b) *Un accès à une imagerie moderne*

Par ailleurs, le scénario tendanciel nécessite un accès à une imagerie moderne et des moyens de télétransmission d'images entre les sites de Sèvres et de Saint-Cloud, ce qui permettrait de ne disposer que d'une antenne du service d'imagerie sur le site de Sèvres, sans remettre en cause le service rendu au patient.

3.1.3 Un scénario alternatif : faire de l'hôpital fusionné un hôpital mère-enfant et médecine

A) Hypothèse : la suppression de l'activité chirurgicale

Si l'activité chirurgicale du nouvel hôpital ne s'accroît pas ou si la politique concernant les blocs de petite taille évolue, l'hôpital risque de devoir faire face à la question de sa reconversion. Ce scénario alternatif intègre donc l'hypothèse de la suppression de l'activité chirurgicale, reconversion et changement de vocation qu'il conviendrait particulièrement d'accompagner.

Ce second scénario prévoit donc un hôpital tourné sur la femme, l'enfant et la médecine.

⁸⁴ Entretien avec le médecin chef du service des soins de suite et de réadaptation du site de Sèvres le 30 mai 2006.

⁸⁵ VALLANCIEN G., *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, 3 avril 2006, 78 pages.

	Site du CH de St Cloud	Site de Sèvres
Urgences	Réduites (absence de chirurgie)	NON
Médecine	OUI (renforcée)	Aiguë gériatrique
Chirurgie	NON (hors chirurgie gynécologique)	NON
Obstétrique	OUI	NON
Réanimation	(soins continus)	NON
Dialyse	OUI	NON
SSR	OUI (par reconversion de lits)	OUI
Long séjour et maison de retraite	OUI	OUI

B) Conséquences : la remise en cause du caractère général de l'hôpital

L'avantage de ce scénario est qu'il répondrait aux besoins de la population et à la relative pénurie dans le département en offre de soins en gynécologie-obstétrique et en structures de soins et d'accueil pour les personnes âgées.

La montée en charge du système de tarification à l'activité des établissements de santé ferait principalement dépendre le budget du nouvel hôpital de deux activités, ce qui le rendrait fortement dépendant de l'évolution des tarifs des GHS liés à ces deux activités. Pour la population, le désagrément lié à la suppression de l'activité chirurgicale du nouveau centre hospitalier pourrait être pallié par l'offre relativement abondante à proximité.

Ce scénario remettrait en cause le caractère d'hôpital général de proximité du centre hospitalier intercommunal de Sèvres-Saint-Cloud en étendant les activités déjà présentes sur le site de Sèvres à l'ensemble du nouvel établissement.

C) Limites : une cohérence des activités à repenser

Le premier inconvénient de ce scénario serait de développer deux grands pôles d'activité sans grande cohérence entre eux.

Une seconde limite de ce scénario est que la suppression de la chirurgie poserait la question du maintien d'un ensemble d'activités médicales et médico-techniques, comme les urgences, la radiologie, voire l'anesthésie et remettrait en cause la vocation d'hôpital public général de proximité de l'hôpital fusionné ainsi que la répartition de l'offre de soins dans le territoire de santé.

Enfin, la suppression de l'activité chirurgicale risque d'accroître le problème de la pénurie de médecins anesthésistes, ce qui risque de compromettre le bon fonctionnement de

l'activité de gynécologie-obstétrique du nouvel hôpital si ce scénario est adopté. En tout état de cause, le problème de la démographie médicale risque de perdurer.

D) Stratégie et moyens d'action : convaincre les communautés médicales et paramédicales

Une partie de ces limites pourraient être comblées en développant des conventions avec le Centre de Lutte Contre le Cancer René Huguenin pour certaines activités médico-techniques et d'anesthésie.

L'agence régionale de l'hospitalisation pourrait soutenir ce scénario dans la mesure où l'ensemble des activités nécessaires à la couverture des besoins de santé sera conservé, à condition que soit levé le risque de pénurie de médecins anesthésistes et de pédiatres que ce scénario est susceptible faire perdurer.

La direction pourrait soutenir ce scénario s'il s'avérait nécessaire dans la mesure où, au regard des besoins de santé de la population, les deux pôles d'activités conservées devraient générer une activité importante pour le nouvel hôpital. L'augmentation de l'activité nécessiterait toutefois d'apporter une attention toute particulière aux conditions d'accueil tant des parturientes que des personnes âgées.

Toutefois, ce scénario risque de générer d'importantes réticences de la part des médecins et des infirmiers, notamment du site de Saint-Cloud, attachés au caractère d'hôpital général du nouveau centre hospitalier. Il faudra donc développer une stratégie de conviction des communautés médicale et paramédicale clodoaldiennes.

Enfin, la direction devra concentrer ses efforts sur le développement d'une politique attractive pour les médecins anesthésistes et pédiatres, ce qui passe notamment par une politique d'investissement en matière d'équipement médical.

3.1.4 Scénario volontariste : développer une activité chirurgicale spécialisée au sein de l'hôpital fusionné

A) Hypothèse : le développement d'une activité chirurgicale de pointe

Au regard de la forte concurrence exercée par les établissements de santé aux alentours dans le domaine de la chirurgie conventionnelle et des menaces qui planent sur les blocs opératoires dont l'activité est jugée insuffisante, il convient de s'interroger sur l'intérêt de développer au sein de l'hôpital fusionné une activité chirurgicale spécialisée. Cela nécessiterait de recruter un chirurgien renommé dans une spécialité chirurgicale de pointe.

Plusieurs pistes de réflexion existent quant au choix de cette spécialité : au regard des caractéristiques de la population, cette discipline pourrait par exemple être la chirurgie

réparatrice, activité qui pourrait par ailleurs permettre de trouver une certaine complémentarité avec le centre de lutte contre le cancer René Huguenin situé en face du site de Saint-Cloud.

La variable de l'offre de soins à proximité de l'établissement pourrait également intervenir dans le choix de la spécialité chirurgicale de pointe à développer : le centre hospitalier intercommunal de Sèvres-Saint-Cloud pourrait par exemple exploiter l'arrêt de l'activité de chirurgie orthopédique par l'hôpital Foch pour en faire une activité de pointe.

B) Conséquences : une pérennité mieux assurée

Le recrutement d'un chirurgien renommé représenterait à court terme un coût important dans un contexte de contraintes budgétaires fortes. Toutefois, à plus long terme, la pérennité d'un hôpital doté d'un pôle chirurgical d'excellence serait alors peut-être mieux assurée que celle d'un hôpital général fortement concurrencé. La rentabilité d'une telle activité dépendra néanmoins de l'évolution des tarifs des GHS concernés.

De plus, l'existence d'un pôle de chirurgie de pointe serait susceptible d'attirer des personnels médicaux et paramédicaux vers ce nouvel hôpital.

C) Stratégie et moyens d'action : un travail de conviction et de communication

Il faudrait s'assurer du soutien dans ce projet des principaux acteurs de l'hôpital : président du conseil d'administration, équipe de direction, agence régionale de l'hospitalisation, président de la CME et plus généralement de l'ensemble de la communauté médicale - actuellement très attachée au maintien de la vocation d'hôpital général de proximité.

Le développement d'une telle activité n'est pas prévu dans le cadre de la lettre de cadrage du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Ce scénario requiert donc de convaincre la tutelle que cette activité est susceptible de répondre à un besoin de la population.

La direction, le président et les vice-présidents du conseil d'administration peuvent s'avérer favorables au développement d'une telle activité si les estimations concluent à sa rentabilité et qu'ils estiment qu'elle est susceptible de répondre à une demande de la population.

La direction devra se montrer convaincante auprès des médecins du site de Saint-Cloud, attachés au maintien d'un hôpital général, afin qu'ils soutiennent cette nouvelle orientation de l'hôpital et relaient l'information auprès de leurs confrères de la médecine de ville et des autres établissements de santé.

Le développement d'une telle activité nécessiterait en effet tant de la part de la direction que des médecins de l'hôpital une communication externe d'envergure pour la faire

connaître auprès des médecins libéraux et de la population pour générer une activité importante.

La réussite de ce scénario requiert enfin que soit résolue la question de la succession du médecin chef du service de chirurgie viscérale, actuellement proche de l'âge de la retraite.

On distingue classiquement les scénarios possibles, les scénarios réalisables et les scénarios souhaitables.

Le scénario souhaitable nous paraît être le scénario tendanciel qui consiste à faire de l'hôpital fusionné un hôpital général qui conserve son activité de MCO : le volet médecine (M) se justifie du fait du vieillissement de la population et la demande en soins de médecine associés ; le volet obstétrique (O) apparaît solide en raison de la reconnaissance dont jouissent chacun des chefs de service des maternités des deux sites, de la demande importante et de la relative pénurie de l'offre de soins dans ce domaine dans le territoire de santé ; enfin, l'activité d'obstétrique s'appuie sur une activité de chirurgie (C).

Néanmoins, ce scénario repose sur un certain nombre de conditions de réalisation, extérieures à la décision de fusion, dont, à l'heure actuelle, nombre de paramètres nous échappent - notamment la conservation de l'activité de chirurgie au sein du nouvel hôpital. Le scénario réalisable à terme pourrait donc s'avérer être le scénario alternatif, qui aboutirait à un hôpital mère-enfant et médecine.

En tout état de cause, aucun scénario ne pourra véritablement être réalisé avant l'achèvement des travaux sur le site de Saint-Cloud.

Un scénario de la phase transitoire va donc devoir être défini pour la période 2007-2010.

3.2 Détermination des scénarios de la phase transitoire 2007-2010

Concernant la phase transitoire de 2007 à 2010, trois hypothèses principales peuvent être envisagées.

3.2.1 hypothèse 1 : le statu quo

A) Hypothèse : le statu quo

Dans cette hypothèse, les deux blocs demeurent en activité et les maternités restent sur leurs sites respectifs. La chirurgie demeure à Saint-Cloud. Un seul service de médecine, l'alcoologie, nécessitant peu le recours au plateau technique, est transféré sur le site de Sèvres en raison des travaux dans le cadre de surfaces extrêmement contraintes sur le site de Saint-Cloud.

B) Conséquences : des transferts de service plus tardifs

Le maintien des activités existantes sur chacun des sites retarde l'échéance du transfert des services à l'horizon 2010-2011 et réduit donc les craintes et réticences des médecins et des personnels concernés. De ce fait, la prévision d'une telle hypothèse au sein du projet médical permettrait vraisemblablement d'accélérer son adoption.

C) Limites : le retard des bénéfices attendus de la fusion

La limite principale de cette hypothèse est de retarder les bénéfices attendus de la fusion. Elle laisserait notamment perdurer les surcoûts de fonctionnement générés par des services et des équipements en doublon. Elle retarderait les économies d'échelle et ne résoudrait pas les difficultés liées à la rareté de certains personnels médicaux, particulièrement en pédiatrie et anesthésie. Enfin cette hypothèse entraverait, d'une certaine manière, la dynamique initiée par la décision de fusion.

