



EHESP

DESSMS

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**Les enjeux de la fusion du Centre
Hospitalier de Marcigny et de l'EHPAD
de Semur-en-Brionnais**

**La fusion comme stratégie de pérennisation des structures sur
leur territoire et d'amélioration de leur fonctionnement**

**Myrtille BLANC-
FONGARNAND**

Remerciements

J'adresse des remerciements particuliers à Mme Sylviane Duverger, directrice du CH de Marcigny et de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais, pour avoir accepté de superviser ce stage, pour sa disponibilité et les conseils qu'elle a pu me prodiguer.

Je remercie également les directeurs avec lesquels j'ai pu échanger, de façon formelle ou non et qui, par leur retour d'expérience, ont contribué à nourrir ce mémoire.

Enfin, merci à l'ensemble du personnel des établissements, pour leur accueil et le temps qu'ils ont pu me consacrer.

Sommaire

Introduction	1
1 Pérenniser les établissements en zone rurale par la fusion	5
1.1 Un contexte national qui encourage les regroupements dans les zones rurales..	5
1.1.1 La particularité du paysage sanitaire français : un maillage territorial très favorable	5
1.1.2 La fusion, aboutissement de la logique de restructuration promue par les politiques publiques.....	6
1.1.3 La rationalisation des dépenses publiques ; une réalité qui appelle aux regroupements	9
1.2 Un diagnostic de la situation locale qui amène au constat de la nécessaire ouverture des établissements vers l'extérieur	10
1.2.1 Méthodologie	10
1.2.2 Le CH de Marcigny	12
1.2.3 L'EHPAD de Semur-en-Brionnais.....	16
1.3 Fusionner : conduire le changement	19
1.3.1 L'hôpital comme organisation.....	19
1.3.2 Les acteurs du système	20
1.3.3 Le management hospitalier	21
2 De la création d'un nouvel interlocuteur sur le territoire de santé ou le repositionnement en externe de l'établissement issu de la fusion.....	23
2.1 Le contexte géographique et les données démographiques et sociales : autant de dimensions qui conditionnent le choix d'impulser une procédure de fusion.....	23
2.1.1 Sanitaire versus médico-social, des prises en charge qui diffèrent et pourtant tournées vers un même public de gériatrie	23
2.1.2 Les spécificités démographiques de ces territoires ruraux	25
2.2 Le dépassement de la direction commune, stratégie de rapprochement qui ne répond plus aux exigences du terrain	26
2.2.1 La direction commune, fruit de la liberté contractuelle et amorce d'un rapprochement entre les établissements	26

2.2.2	Un outil dont la souplesse limite <i>in fine</i> l'exploitation.....	28
2.3	Le maintien d'un pôle gériatrique de proximité.....	29
2.3.1	Les lits d'aval SSR, maillons indispensables dans la chaîne de continuité des soins	29
2.3.2	De la nécessité de maintenir un établissement attractif pour les professionnels de santé.....	33
2.3.3	Positionner l'établissement comme structure de référence en matière de qualité des soins pour les usagers.....	36
3	La promotion d'un service public de qualité par la réorganisation en interne des établissements.....	39
3.1	Nouvelle organisation administrative et rationalisation économique : des économies d'échelle nées de la fusion mais qui remettent en question la position de l'établissement sur sa collectivité.....	39
3.1.1	La procédure et le choix de la fusion-absorption.....	39
3.1.2	La fusion juridique : les enjeux politiques du rattachement de l'EHPAD au CH.....	40
3.1.3	Le redéploiement de moyens humains	43
3.2	Comment connecter projet de fusion et projets architecturaux ?.....	45
3.2.1	Les travaux de restructuration de l'EHPAD : l'occasion d'amorcer une culture du « travailler ensemble »	45
3.2.2	La mobilisation du personnel autour du projet de travaux de Marcigny pose la question du point de départ à donner au projet de fusion.....	47
3.3	Une culture de rapprochement à impulser et des outils de conduite de projet à utiliser.....	48
3.3.1	Travailler ensemble, des identités culturelles distinctes nées de l'existence de projets propres à chaque structure.....	48
3.3.2	Accompagner le changement : anticiper les risques et mettre en place des outils de suivi de la conduite du projet	50
3.3.3	Quel mode de management ?	53
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
APA : Activité physique adaptée à la santé
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
AS : Aide-soignant
ASH : Agent des services hospitaliers
BPJEPS : Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
CAP : Commission administrative paritaire
CH : Centre hospitalier
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des relations de travail
CHT : Communauté hospitalière de territoire
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CME : Commission médicale d'établissement
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
CTE : Comité technique d'établissement
CVS ; Conseil de la vie sociale
DMS : Durée moyenne de séjour
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP : Equivalent temps plein
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GCSMS : Groupement de coopération sanitaire et médicosocial
GIR : Groupe iso-ressource
GMP : Groupe iso-ressource moyen pondéré
HL : Hôpital local
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MRI : Maison de retraite interdépartementale
OMS : Organisation mondiale de la santé
OPQ : Ouvrier professionnel qualifié
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité

PRS : Projet régional de santé
PUI : Pharmacie à usage interne
SIH : Syndicat interhospitalier
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A : Tarification à l'activité
UGAP : Union des groupements d'achats publics

Introduction

En matière de coopération hospitalière, Gilles Calmes parle d'un « impératif économique au service d'un impératif de santé publique »¹.

A l'heure actuelle, la fusion procède pleinement de la territorialisation de la politique hospitalière puisqu'elle modifie le paysage sanitaire et médico-social en jouant sur les identités des établissements, en témoigne la définition privatiste de la fusion qui présente ce mécanisme comme le fait de « confondre les actifs des entreprises [...] pour ne former qu'une seule personne morale »².

La fusion relève aujourd'hui des instruments de planification sanitaire que la législation s'est appropriée dès la réforme du 31 décembre 1970³ en créant la carte sanitaire et en positionnant l'offre de soins dans une dimension territoriale. Dans cette même lignée, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) issus de la loi du 31 juillet 1991⁴ confortent la planification comme axe de travail dans la répartition des établissements et services de santé. Les ordonnances du 24 avril 1996⁵ renforcent cette tendance en confirmant les possibilités des fusions, calquant ainsi la coopération des établissements de santé sur ce qui existe pour les collectivités territoriales et élargissant ainsi le panel d'outils dont disposent les gestionnaires à la possibilité de toucher à l'existence juridique des établissements.

Relancée par la loi du 2 janvier 2002⁶, puis par la loi du 21 juillet 2009⁷, la fusion participe pleinement à la stratégie d'organisation de l'offre de soins en modifiant le paysage hospitalier, mais également en bouleversant le fonctionnement interne des structures fusionnées en appelant à un redimensionnement complet des services et à un redéploiement des personnels.

Le Centre Hospitalier (CH) de Marcigny et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Bouthier-de-Rochefort de Semur-en-Brionnais qui

¹ CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., 1998, *Coopération hospitalière - L'épreuve de vérité*, 1ère édition, Paris: Masson, p.8.

² Dictionnaire du droit privé de Serge Braudo. *Définition de fusion et scission*. [visité le 8.03.2012], disponible sur internet : <http://dictionnaire-juridique.com/definition/fusion-et-scission.php>

³ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel, 3 janvier 1971.

⁴ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991.

⁵ Ordonnances du 24 avril 1996. Journal officiel, 25 avril 1996.

⁶ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002.

⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.

constituent le terrain d'investigation de ce mémoire