D) Stratégie et moyens d'action

Cette hypothèse apparaît comme la plus aisée à mettre en œuvre dans la mesure où elle recueille l'assentiment d'un grand nombre d'acteurs tant médicaux que paramédicaux, favorables au statu quo de l'offre de soins dans un premier temps. Le médecin chef du service de gynécologie-obstétrique du site de Sèvres estime à cet égard que «ce qui nous sauve dans cette fusion, c'est de rester encore sur deux sites différents pendant cinq ans »⁸⁶.

Il est probable que l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France ne considère pas cette hypothèse comme optimale mais, consciente des contraintes architecturales qui pèsent sur le nouvel établissement pendant les travaux, elle serait susceptible d'accepter la mise en œuvre de cette hypothèse, à la condition que l'établissement réalise de réelles économies, ce qui requiert l'accomplissement de restructurations.

Dans cette hypothèse, la direction devrait donc chercher à initier les mutualisations de services qui pourraient être réalisées nonobstant l'architecture contrainte, afin d'amorcer la mise en œuvre du processus de fusion.

⁸⁶ Entretien avec le médecin chef du service de gynécologie-obstétrique du site de Sèvres le 3 juillet 2006.

3.2.2 hypothèse 2: regroupement des blocs opératoires et de la maternité sur le site de Saint-Cloud

- A) Hypothèse : regroupement des blocs opératoires et de la maternité dès la phase transitoire

Cette hypothèse prévoit le regroupement des blocs opératoires et de la maternité sur le site de Saint-Cloud dès la phase transitoire.

- B) Conséquences : l'amorce d'une complémentarité d'activités entre les sites

En raison des contraintes de surfaces durant les travaux, cette hypothèse imposerait le transfert de l'activité de médecine sur le site de Sèvres.

Au regard de surfaces disponibles, le regroupement des blocs opératoires et des maternités sur le site de Saint-Cloud nécessiterait la réduction d'une partie de l'activité de ce site, qui pourrait être compensée par des économies de fonctionnement.

Par ailleurs, du fait du regroupement des blocs et des services de gynécologie-obstétrique, la pénurie de personnel médical devrait être moins prégnante.

Enfin, cette hypothèse devrait améliorer la visibilité de la répartition des activités du nouvel établissement qui seraient, dès 2008, regroupées par site : une offre de soins en maternité, obstétrique, chirurgie et réanimation serait dispensée sur le site de Saint-Cloud, tandis que le site de Sèvres offrirait des activités de médecine, de soins de suite et de kinésithérapie.

- C) Limites

Le transfert de l'activité de médecine sur le site de Sèvres pendant la période de travaux puis le retour sur le site de Saint-Cloud ensuite est susceptible de générer une confusion à laquelle risque d'être associée une diminution du nombre de patients.

Par ailleurs, le maintien de l'activité de gynécologie-obstétrique pendant les travaux peut générer un accroissement du risque infectieux.

De surcroît, cette hypothèse se heurterait à la réticence des communautés médicales quant à la diligence de ce transfert d'activités.

- D) Stratégie et moyens d'action : un nécessaire travail de conviction de la communauté médicale

L'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France a souhaité, dans sa lettre de cadrage, que la fusion se traduise « par une dynamique de mutualisation maximale des ressources des deux sites devant générer sur la période intermédiaire des économies tangibles »⁸⁷. Elle devrait donc approuver la mutualisation dès la phase intermédiaire des services de gynécologie-obstétrique et des blocs opératoires des deux sites.

La direction devrait appuyer la réalisation de cette hypothèse dans la mesure où elle permet d'amorcer la mise en œuvre de la fusion pour les activités médicales. Elle devra néanmoins mener une entreprise de conviction des deux communautés médicales, en majorité farouchement opposées à la mutualisation des services dès la phase transitoire. De ce fait, le temps d'adoption du projet médical devrait s'en trouver accru. Enfin, la direction devra développer une politique de communication interne, à destination du personnel et externe, à destination des médecins libéraux et de la population afin d'éviter de perdre trop d'activité du fait du transfert de l'activité de gynécologie-obstétrique.

3.2.3 hypothèse 3 : le transfert de la maternité de Saint-Cloud sur le site de Sèvres durant la période transitoire

- A) Hypothèse : regroupement des maternités sur le site de Sèvres et maintien des blocs opératoires sur les deux sites

Cette hypothèse prévoit le transfert de la maternité du site de Saint-Cloud sur le site de Sèvres et la conservation de chacun des deux blocs opératoires sur leurs sites respectifs.

- B) Conséquences : réorganisation de l'offre de soins sur le site de Saint-Cloud

Cette hypothèse permettrait une augmentation de la capacité en lits de médecine et de chirurgie sur le site de Saint-Cloud.

Elle permettrait par ailleurs aux équipes des deux services de maternité de travailler ensemble dès la phase transitoire et générerait une offre de soins importante en médecine et en chirurgie sur le site de Saint-Cloud.

⁸⁷ Voir la lettre de cadrage du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en annexe 3.

C) Limites : une hypothèse onéreuse

Cette hypothèse conserve l'inconvénient du maintien des deux blocs chirurgicaux séparés. Ce surcoût pourrait éventuellement être compensé par le renforcement de la capacité en lits de chirurgie. Toutefois l'augmentation de la capacité n'engendre pas automatiquement celle de l'activité.

En outre, elle n'écarte pas le risque de pénurie de personnel médical tant que les blocs ne sont pas communs.

Elle générerait également un coût important en raison des travaux de remise aux normes et d'agrandissement au sein du bloc obstétrical de Sèvres qui s'avèreraient nécessaires pour accueillir le service de maternité de Saint-Cloud et qui n'auraient plus d'utilité une fois la période transitoire passée, d'autant que le financement de ces travaux n'est pas prévu.

Après la période transitoire, cette hypothèse supposerait de transférer à nouveau le service de maternité sur le site de Saint-Cloud, avec le risque que ces changements engendrent une diminution du nombre d'accouchements au sein du nouvel hôpital.

Enfin, l'accroissement de la capacité en lits de médecine et de chirurgie sur le site de Saint-Cloud peut s'avérer risqué en système de T2A, s'il ne s'accompagne pas d'une augmentation de l'activité.

D) Stratégie et moyens d'action

Cette hypothèse risque de s'avérer trop onéreuse au regard des avantages qu'elle procure pour que l'agence régionale de l'hospitalisation, la direction et le président du conseil d'administration ne la soutiennent. Par ailleurs, les deux communautés médicales sont fortement opposées au transfert des services durant la période transitoire. Cette hypothèse apparaît donc difficilement applicable au regard du positionnement des acteurs.

Le rapport de force des acteurs en présence milite pour la mise en œuvre de l'hypothèse du statu quo, qui recueille l'assentiment de la communauté médicale. Cette hypothèse, bien que se limitant à une perspective attentiste, semble générer une certaine cohésion de la part des acteurs. Il existe néanmoins un risque non négligeable que les économies ne soient pas réalisées, que l'activité chirurgicale continue à diminuer et que le scénario d'un hôpital mère-enfant et médecine devienne alors inéluctable.

La définition des scénarios, tant pour la période transitoire que pour l'offre-cible postérieure à 2010, suscite des pistes de réflexion sur les perspectives qui s'offrent au nouveau centre hospitalier intercommunal de Sèvres-Saint-Cloud.

3.3 Pistes de réflexion

La fusion des centres hospitaliers de Sèvres et de Saint-Cloud a les capacités de générer une réelle complémentarité des activités médicales entre les deux structures, le site de Saint-Cloud regroupant les activités de MCO et celui de Sèvres les activités de gérontologie. Les enjeux sont stratégiques et la difficulté réside dans le fait qu'il n'existe pas de solution unique pour s'assurer de la réussite de la fusion. L'enjeu est de mettre en place les conditions réelles de cette complémentarité. Aussi, peut-on réfléchir à l'activation de synergies pour les services médico-techniques qui font doublon (3.3.1), à une stratégie de complémentarité globale du nouvel établissement hospitalier avec le centre de lutte contre le cancer René Huguenin (3.3.2), au rapprochement de deux cultures d'établissement distinctes (3.3.3), au développement d'une communication idoine (3.3.4) et enfin à l'évaluation de l'opération de fusion (3.3.5).

3.3.1 Quelles synergies pour les services médico-techniques qui font doublon ?

Le regroupement des activités du plateau technique sur un seul des deux sites permettrait de rationaliser l'organisation de l'établissement hospitalier et permettrait de générer des économies non négligeables. L'économie liée au regroupement des blocs opératoires est estimée entre 600000 et un million d'euros.

Le laboratoire de Sèvres présente un surcoût non négligeable de l'acte de biologie par rapport à la moyenne nationale en raison de son faible niveau d'activité, tandis que celui de Saint-Cloud, constitué en SIH avec le Centre de lutte contre le cancer René Huguenin se situe dans la moyenne nationale. La mutualisation des deux laboratoires de biologie sur le site de Saint-Cloud générerait un potentiel d'économies évalué à 1.3 millions d'euros. Toutefois, la mutualisation des laboratoires de biologie des sites de Sèvres et de Saint-Cloud doit s'inscrire dans une réflexion globale sur la réorganisation du laboratoire commun entre le site de Saint-Cloud et le Centre René Huguenin rendue nécessaire par l'existence de problèmes organisationnels en son sein.

Quant à l'activité d'imagerie médicale, il peut être envisagé une coopération, dont les formes pourraient être négociées, avec le service d'imagerie du centre de lutte contre le cancer René Huguenin. La principale difficulté d'une mutualisation plus achevée avec cet établissement PSPH réside dans l'organisation de gardes médicales communes.

3.3.2 Quelle stratégie de complémentarité globale du nouvel établissement hospitalier avec le Centre de Lutte Contre le Cancer René Huguenin ?

Outre une réflexion à mener avec le Centre de Lutte Contre le Cancer René Huguenin sur l'extension du partenariat dans certains domaines comme l'imagerie médicale, l'hôpital fusionné pourrait s'interroger sur la définition d'une offre de soins cohérente en matière chirurgicale avec ce partenaire. Le centre hospitalier fusionné, qui dispose de services de gynécologie-obstétrique pourrait par exemple développer une complémentarité concernant la prise en charge de la femme avec le CRH, qui traite déjà de la cancérologie du sein. Une autre complémentarité pourrait également émerger avec ce partenaire PSPH autour de la chirurgie dite « molle » (chirurgie viscérale et gynécologique). Cela nécessiterait le relèvement de l'activité de chirurgie viscérale, le renforcement de l'équipe médicale en place et l'implication de l'ensemble des chirurgiens et des anesthésistes du nouvel établissement hospitalier et du Centre de Lutte Contre le Cancer.

3.3.3 Tenter de rapprocher deux cultures d'établissement distinctes

Dans le cadre d'une fusion, la gestion des ressources humaines consiste, outre la gestion des personnels, à les inciter à s'imprégner de la culture de l'autre site. Gilles Echardour, chargé de mission à l'ARHIF, explique qu'il faut en général une génération pour que la culture du nouvel établissement soit absorbée et que les équipes soient constituées de personnels n'ayant connu que le fonctionnement du nouvel hôpital.

Il convient néanmoins de relativiser l'importance des obstacles liés à la dissemblance des cultures, en les prenant en considération sans les hypertrophier. Les capacités d'intégration dans une culture différente dépendent bien souvent du caractère volontaire ou non du changement pour les agents. Après seulement six mois, l'acceptation du principe de la fusion par les personnels des deux sites a évolué et semble s'imposer pas à pas.

Une fusion doit générer une reconnaissance mutuelle des savoir-faire pour éviter la juxtaposition de services et de disciplines où prévaut l'esprit de chapelles. Une analyse des positions de chaque catégorie d'acteur peut s'avérer intéressante pour parvenir à une « harmonisation consensuelle qui retienne le meilleur de chaque pratique et puisse réaliser un compromis entre passé et futur. Les professionnels ont besoin d'être valorisés et d'être reconnus dans leur histoire »⁸⁸. Toutefois, une politique d'accompagnement est

⁸⁸ FORCIOLI P., Fusion hospitalière, mode d'emploi, *Revue Hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n°6, p. 29.

importante pour éviter, sinon réduire l'impact négatif que tout changement peut avoir sur les individus⁸⁹.

3.3.4 Développer une communication idoine

En période de fusion, il importe de mettre en œuvre des moyens de communication, tant internes qu'externes, s'appuyant sur des objectifs clairs et partagés par la majorité des acteurs concernés.

A) Développer une communication interne

Le rapprochement des cultures ne se décrète pas et est difficile à mettre en place. La communication joue un rôle important dans l'adhésion des différents acteurs au changement. Le silence de la direction est favorable au développement des rumeurs. Ainsi, la tâche des directeurs en période de fusion est davantage relationnelle que technique. L'équilibre est difficile à trouver, entre ce qui ne peut pas être divulgué et la nécessité de communiquer afin d'éviter des non-dits susceptibles de générer d'importantes ambiguïtés. C'est pourquoi, la direction de l'hôpital de Sèvres-Saint-Cloud organise des réunions des cadres de l'établissement hospitalier afin de les informer de l'avancement des différents éléments du projet stratégique.

Une nouvelle identité commune doit être trouvée, ce qui passe notamment par un aspect symbolique, tel que l'attribution d'un nouveau nom y compris a posteriori, d'un logo, d'une charte graphique. L'hôpital fusionné est doté de l'appellation provisoire de « centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres, Ville d'Avray ». L'attribution d'un nom définitif est un élément symbolique qui serait susceptible de favoriser l'appropriation du changement par le personnel.

Une communication entre les deux sites reste également à inventer : visite des services de l'autre site par l'ensemble des personnels par petits groupes, occasions de rencontre et d'échange entre professionnels des deux sites ou création d'une plate-forme intranet commune sont autant d'actions susceptibles d'œuvrer au décroisement des sites. Une formation regroupant des cadres des deux sites, a été organisée et très appréciée par ces derniers : « on s'est aperçu lors de cette formation qu'on avait les mêmes valeurs et qu'on avait intérêt à s'enrichir des deux cultures », explique l'un d'entre eux⁹⁰. La formation est en effet un moyen de rendre les personnels acteurs de la fusion en les faisant passer d'une logique individuelle à une logique collective, face aux résistances au changement,

⁸⁹ FAYN M.-G., Communication et formation au service du changement, *Revue Hospitalière de France*, mars-avril 2006, n° 509, p 18-21.

⁹⁰ Entretien avec une cadre sage-femme du site de Sèvres le 22 juin 2006.

soulevés par les fusions. Elle permet aux équipes des deux sites de se rencontrer et d'initier des méthodes de travail communes. De cette formation a émergé la constitution d'un groupe cadres devant s'avérer force de propositions dans le cadre de la fusion.

B) Développer une communication externe

Une communication externe est également nécessaire en période de fusion. L'enjeu essentiel de cette communication est la reconnaissance de la nouvelle structure par la population et les partenaires externes de l'hôpital. Ici encore, les outils principaux sont notamment un nom et un logo innovants.

Une sensibilisation des professionnels du secteur libéral afin de mieux faire connaître le nouvel établissement hospitalier et accroître l'adressage des patients pourrait être menée sous la forme d'une journée portes ouvertes ou sous la forme d'un politique de communication à destination des médecins libéraux. Ces derniers représentent un véritable relais, important pour l'activité et donc la légitimation du nouvel établissement.

Une communication à destination de la presse locale et l'envoi de bulletins d'information aux mairies des communes de rattachement de l'hôpital fusionné, à l'ensemble du bassin de recrutement et aux autorités de tutelle permettrait d'améliorer la communication de l'établissement de santé à destination de son environnement de proximité.

3.3.5 Evaluer l'opération de fusion

Il peut s'avérer intéressant de formaliser les objectifs de la fusion dans un document formel rendu public, de manière à ce que les acteurs puissent s'y référer, tel que l'a fait le centre hospitalier de Vendée-Loire-Océan lors de sa fusion. L'expérience montre que les opérations de fusion hospitalière font l'objet d'un déficit d'évaluation *a posteriori*. Une évaluation de la fusion régulièrement renouvelée tout au long de l'opération permettrait de montrer aux acteurs que des avancées ont lieu, sur la base d'indicateurs éventuellement validés et analysés avec eux. L'orientation serait ainsi maintenue et elle serait claire pour l'ensemble des acteurs. La réalisation d'« audits culturels, comme il existe des audits sociaux »⁹¹ pourrait aider à définir la culture du nouvel établissement hospitalier et représenterait une aide à la conduite du changement, notamment dans la définition de la communication interne.

⁹¹ Fédération Hospitalière de France, *Rapport du groupe d'étude et de recherche sur les fusions et regroupements d'établissements*, 85 p., p. 20.

CONCLUSION

Dans le cadre d'une fusion hospitalière qui relève plus d'une nécessité que d'une volonté conjointe des deux établissements, nous sommes partis de l'hypothèse suivante : pour qu'une fusion imposée se révèle efficace, il est nécessaire que le nouvel établissement se dote d'un projet médical cohérent afin de légitimer *a posteriori* l'opération de fusion.

Or, au terme de ce mémoire, il s'avère que le projet médical ne peut être réussi que si les conditions suivantes sont respectées :

- ❖ Le projet médical du nouvel hôpital doit tout d'abord intégrer des activités qui répondent aux besoins de la population.
- ❖ Ces activités doivent trouver leur place au sein de l'offre de soins déjà très abondante du territoire.
- ❖ Il faut ensuite veiller à ce qu'aucun des deux sites ne soit perdant dans le contenu du nouveau projet médical, dans la mesure où ils ont tous deux apporté une part du projet final.
- ❖ Le projet médical ne doit pas se limiter à une simple répartition des lits, mais doit prévoir une stratégie cohérente et complémentaire entre les deux sites de l'hôpital d'une part, et entre le nouvel hôpital fusionné et son partenaire PSPH le Centre de Lutte Contre le Cancer René Huguenin d'autre part.
- ❖ De surcroît, le projet médical du nouvel établissement doit faire l'objet d'une communication interne et externe, qui permette de concrétiser les efforts menés par les acteurs de l'hôpital par une augmentation de l'activité.
- ❖ Si le projet médical n'est pas relayé par les acteurs, la fusion s'avérera une coquille vide qui risque d'engendrer des guerres intestines entre les personnels des deux sites.
- ❖ En outre, bien que les raisons de leur action sont différentes, il faut que la stratégie de chaque groupe d'acteurs converge vers un même objectif. Nous avons à cet égard étudié le positionnement des acteurs de l'hôpital de Sèvres-Saint-Cloud à travers le prisme des théories de l'analyse stratégique.
- ❖ Enfin, pour que le projet médical soit réussi, il est nécessaire qu'il s'appuie sur les points forts de l'établissement. Ce dernier dispose notamment d'une fenêtre d'opportunité favorable, à savoir que les acteurs ont un intérêt commun à ce que la fusion se réalise - même si c'est par défaut - et ce dans les meilleures conditions. Le nouvel établissement jouit également d'une manne d'activité potentielle au regard de certains besoins de santé de la population non couverts par l'offre de soins pourtant abondante aux alentours.

Pour dessiner l'avenir, on a choisi d'utiliser la méthode des scénarios proposée par Michel Godet dans son *Manuel de prospective stratégique*⁹², dont l'objectif est de décrire plusieurs images du futur d'un système et de choisir celle qui présente le plus fort caractère de vraisemblance, de cohérence et de pertinence. Ainsi, quatre scénarios possibles de projet médical ont été élaborés dans ce mémoire : une répartition des activités identique à celle qui préexistait avant la fusion ; le scénario d'un hôpital général de proximité ; le scénario d'un hôpital mère-enfant et médecine ; et enfin, un scénario prévoyant le développement d'une activité de chirurgie spécialisée.

Il nous est apparu que l'objectif vers lequel l'hôpital devait tenter de s'orienter est le scénario tendanciel, qui consiste à faire du nouvel établissement un hôpital général. Le choix de ce scénario se justifie par la complémentarité de l'offre de soins qu'il permettrait entre les deux sites et de la volonté forte des acteurs de s'engager dans ce projet, ce travail ayant démontré l'importance du soutien des acteurs dans un tel processus de changement.

Néanmoins, ce scénario repose sur un certain nombre de conditions de réalisation, extérieures à la décision de fusion, dont nombre de paramètres, et notamment la possibilité de conserver l'activité de chirurgie, nous échappent encore à l'heure actuelle.

Dans ce cas, un scénario alternatif qui consiste à faire du nouvel établissement de santé un hôpital mère-enfant et médecine pourrait émerger. Il appartiendra alors aux principaux acteurs de ne pas le considérer comme un échec mais comme un scénario à part entière.

Seul le temps permettra de dresser une évaluation de cette fusion hospitalière, chacune de ces opérations étant singulière : « l'évaluation globale de la nouvelle entité ne sera possible que sur le long terme, qui seul permettra de conclure à la réussite de l'entreprise »⁹³.

Ce faisant, un faisceau d'indices dénote l'existence de facteurs propices, au premier rang desquels une réelle mobilisation des acteurs des deux sites et un attachement particulier à relever le défi.

⁹² GODET M. *Manuel de prospective stratégique, volume 2: l'art et la méthode*. Paris : Dunod, 1997. 355 p.

⁹³ Gilles Echardour, cité dans RAIKOVIC M., « Les fusions d'établissements », *Décision Santé*, 15 octobre 2000, n° 165, p. 16.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS P., et al., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Editions du Seuil, 2005, 292 p.

CABIN P., CHOC B., *Les organisations. Etat des savoirs*, Paris, Editions Sciences Humaines, 2005, 435 p., chapitre IV « Comprendre et gérer le changement », 435 p.

CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, Paris, éditions Masson, 1998, 170 p.

CREMADEZ M., *Le management stratégique hospitalier*, 2^{ème} édition, Paris, Masson éditeur, 1997, 448 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, collection Points, 1977, 500 p.

DERENNE O., LUCAS A., *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Tome 2: le développement des ressources humaines*, Rennes, Editions ENSP, 2003, 445 p.

GODET M., *De l'anticipation à l'action, Manuel de prospective et de stratégie*, Paris, Dunod, 1991, 390 p.

GODET M., *Manuel de prospective stratégique, volume 2, l'art et la méthode*, Paris, Dunod, 1997, 355 p.

MULLER P., SUREL Y., *L'analyse des politiques publiques*, Editions Montchrestien, Paris, 1998, 156 p.

MEMOIRES

COQUAZ C., *Les fusions hospitalières. Contribution de l'infirmier général au changement*, Mémoire d'infirmier général, 2001, 84 p.

DENIEL N., *La fusion d'un centre hospitalier et d'un hôpital local. De la création de l'entité à l'harmonisation de la gestion des ressources humaines*, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social public, 2003, 108 p.

DOUETTE M.-C., *Les restructurations hospitalières : le rôle du directeur des soins dans les fusions de blocs opératoires*, Mémoire de directeur des soins, 2005, 62 p.

DUBOIS F., *Développement du projet de rapprochement entre l'hôpital local et la maison de retraite CCAS de Lodève, comment concilier l'intérêt des résidents et du personnel avec celui des structures afin d'apporter une amélioration significative au service public sanitaire et social du Lodevois ?*, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social public, 2003, 82 p.

FIORINI C., *Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ? Les enseignements de la démarche menée au CH d'Hyères en matière de prévention du risque nosocomial*. Mémoire de directeur d'hôpital, 2001, 91 p.

HUBIN J., *La fusion des centres hospitaliers de Montmorency et d'Eaubonne : quelle(s) complémentarité(s) pour quel avenir ? (la place dévolue au site de Montmorency dans le futur projet médical commun)*, Mémoire de directeur d'hôpital, 1997, 134 p.

LEBLANC S., *Une coopération innovante entre un hôpital et un centre de lutte contre le cancer : partenariat autour d'un plateau technique. L'exemple du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et du Centre René Huguenin de lutte contre le cancer*, 2002, 92 p.

LEFRANC L., *Fusion et contractualisation au service de la restructuration hospitalière : le centre hospitalier intercommunal de Poissy /Saint-Germain-en-Laye*, 1998, 84 p.

POILLERAT L., *Le projet d'établissement au service de la fusion d'un établissement médico-social. Le projet d'établissement : garant de la fusion ? Et si la fusion était aussi garante du projet...*, Mémoire de Directeur d'Etablissement Social et Médico Social Public, 2003, 97 p.

ARTICLES ET PERIODIQUES

AUSSERRE F., Les fusions, mode d'emploi, *Décision Santé* 1^{er} 15 octobre 1999, n° 149, p 24-25.

BARATTA N., Restructuration : Eaubonne-Montmorency, une fusion en marche, *Décision Santé*, 1-15 février 1999, n° 140, p 25-27.

BARRAL B., Les difficultés juridiques et pratiques rencontrées lors d'une fusion interhospitalière, *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p 611-615.

BCHINI B., Vers une méthode pour la mesure de la performance d'une alliance, *Revue des Sciences de Gestion* mai-juin 2005, n° 213, p 93-103.

BEDIER P., Former pour accompagner la fusion. Comment préparer le personnel ?, *Revue Hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n°6, p 62-65.

BICHER E. et FELLINGER F., Restructurations hospitalières : les médecins plutôt favorables, *Revue hospitalière de France*, novembre-décembre 2005, n° 507, p 36-38.

BLOCH Y., Une fusion originale, *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p 616-623.

BONHOMME C., Coopération hospitalière publique, *Revue hospitalière de France* novembre-décembre 1997, n°6, p 816-823.

CALMES G., LEFRANC L., Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000, *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p 584-589.

CLEMENT J. P., Mc CUE M. J., LUKE R. D., et al., Strategic Hospital Alliances : impact on financial performance, *Health Affairs*, November-december 1997, p. 193-203.

CROUZILLZQ C., JOUBERT A., Restructuration hospitalière. Une expérience d'accompagnement par la formation, *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p 590-593.

DEVRESSE E., La fin de l'hôpital ou le dernier patient , *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p 582-583.

DEVRESSE E., Une discipline en mutation. Les évolutions de la chirurgie en France, *Gestions hospitalières*, octobre 2000, p 600-604.

FAYN M.-G., Communication et formation au service du changement, *Revue Hospitalière de France*, n°509, mars-avril 2006, p. 18-21.

FORCIOLI P., Fusions d'hôpitaux et conflits à l'hôpital, *Gestions hospitalières*, avril 1999, p 256-259.

FORCIOLI P., Fusion hospitalière, mode d'emploi, *Revue Hospitalière de France*, novembre-décembre 1999, n° 6, , p 22-35.

FORCIOLI P., De la fusion à la réorganisation médicale et à la restructuration architecturale, *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p 728-773.

FORCIOLI P., Analyse sociale d'une fusion dhôpitaux, *Gestion Hospitalière*, juin-juillet 2003, p 468-472.

FORCIOLI P., Les économies dans les fusions hospitalières, *Gestion Hospitalière*, mai-juin 2005, n° 504, p 52-58.

GODET M. « Scénarios globaux à l'horizon 2000. Analyse morphologique et probabilisation ». *Futuribles international*, n°1, juin 1995, 29 p.

KARAKI H., VINCK D., Fusion d'hôpitaux : la place des médecins dans les processus de changement, *Gestions hospitalières*, mai 2005, p 369-376

KITOUS B., Fusion des établissements : solution d'avenir ?, *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2002, p 423-441.

KOURILSKY F., Comment ne pas bloquer le changement, *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p 580-581.

LACROIX D., Centre hospitalier de Meulan-les Mureaux : osmose, *Directeur d'Hôpital Magazine*, août-septembre 1999, n° 66, p 23-26.

Groupe LAENNEC, Accompagner les restructurations. Carnets de route..., *Gestions hospitalières*, avril 1999, p 261-265.

LOUBAT J.-R., Vers une mutation de la fonction de direction, *Lien Social* 7 avril 2005, n° 748, p 4-8.

RAIKOVIC M., Les fusions d'établissements, *Décision Santé* 15 octobre 2000, n° 165, p. 13-18.

RAPPORTS ET DOSSIERS DE PRESSE

ADRHEN-SANTE-Ylios, *Points d'étape de l'élaboration du projet médical du Centre hospitalier Intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray*, décembre 2005.

ADRHEN-SANTE/Ylios, *Les axes majeurs du projet médical du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray*, juin 2006.

ARHIF, *Schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération – 2006-2010, annexe*, mars 2006, 403 p.

BICHER E. et FELLINGER F, *Dossier de presse relatif à l'Enquête à propos de 106 opérations de restructurations hospitalières*, Conférence nationale des présidents de CME, disponible sur internet : www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr/doc/Enquete-CMEdeCH.pdf

BOULC'H MASCARET B., CABE M.-H., LEVAY M., MARTINON S., MIJARES E., RAVE G., *De l'histoire singulière de la fusion-restructuration de deux établissements hospitaliers dans un contexte de recomposition régionale de l'offre hospitalière*, Paris, 2000-2001, 107 p.

CHI Jean Rostand, *Dossier de presse sur l'opération de fusion du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Sèvres et Ville d'Avray*. Disponible sur internet : <http://www.chi-sevres.fr/fr/index2.php?goto=actualite>

DHOS, *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, juillet 2006, 99 p. Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/dossiers/gouvernance/accueil.htm>

Fédération Hospitalière de France, *Rapport du groupe d'étude et de recherche sur les fusions et regroupements d'établissements*, mars 2002, 85 p. Disponible sur internet : www.fhf.fr/file.php?tb=dos_article&at=id_article&px=fic3&id=256

Groupe Montaigne, *Mission d'assistance technique à une réorganisation de l'offre de soins, Rapport de mission. Centre hospitalier intercommunal Jean Rostand – Sèvres ;*

Centre hospitalier de Saint-Cloud ; Clinique chirurgicale du Val d'Or – Saint-Cloud, octobre 2004.

VALLANCIEN G., *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités*, 3 avril 2006, 78 p. Disponible sur internet : medias.lemonde.fr/mmpub/edt/doc/20060419/763097_rapport_chirurgie.pdf

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Ordonnances

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Lois

- Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n°87-575 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Décrets

- Décret n° 73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et à la suppression des établissements d'hospitalisation publique
- Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

Décision

- Décision n° 05-28 du 19 octobre 2005 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France

Code

- Code de la santé publique

DOCUMENTS INTERNES

- procès-verbal du CTE du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand du 19 octobre 2004.
- procès-verbal de la CME du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand du 20 octobre 2004.
- procès-verbal du conseil d'administration du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand du 21 octobre 2004.
- procès-verbal du CTE du centre hospitalier de Saint-Cloud du 17 juin 2005.
- procès-verbal de la CME du centre hospitalier de Saint-Cloud du 20 juin 2005.
- procès-verbal du conseil d'administration du centre hospitalier de Saint-Cloud du 20 juin 2005.
- procès-verbal du conseil d'administration du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Sèvres, Saint-Cloud et Ville d'Avray du 6 juillet 2006.
- procès-verbal du conseil d'administration du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Sèvres, Saint-Cloud et Ville d'Avray du 14 septembre 2006.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Décision n° 05-28 du 19 octobre 2005 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France

Annexe 3 : Lettre de cadrage du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France du 26 mai 2005

Annexe 4 : Lettre de mission du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France du 21 avril 2006 concernant les hôpitaux de Sèvres/Saint-Cloud, dans le contexte de mise en œuvre de la fusion des deux établissements

Annexe 5 : Analyse démographique des communes de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray

Annexe 6 : Tableau des acteurs

Annexe 7: Variables-clés influant sur la définition du projet médical de l'hôpital fusionné

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées

- Madame le Dr BELAISCH-ALLART, vice-présidente de la CME chef de service de gynécologie-obstétrique sur le site de Sèvres, le 3 juillet 2006, 45 mn.
- Madame Geneviève CLOUARD, directrice des ressources humaines et des travaux de l'hôpital fusionné Sèvres-Saint-Cloud, le 12 mai 2006, 1 heure.
- Madame Dominique CROZET, responsable du service des admissions sur le site de Saint-Cloud le 18 avril 2006, 45 mn.
- Monsieur Gilles ECHARDOUR, chargé de mission à l'ARHIF, le 13 juillet 2006, 1h45.
- Monsieur Olivier EMBS, directeur des services économiques de l'hôpital fusionné de Sèvres-Saint-Cloud, le 28 juin 2006, 45 mn.
- Madame Stéphanie FAZI-LEBLANC, directrice des affaires financières du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray (nombreux entretiens).
- Monsieur Pascal FORCIOLI, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie, ancien directeur du centre hospitalier intercommunal d'Eaubonne-Montmorency, le 2 mai 2006, 30 mn (entretien téléphonique).
- Monsieur Jean-Yves LAFFONT directeur général du CH de Versailles, directeur du CH de Saint-Cloud du 1^{er} juillet 1990 au 15 août 2004, le 2 mars 2006, 1h30.
- Monsieur Joseph MOISAN, directeur de la filière des élèves directeurs d'hôpital à l'École Nationale de la Santé Publique, ancien directeur du centre hospitalier intercommunal de Vendée-Loire-Océan, le 10 juillet 2006, 1 heure (entretien téléphonique).
- Madame Elisabeth PACREAU, directrice du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray (nombreux entretiens).

- Monsieur Hervé PAULY, directeur des soins du centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray, le 7 juillet 2006, 45 mn.

- Madame le Dr PIPIEN, vice-présidente de la CME et chef de service d'anesthésie et réanimation sur le site de Saint-Cloud, le 23 mai 2006, 1 heure.

- Madame Isabelle POIRIER, cadre de santé sage-femme sur le site de Sèvres, le 22 juin 2006, 1 heure.

- Monsieur le Dr RAUST, président de la CME, chef du service de radiologie sur le site de Saint-Cloud, le 15 mai 2006, 1 heure 30.

- Madame Françoise ROPERS, cadre de santé du service d'alcoologie et de gastro-entérologie du site de Saint-Cloud, le 30 juin 2006, 30 mn.

- Madame le Dr SALVATORE, chef du service des soins de suite et de réadaptation sur le site de Sèvres, le 30 mai 2006, 1 heure.

- Madame Annie SCHURGER, représentante syndicale de la CFTC sur le site de Saint-Cloud le 4 mai 2006, 2h20.

ANNEXE 2 : Décision du 19 octobre 2005 du directeur de l'ARHIF concernant la fusion du CH de Saint-Cloud et du CHI Jean Rostand de Sèvres

République Française

A.R.H.I.F. AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE-DE-FRANCE

DECISION N° 05-28

**LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE
L'HOSPITALISATION D'ILE-DE-FRANCE**

-
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L 6122-1, L. 6122-15, L 6141-1 à 8, R. 6122-35, R 6141-10, R. 6141-11 et R 6141-13 ;
- VU l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ;
- VU La délibération n° 2005-69 du conseil d'administration en date du 20 juin 2005 du centre hospitalier de Saint-Cloud sur le projet de fusion avec le centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray ;
- VU la délibération n°2005-13 du conseil d'administration du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray en date du 1^{er} juillet 2005 sur le projet de fusion avec le centre hospitalier de Saint Cloud ;
- VU la délibération en date du 20 juin 2005 de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Saint-Cloud ;
- VU la délibération en date du 23 juin 2005 de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray ;
- VU la délibération n° 2926 du conseil municipal de Chaville en date du 29 juin 2005 relative au projet de fusion des deux centres hospitaliers de Saint-Cloud et de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray ;
- VU la délibération n° 2005-75 du conseil municipal de Saint-Cloud en date du 2 juillet 2005 relative au projet de fusion des deux centres hospitaliers de Saint-Cloud et de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray ;
- VU la délibération n° 2005-74 du conseil municipal de Sèvres en date du 1^{er} juillet 2005 relative au projet de fusion des deux centres hospitaliers de Saint-Cloud et de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray ;
- VU la délibération du conseil municipal de Ville d'Avray en date du 27 juin 2005 relative au projet de fusion des deux centres hospitaliers de Saint-Cloud et de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray ;
- VU la mission d'étude menée par des les deux centres hospitaliers de Saint-Cloud et de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray et notamment le dossier établi en date du 4 mars 2005;

CENTRE HOSPITALIER
SAINT-CLOUD
21. OCT. 2005
Direction

VU les lettres adressées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France le 26 mai 2005 aux présidents des conseils d'administration du centre hospitalier de Saint-Cloud et du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray ;

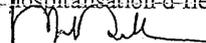
DECIDE

- ARTICLE 1^{er} : La fusion du centre hospitalier de Saint Cloud et du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray est prononcée. Cette fusion sera effective à compter du 1^{er} janvier 2006.
- ARTICLE 2 : Le nouvel établissement se dénommera provisoirement centre hospitalier intercommunal de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray. Le siège social est fixé 3, place de Silly 92211 Saint-Cloud.
- ARTICLE 3 : Le conseil d'administration de l'établissement nouvellement créé devra être constitué conformément aux dispositions de l'article R 6141-13 du code de la santé publique aux fins de délibérer sur toutes les affaires se rapportant au nouvel établissement, conformément aux dispositions de l'article L 6141-7-1 du même code, notamment la demande de confirmation des autorisations détenues par les deux établissements conformément aux dispositions de l'article R. 6122-35.
- ARTICLE 4 : Les conseils d'administration des deux établissements fusionnés cesseront d'exister dès la constitution du conseil d'administration du nouvel établissement.
- ARTICLE 5 : Le directeur de chacun des deux établissements fusionnés est chargé de la clôture des comptes ainsi que de toutes les opérations se rapportant à la gestion de l'exercice 2005 de son établissement.
- ARTICLE 6 : A l'issue des opérations de liquidation, qui devront être achevées au plus tard le 1^{er} juillet 2006, les éléments de l'actif et du passif des deux établissements fusionnés ainsi que les legs et donations seront transférés au nouveau centre hospitalier, qui se substituera aux établissements actuels dans leurs droits et obligations.
- ARTICLE 7 : Mme PACREAU-LEDAIN, en tant que directrice du centre hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray et directrice par intérim du centre hospitalier de Saint-Cloud, est chargée de préparer la mise en place du futur établissement fusionné.

ARTICLE 8 : Le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la région Ile-de-France et de la préfecture du département des Hauts-de-Seine.

Fait à Paris, le 19 octobre 2005

Le directeur de l'Agence régionale de
l'hospitalisation d'Ile-de-France,



Philippe RITTER

ANNEXE 3 : Lettre de cadrage du directeur de l'ARHIF

République Française



AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE-DE-FRANCE

LE DIRECTEUR

Paris, le 26 mai 2005

Affaire suivie par :
Gilles ECHARDOUR
Tél : 01.40.05.22.32
✉ gilles.echardour@sante.gouv.fr

Monsieur Philippe MIGEOT
Président du Conseil d'administration du
Centre hospitalier de Saint-Cloud
3, place de Silly
92211 SAINT CLOUD

Monsieur le Président,

Après les votes favorables des conseils d'administration du centre hospitalier Jean Rostand et du centre hospitalier de Saint-Cloud sur le principe d'une fusion, les directrices des deux établissements ont, à ma demande et en concertation avec les représentants des communautés hospitalières, élaboré des propositions relatives à la répartition des activités sur les deux sites au programme des travaux et à la projection des impacts financiers en découlant.

Après analyse de leur rapport, j'ai l'honneur de vous faire connaître la configuration que je retiens pour les deux sites, au regard des besoins du territoire et de l'optimisation des moyens du futur établissement.

A l'issue de la fusion, les capacités seront les suivantes :

CH Saint-Cloud

- Gynécologie-obstétrique-PMA : 54 lits
+ 6 places
- Néonatalogie : 9 lits
- Médecine : 37 lits
- Alcoologie : 15 lits de cure et post cure

- Chirurgie : lits 43
places 5 (installées au CRH)
- Soins de suite

- Réanimation : 8
- Soins continus : 4
- Lits porte urgences : 6
- HAD (obstétrique) : 4

Total :

191 lits et places

CH Jean Rostand

54 lits

81 dont 27 existants
27 par redéploiement
27 par création

135 lits

Soit au total 326 lits et places

La capacité et la répartition des activités doivent ainsi permettre à l'établissement de disposer d'une assise suffisante et d'une offre de soins complète et équilibrée entre les différentes disciplines. Le site de Saint-Cloud disposera d'un plateau technique complet, une unité d'imagerie conventionnelle étant maintenue à l'hôpital Jean Rostand.

L'organisation de l'activité d'hémodialyse devra faire l'objet d'une discussion avec l'hôpital Foch.

La réorganisation des urgences la nuit est également à prévoir à terme.

Afin d'accompagner le processus d'élaboration du projet médical qui reste à construire après cette 1^{ère} phase de cadrage, je propose qu'un comité de pilotage composé de représentants des deux établissements et de l'ARH (DDASS, Assurance Maladie) soit constitué.

Sur le plan financier, je prévois de vous accorder, au regard de la situation actuelle de chaque établissement et des surcoûts évalués pour les années à venir, les crédits suivants :

a) Financement des opérations d'investissement

- pour le centre hospitalier de Sèvres, le montant total des investissements prévus, pour la période 2005 à 2015, équipements compris, hors EHPAD, s'élève à 17,293 M € dont 3,376 de travaux découlant de la fusion.

- pour le centre hospitalier de Saint-Cloud le montant total des investissements prévus, équipements compris, pour la période 2005-2015, s'élève à 40,525 M € dont 9,568 de travaux découlant de la fusion et 15,407 M € de travaux liés à la restructuration en cours (phase 4-2 et phase 5 hors fusion).

Les montants d'aides requis en exploitation (groupe 4 des charges) pour équilibrer les plans pluriannuels d'investissements de chacun des établissements s'élèvent pour l'hôpital Jean Rostand à 150 000 € et à 1,8 M € pour le centre hospitalier de Saint-Cloud.

Ces aides, qui seront allouées en deux tranches (2005 et 2006) permettent de couvrir l'ensemble des surcoûts prévisionnels sous réserve que soit maintenue chaque année pour chaque établissement une base de référence pour les charges financières (1,2 M € pour l'hôpital Jean Rostand ; 2.1 M € pour Saint-Cloud) et que soient constituées des provisions jusqu'à l'apparition effective des surcoûts.

Il est à noter que pour le centre hospitalier de Saint-Cloud, les aides prévues permettent également le bouclage financier, à ce jour non assuré, des travaux de restructuration en cours.

b) Aides à l'équilibre d'exploitation

Les deux établissements, pratiquement à l'équilibre financier en 2004, vont être affectés sur la période intermédiaire (2005 – 2008) par des facteurs de déséquilibre :

- pour Saint-Cloud, les fermetures de lits pendant les travaux généreront une baisse des recettes issues de la T2A,
- pour l'hôpital Jean Rostand, l'adaptation de la productivité à la montée en charge de la T2A risque de se heurter au caractère incompressible d'une partie des dépenses supportées par un site de petite taille.

Néanmoins, la fusion doit se traduire dès maintenant par une dynamique de mutualisation maximale des ressources des deux sites devant générer sur la période intermédiaire des économies tangibles sans attendre la reconfiguration finale des activités. Cette dynamique doit notamment porter sur les composantes du plateau technique rapidement mutualisables (en particulier les laboratoires).

Pour accompagner les difficultés d'exploitation de la période transitoire, l'ARH apportera une aide non pérenne de 1,1 M€ par an de 2005 à 2010, dont les tranches 2007 à 2010 seront conditionnées à la réalisation d'économies effectives issues du commencement de mutualisation des moyens en 2005 et 2006.

Toutefois, cet accompagnement financier de l'ARH pourra être augmenté pour les années 2007 à 2010 dans l'hypothèse d'une accélération du calendrier de réalisation des opérations immobilières et d'économies sur les montants prévisionnels de ces opérations.

L'effort très important consenti par l'ARHIF ne vaut bien entendu que si, parallèlement, les conseils d'administration et les conseils municipaux s'engagent rapidement sur les bases qui vous sont indiquées dans le processus de fusion afin que celle-ci soit prononcée dans les meilleurs délais, avec effet au 1^{er} janvier 2006.

c) Le financement des capacités supplémentaires en soins de suite (une unité)

L'échelonnement du financement sera arrêté en fonction de la disponibilité des locaux et des recrutements de personnel et selon les modalités de valorisation des soins de suite dans le cadre de la T2A. Ce financement sera progressif ; et pourra être réparti sur deux exercices, le premier pouvant intervenir au cours de l'exercice 2006. Je vous précise qu'une autorisation spécifique devra être sollicitée au préalable.

Je vous prie d'agréer Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Philippe RITTER

**ANNEXE 4 : Lettre de mission du 21 avril 2006 du directeur de l'ARHIF
concernant les hôpitaux de Sèvres/Saint-Cloud, dans le contexte de mise en
œuvre de la fusion des deux établissements**

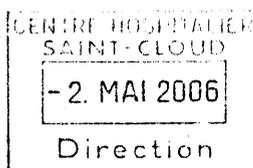
République Française

ARHIF

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE DE FRANCE

LE DIRECTEUR

Affaire suivie par :
Gilles ECHARDOUR
Chargé de mission
☎ 01.40.05.22.32
✉ gilles.echardour@sante.gouv.fr



Madame le docteur Dominique MEFFRE
Direction départementale des affaires
sanitaires et sociales des Hauts-de-Seine
130, rue du 8 Mai 1945
92014 NANTERRE Cedex

S/C de Madame la Directrice de la DDASS

Paris, le 21 avril 2006



Objet : Lettre de mission concernant les hôpitaux de Sèvres/Saint-Cloud, dans le contexte de mise en œuvre de la fusion des 2 établissements.

La fusion des deux centres hospitaliers de Sèvres et de Saint-Cloud vient d'être prononcée. Il semble judicieux que l'agence accompagne cette fusion. C'est pourquoi je vous confie la coordination d'une mission d'accompagnement, qui sera effectuée de façon conjointe par les services de la DDASS des Hauts-de-Seine et du service médical de l'Assurance maladie d'Ile-de-France.

La mission portera dans un premier temps sur :

- les principaux aspects du fonctionnement et de l'organisation des services,
- l'optimisation des moyens mis en commun par la fusion des deux établissements, en vue d'obtenir à terme l'équilibre des comptes, et d'assurer la pérennité du fonctionnement de l'établissement fusionné,
- les réorganisations des activités médicales nécessaires en fonction des différentes étapes de travaux.

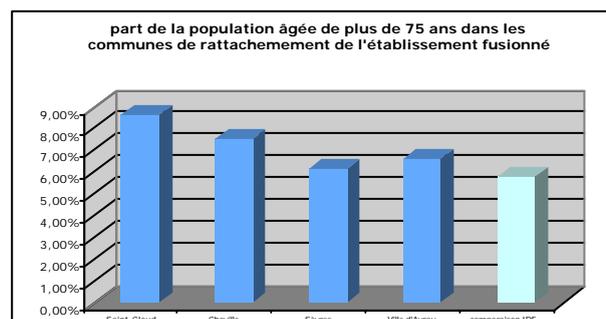
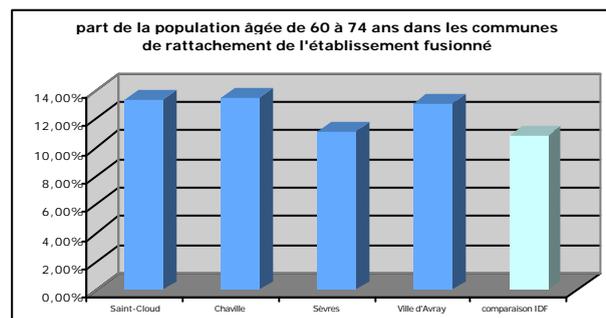
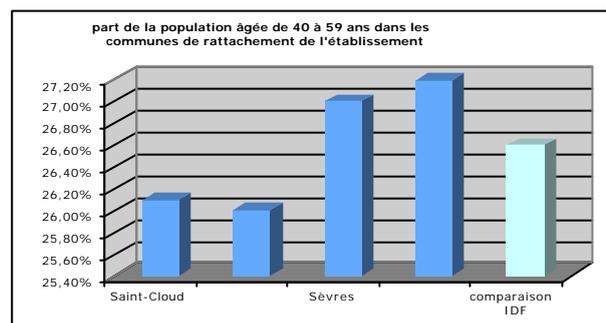
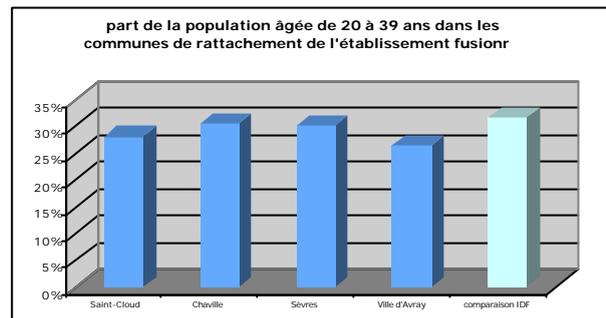
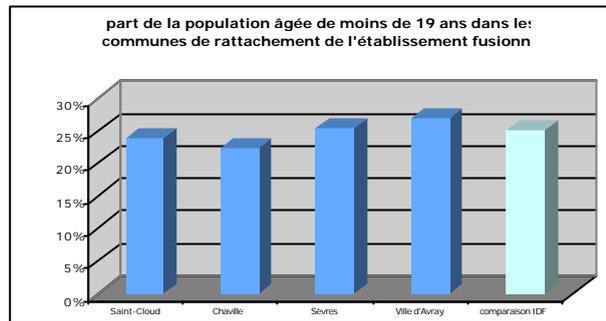
Au vu des premiers éléments qui me seront transmis pour le 30 juin je me réserve la possibilité d'élargir votre mission aux relations entre l'établissement fusionné et le centre René Huguenin en particulier pour l'organisation future :

- de l'imagerie ;
- du laboratoire ;
- de la stérilisation ;
- de la chirurgie et de l'endoscopie ambulatoire.

Philippe RITTER

17/19 place de l'Argonne – 75935 PARIS CEDEX 19 - Tél : 01.40.05.22.37 - Fax : 01.40.05.22.23

ANNEXE 5 : Analyse démographique des communes de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres et Ville d'Avray



ANNEXE 6 : Tableau des acteurs

influence de ligne sur colonne	ARH	Direction hôpital fusionné	Président du Conseil d'Administration	Président de CME	Personnels médicaux Sèvres	Personnels médicaux Saint-Cloud	Personnels non médicaux	Usagers
ARH	<p><u>Buts</u>: rationalisation de l'offre de soins; équilibre budgétaire de l'établissement; favorable au développement de la coopération.</p> <p>Moyens: attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification.</p>	<p><u>Influence dominante</u> ; attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification.</p> <p><u>Convergences</u>: recherche de l'équilibre financier, mutualisation des moyens entre Sèvres et Saint-Cloud, qualité de la prise en charge des patients.</p> <p><u>Divergences</u>: ?</p>	<p><u>Influence dominante</u> : attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification.</p> <p><u>Convergences</u>: recherche de l'équilibre financier, mutualisation des moyens entre Sèvres et Saint-Cloud, qualité de la prise en charge des patients, conservation de l'offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u>: ?</p>	<p><u>Influence dominante</u>: attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge des patients, conservation de l'offre de soins sur les deux communes, conservation d'un hôpital à vocation générale.</p> <p><u>Divergences</u>: refus de l'ARH de financer le scénario du projet médical et architectural qui recueillait l'assentiment des médecins et du président de CME; le président de la CME soutient les médecins dans leur réticence à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Influence indirecte</u> par l'attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge des patients, conservation de l'offre de soins sur la commune de Sèvres.</p> <p><u>Divergences</u>: refus de l'ARH de financer le scénario du projet médical et architectural qui recueillait l'assentiment des médecins; réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Influence indirecte</u> par l'attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge des patients, conservation de l'offre de soins sur la commune de Saint-Cloud, conservation d'un hôpital à vocation générale.</p> <p><u>Divergences</u>: refus de l'ARH de financer le scénario du projet médical et architectural qui recueillait l'assentiment des médecins; réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Influence indirecte</u> par l'attribution de budgets, la planification.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge; conservation de l'offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u>: l'ARH est favorable à la réalisation d'économies que dénoncent les syndicats</p>	<p><u>Influence indirecte</u>. Par l'intermédiaire de la planification sanitaire et de l'allocation des moyens, l'ARH pèse sur les choix des usagers. Cependant, leurs choix sont influencés par d'autres facteurs: la réputation d'un établissement, son image ou une expérience passée.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelles sur la recherche d'économies.</p>

influence de ligne sur colonne	ARH	Direction hôpital fusionné	Président du Conseil d'Administration	Président de CME	Personnels médicaux Sèvres	Personnels médicaux Saint-Cloud	Personnels non médicaux	Usagers
Direction hôpital fusionné	<p><u>Tendance à être dominée:</u> attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification.</p> <p>Cependant, existence de moyens d'action, notamment négociation de la lettre de cadrage.</p> <p><u>Convergences</u> de buts.</p> <p>Pas de <u>Divergences</u> majeures.</p>	<p><u>Buts:</u> équilibre budgétaire ; accroissement de l'activité, mutualisation des moyens, qualité de la prise en charge.</p> <p><u>Moyens:</u> Communication interne et externe, formation, projet d'établissement.</p>	<p><u>Tendance à être dominée :</u> instance délibérative de l'hôpital, le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical.</p> <p><u>Convergences :</u> équilibre budgétaire ; accroissement de l'activité, mutualisation des moyens, qualité de la prise en charge.</p> <p><u>Divergences :</u> ?</p>	<p><u>A la fois tendance à être dominée (la CME a un rôle délibérant en matière de choix médicaux) et à dominer</u> (rappel du principe de réalité : contraintes financières, budgétaires et architecturales)</p> <p><u>Convergences :</u> qualité de la prise en charge des patients, image de l'hôpital fusionné</p> <p><u>Divergences :</u> réticence du président de la CME et des deux communautés médicales à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site ; les nécessités d'économies ne sont pas toujours bien perçues par la communauté médicale.</p>	<p><u>A la fois tendance à être dominée (le projet médical ne peut être adopté sans l'aval des médecins) et à dominer</u> (rappel du principe de réalité : contraintes financières, budgétaires et architecturales)</p> <p><u>Convergences :</u> qualité de la prise en charge des patients, équilibre budgétaire</p> <p><u>Divergences :</u> réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site ; les nécessités d'économies ne sont pas toujours bien perçues par la communauté médicale.</p>	<p><u>A la fois tendance à être dominée (le projet médical ne peut être adopté sans l'aval des médecins) et à dominer</u> (rappel du principe de réalité : contraintes financières, budgétaires et architecturales)</p> <p><u>Convergences :</u> qualité de la prise en charge des patients, équilibre budgétaire</p> <p><u>Divergences :</u> réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Domination.</u> Les moyens d'action de la direction sont nombreux: communication, création de groupes de travail, formation. Les syndicats sont globalement d'accord avec le principe de la fusion.</p> <p><u>Convergences:</u> qualité de la prise en charge des patients, conservation de l'offre de soins dans les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u> sur la nécessité de faire des économies de personnel.</p>	<p><u>Influence réduite :</u> la direction du CH n'a que la communication externe comme moyens d'influence directe sur le choix des patients. La capacité de la direction à élaborer un projet médical pertinent peut améliorer la qualité de la prise en charge et influencer leur choix d'établissement de santé.</p> <p><u>Convergences:</u> qualité de la prise en charge; développement d'une offre de soins répondant à leurs besoins de santé;</p> <p><u>Divergences</u> éventuelles sur la mutualisation et le transfert de services sur l'un des deux sites.</p>
Président du Conseil d'Administration	<p><u>Tendance à être dominé</u> par l'ARH qui gère l'attribution de budgets, les contrats d'objectifs et de moyens, la lettre de cadrage ; pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification. Toutefois, existences de marges de négociation du président et des vice-présidents du CA avec l'ARH.</p> <p><u>Convergences:</u> recherche de l'équilibre financier, mutualisation des moyens entre Sèvres et Saint-Cloud, qualité de la prise en charge des patients, conservation d'une offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences:</u> ?</p>	<p><u>Tendance à dominer :</u> possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p><u>Convergences:</u> maintien de l'offre de soins, équilibre budgétaire ; accroissement de l'activité, mutualisation des moyens, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences :</u> ?</p>	<p><u>Buts:</u> équilibre budgétaire ; maintien de l'offre de soins, accroissement de l'activité, mutualisation des moyens, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Moyens:</u> possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p><u>Convergences :</u></p>	<p><u>Tendance à dominer :</u> possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p>Toutefois, influence du vote de la CME sur l'avis du CA en matière de projet médical.</p> <p><u>Convergences:</u> maintien de l'offre de soins, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences :</u> réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Tendance à dominer :</u> possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p>Toutefois, influence de la position de la communauté médicale sur l'avis du CA en matière de projet médical.</p> <p><u>Convergences:</u> maintien de l'offre de soins, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences :</u> réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Tendance à dominer :</u> possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p>Toutefois, influence de la position de la communauté médicale sur l'avis du CA en matière de projet médical.</p> <p><u>Convergences:</u> maintien de l'offre de soins, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences :</u> réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Domination :</u> possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p><u>Convergences :</u> qualité de la prise en charge des patients, maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences :</u> peu de poids des personnels dans les choix relatifs au projet médical, inquiétude des personnels quant au transfert des services entre les deux sites.</p>	<p><u>Influence indirecte.</u></p> <p><u>Convergences :</u> qualité de la prise en charge, maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences :</u> le transfert de certains peut perturber les habitudes des patients</p>

influence de ligne sur colonne	ARH	Direction hôpital fusionné	Président du Conseil d'Administration	Président de CME	Personnels médicaux Sèvres	Personnels médicaux Saint-Cloud	Personnels non médicaux	Usagers
Président de CME	<p><u>Tendance à être dominés:</u> attribution de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification. Toutefois, possibilité de négociation avec l'ARH lors de réunions sur l'élaboration du projet médical ; la loi du 24 juillet 1987 confère à la CME un rôle délibérant en matière de choix médicaux.</p> <p><u>Convergences:</u> maintien d'une offre de soins, maintien d'un hôpital général de proximité, qualité de la prise en charge.</p> <p><u>Divergences:</u> le président de la CME était favorable à des projets médical et architectural plus ambitieux et plus onéreux, dont le financement intégral a été refusé par l'ARH.</p>	<p><u>Influence mutuelle:</u> importance du président de CME qui représente le corps médical et influence du directeur représentant légal de l'établissement.</p> <p><u>Convergences:</u> qualité de la prise en charge, renommée de l'établissement dans un contexte d'offre de soins fortement concurrentielle.</p> <p><u>Divergences:</u> contraintes financières pas toujours bien perçues par la communauté médicale, réticences à transférer les services.</p>	<p><u>Tendance à être dominé:</u> possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L.714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p>Toutefois, la loi du 24 juillet 1987 confère à la CME un rôle délibérant en matière de choix médicaux.</p> <p><u>Convergences:</u> maintien de l'offre de soins, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences:</u> réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Buts:</u> conservation d'un hôpital général de proximité, maintien des situations existantes, renommée de l'hôpital.</p> <p><u>Moyens d'action:</u> pouvoir d'influence du président de la CME sur la communauté médicale ; la loi du 24 juillet 1987 confère à la CME un rôle délibérant en matière de choix médicaux.</p>	<p><u>Influence dominante</u> en raison notamment de la faible représentation des médecins du site de Sèvres au sein de la CME.</p> <p><u>Convergences</u> sur la volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, les réticences aux transferts de services, la renommée de l'hôpital et sur le maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences:</u> volonté individuelle de chaque médecin chef de service d'accroître sa zone de pouvoir, sentiment des médecins de Sèvres d'être "absorbés" par le site de Saint-Cloud, relations interpersonnelles parfois difficiles.</p>	<p><u>Influence dominante:</u> pouvoir d'influence sur les autres médecins.</p> <p><u>Convergences:</u> conservation d'un hôpital général, réticences aux transferts de services, volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible.</p> <p><u>Divergences:</u> volonté individuelle de chaque médecin chef de service d'accroître sa zone de pouvoir.</p>	<p><u>Domination:</u> la loi du 24 juillet 1987 confère à la CME un rôle délibérant en matière de choix médicaux.</p> <p><u>Convergences:</u> qualité de la prise en charge des patients, maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences:</u> peu de poids des personnels dans les choix relatifs au projet médical, inquiétude des personnels quant au transfert des services entre les deux sites.</p>	<p><u>Influence indirecte.</u></p> <p><u>Convergences:</u> qualité de la prise en charge, maintien de l'offre de soins, conservation de l'existant.</p> <p><u>Divergences:</u> ?</p>

influence de ligne sur colonne	ARH	Direction hôpital fusionné	Président du Conseil d'Administration	Président de CME	Personnels médicaux Sèvres	Personnels médicaux Saint-Cloud	Personnels non médicaux	Usagers
Personnels médicaux Sèvres	<p><u>Tendance à être dominés</u> : attribution par l'ARH de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification. Cependant, existence de moyens d'action : possibilité de négociation par la 2ème vice-présidente de la CME issue du site de Sèvres avec l'ARH lors de réunions sur l'élaboration du projet médical.</p> <p><u>Convergences</u>: maintien d'un site hospitalier à Sèvres, qualité de la prise en charge.</p> <p><u>Divergences</u>: les personnels médicaux étaient favorables à des projets médical et architectural plus ambitieux et plus onéreux, dont le financement intégral a été refusé par l'ARH ; crainte des personnels médicaux de Sèvres que le site de Sèvres devienne un site gériatrique ; réticences aux transferts de services.</p>	<p><u>Influence mutuelle</u>: importance de l'avis des médecins de Sèvres sur le projet médical et influence du directeur représentant légal de l'établissement.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge, renommée de l'établissement dans un contexte d'offre de soins fortement concurrentielle.</p> <p><u>Divergences</u>: contraintes financières pas toujours bien perçues par la communauté médicale, réticences à transférer les services.</p>	<p><u>Tendance à être dominé</u> : possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p>Toutefois, influence de l'avis des médecins sur le vote du CA sur le projet médical.</p> <p><u>Convergences</u>: maintien de l'offre de soins, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences</u> : réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Influence</u> faible : faible représentation des médecins du site de Sèvres au sein de la CME.</p> <p><u>Convergences</u> sur la volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, réticences aux transferts de services, renommée de l'hôpital, maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u>: volonté individuelle de chaque médecin chef de service d'accroître sa zone de pouvoir, sentiment des médecins de Sèvres d'être "absorbés" par le site de Saint-Cloud, relations interpersonnelles parfois difficiles.</p>	<p><u>Buts</u>: conservation de la situation acquise voire à l'accroissement de leur pouvoir au sein de la nouvelle structure qui sera mise en place suite à la définition du projet médical, défense de leur service au sein du nouvel hôpital fusionné par une attention particulière au nombre de lits et à la situation de leur service dans l'hôpital.</p> <p><u>Moyens d'actions</u>: pouvoir d'influence : l'association des médecins dans la définition du projet médical est déterminante.</p>	<p><u>Influence</u> moyenne, limitée par la faible représentation des médecins du site de Sèvres au sein de la CME.</p> <p><u>Convergences</u> sur la volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, la réticence aux transferts de services, la renommée de l'hôpital et sur le maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u>: défiance envers les médecins de l'autre site ; frustration quant à leur faible représentation au sein de la CME.</p>	<p><u>Domination</u> sur les personnels du site de Sèvres <u>mais influence faible</u> sur les personnels du site de Saint-Cloud.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge des patients, maintien de l'offre de soins, volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible.</p> <p><u>Divergences</u>: peu de poids des personnels dans les choix relatifs au projet médical, inquiétude des personnels quant au transfert des services entre les deux sites.</p>	<p><u>Influence indirecte</u>.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge, maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u>: ?</p>

influence de ligne sur colonne	ARH	Direction hôpital fusionné	Président du Conseil d'Administration	Président de CME	Personnels médicaux Sèvres	Personnels médicaux Saint-Cloud	Personnels non médicaux	Usagers
Personnels médicaux Saint-Cloud	<p><u>Tendance à être dominés</u> : attribution par l'ARH de budgets, contrat d'objectifs et de moyens, lettre de cadrage, pouvoir de substitution en cas de déséquilibre budgétaire important, planification. Cependant, existence de moyens d'action : possibilité de négociation par le président et la vice-présidente de la CME issue du site de Saint-Cloud avec l'ARH lors de réunions sur l'élaboration du projet médical.</p> <p><u>Convergences</u> : maintien d'un hôpital général de proximité, qualité de la prise en charge.</p> <p><u>Divergences</u> : les personnels médicaux étaient favorables à des projets médical et architectural plus ambitieux et plus onéreux, dont le financement intégral a été refusé par l'ARH ; réticences aux transferts de services.</p>	<p><u>Influence mutuelle</u> : importance de l'avis des médecins de Saint-Cloud (largement majoritaires au sein de la CME) sur le projet médical et influence du directeur représentant légal de l'établissement.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, renommée de l'établissement dans un contexte d'offre de soins fortement concurrentielle.</p> <p><u>Divergences</u> : contraintes financières pas toujours bien perçues par la communauté médicale, réticences à transférer les services, défiance envers une direction émanant majoritairement du site de Sèvres.</p>	<p><u>Tendance à être dominé</u> : possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p>Toutefois, influence de l'avis des médecins et du vote de la CME (au sein de laquelle les médecins du site de Saint-Cloud sont majoritaires) sur le vote par le CA du projet médical.</p> <p><u>Convergences</u> : maintien de l'offre de soins, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences</u> : réticence des médecins à mutualiser les services et à transférer leur activité sur l'autre site.</p>	<p><u>Influence forte</u> des médecins du site de Saint-Cloud sur le président de la CME en raison de leur forte représentation au sein de la CME.</p> <p><u>Convergences</u> sur la volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, réticences aux transferts de services, renommée de l'hôpital et maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u> : volonté individuelle de chaque médecin chef de service d'accroître sa zone de pouvoir.</p>	<p><u>Tendance à dominer</u> : forte représentation des médecins de Saint-Cloud au sein de la CME.</p> <p><u>Convergences</u> : volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, réticences aux transferts de services, renommée de l'hôpital et maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u> : défiance envers les médecins de l'autre site</p>	<p><u>Buts</u> : conservation d'un hôpital général de proximité, conservation de la situation acquise voire à l'accroissement de leur pouvoir au sein de la nouvelle structure qui sera mise en place suite à la définition du projet médical, défense de leur service au sein du nouvel hôpital fusionné par une attention particulière au nombre de lits et à la situation de leur service dans l'hôpital.</p> <p><u>Moyens d'actions</u> : pouvoir d'influence : l'association des médecins dans la définition du projet médical est déterminante, d'autant que la CME n'est quasiment composée que de médecins du site de Saint-Cloud.</p>	<p><u>Domination</u> sur les personnels du site de Saint-Cloud et <u>influence moyenne</u> sur les personnels du site de Sèvres, en raison de leur influence sur les choix de la CME.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge des patients, maintien de l'offre de soins, volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible.</p> <p><u>Divergences</u> : peu de poids des personnels dans les choix relatifs au projet médical, inquiétude des personnels quant au transfert des services entre les deux sites.</p>	<p><u>Influence indirecte</u>.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u> : ?</p>

influence de ligne sur colonne	ARH	Direction hôpital fusionné	Président du Conseil d'Administration	Président de CME	Personnels médicaux Sèvres	Personnels médicaux Saint-Cloud	Personnels non médicaux	Usagers
Personnels non médicaux	<p><u>Influence</u> indirecte: les personnels peuvent contribuer à orienter les décisions de planification de la tutelle.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge des patients, conservation d'une offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u> sur les modalités de réalisation d'économies, les mutualisation des moyens entre Sèvres et Saint-Cloud et les transferts de services.</p>	<p><u>Dominés</u>.</p> <p><u>Convergences</u>: qualité de la prise en charge, renommée de l'établissement dans un contexte d'offre de soins fortement concurrentielle.</p> <p><u>Divergences</u> sur les modalités de réalisation d'économies, mutualisation des moyens entre Sèvres et Saint-Cloud et transferts de services.</p>	<p><u>Dominés</u> : possibilité pour le CA d'adopter ou de rejeter le projet médical (article L 714-4 de la loi du 31 juillet 1991 : « le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical »).</p> <p>Toutefois, légère influence du CTE sur l'avis du CA.</p> <p><u>Convergences</u> : maintien de l'offre de soins, qualité de la prise en charge, image de l'hôpital fusionné.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelles sur les modalités de réalisation économies, la mutualisation des moyens entre Sèvres et Saint-Cloud et les transferts de services.</p>	<p><u>Influence</u> faible.</p> <p><u>Convergences</u> sur la volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, les réticences aux transferts de services, la renommée de l'hôpital et sur le maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u>: parfois volonté des personnels de dépasser les conflits des médecins chefs de service entre eux.</p>	<p><u>Influence</u> faible.</p> <p><u>Convergences</u> sur la volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, les réticences aux transferts de services, la renommée de l'hôpital et sur le maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u>: parfois volonté des personnels de dépasser les conflits des médecins chefs de service entre eux</p>	<p><u>Influence</u> faible.</p> <p><u>Convergences</u> sur la volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, les réticences aux transferts de services, la renommée de l'hôpital et sur le maintien de l'offre de soins.</p> <p><u>Divergences</u>: parfois volonté des personnels de dépasser les conflits des médecins chefs de service entre eux.</p>	<p><u>Buts</u> : volonté de conservation des situations existantes le plus longtemps possible, les réticences au changement (transferts de services notamment), le maintien de leur outil de travail.</p> <p><u>Moyens d'action</u>: intervention dans des groupes techniques et comités de pilotage, éventuellement grève, départ.</p>	<p><u>Influence forte</u> : la qualité de la prise en charge influe sur l'activité de l'hôpital fusionné, information des patients.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, optimisation de la mise en œuvre de la fusion, réticences quant à la réalisation d'économies.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelles sur les modalités d'optimiser la mise en œuvre de la fusion.</p>
Usagers	<p><u>Influence</u> faible ou nulle.</p> <p><u>Moyens d'action</u> très indirect: les patients peuvent contribuer à orienter les décisions de planification de la tutelle.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, conservation d'une offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelles sur les modalités de réalisation d'économies, la mutualisation des moyens et les transferts d'activité.</p>	<p><u>Influence</u> indirecte. Le moyens d'action essentiel est le choix de l'établissement de santé.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, conservation d'une offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelle sur les choix réalisés.</p>	<p><u>Influence indirecte</u>. Le moyens d'action essentiel est le choix de l'établissement de santé.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, conservation d'une offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelle sur les choix réalisés.</p>	<p><u>Influence indirecte</u>. Le moyens d'action essentiel est le choix de l'établissement de santé.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, conservation d'une offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelle sur les choix réalisés.</p>	<p><u>Influence indirecte</u>. Le moyens d'action essentiel est le choix de l'établissement de santé.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, conservation d'une offre de soins sur les deux communes.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelle sur les modalités de prise en charge.</p>	<p><u>Influence</u> indirecte. Le moyens d'action essentiel est le choix de l'établissement de santé.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, conservation d'une offre de soins sur les deux communes, conservation d'un hôpital général de proximité.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelle sur les modalités de prise en charge.</p>	<p><u>Influence indirecte</u>. Le moyens d'action essentiel est le choix de l'établissement de santé.</p> <p><u>Convergences</u> : qualité de la prise en charge, conservation d'une offre de soins sur les deux communes, conservation d'un hôpital général de proximité.</p> <p><u>Divergences</u> éventuelle sur les modalités de prise en charge.</p>	<p><u>Buts</u> : prise en charge optimale des patients (qualité de la prise en charge médicale et paramédicale, qualité des équipements), conservation d'un hôpital de proximité, information.</p> <p><u>Moyens d'action</u> : possibilité de changer d'établissement de santé, tant en hospitalisation qu'en consultations externes en raison de la forte abondance de l'offre de soins.</p>

ANNEXE 7 : Variables-clés influant sur la définition du projet médical du nouvel hôpital

INFLUENCE DE LIGNE SUR COLONNE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOTAL INFLUENCE
1 – port du PM par directeur	X	2	1	3	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	3	15
2 - choix des activités médicales du PM	1	X	2	2	3	1	2	0	3	0	3	2	0	0	2	0	0	1	3	25
3 – volume de l'activité chirurgicale	1	2	X	1	1	2	1	0	2	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	16
4 – communication interne	1	2	1	X	0	0	2	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	1	3	14
5 - architecture site de Sèvres	1	2	0	0	X	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	10
6 – architecture site St-Cloud	1	2	2	1	1	X	1	0	2	2	1	2	0	0	1	0	0	0	3	19
7 – différences cultures entre les 2 sites	1	1	1	2	1	0	X	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	11
8 – priorités offre de soins du SROS	1	3	1	2	0	0	0	X	3	2	0	1	0	2	2	1	1	2	0	21
9 – position de l'ARHIF sur PM	2	3	1	3	0	0	0	1	X	3	3	3	0	0	1	0	0	1	2	23
10 – lettre cadrage ARH du 26/05/05	3	3	1	3	1	1	1	0	3	X	3	3	0	0	2	0	0	1	3	28
11 – réalisation d'économies d'échelle	2	2	1	1	0	1	0	0	2	2	X	2	0	0	0	0	1	0	2	16
12 – recherche de l'équilibre fi de l'hôpital	2	2	1	1	0	1	0	0	2	2	3	X	0	0	0	0	1	0	3	18
13 – contraintes réglementaires	1	2	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	X	2	1	0	1	1	1	19
14 – démogr. médicale & para-med nationale	1	3	2	1	0	0	0	2	3	3	1	1	0	X	2	1	1	1	2	24
15 – offre de soins à proximité	1	2	3	2	0	0	1	2	2	2	0	2	0	0	X	0	1	1	2	21
16 – besoins de santé du territoire	1	1	3	1	0	0	2	3	2	2	0	1	0	1	2	X	1	3	0	23
17 – progrès médicaux	0	1	2	0	0	0	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	X	2	0	19
18 – évolution du type de demande de soins	1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	X	0	15
19 – temps d'adoption du PM	2	1	2	2	1	2	2	0	1	1	3	2	1	0	1	0	0	0	X	21
TOTAL DEPENDANCE	23	35	27	27	9	10	15	13	33	28	29	26	4	6	17	3	9	15	31	

Légende : 0 : influence nulle 1 : influence faible 2 : influence moyenne 3 : influence forte

degré de motricité/dépendance des variables clés relatives au projet médical du nouvel hôpital

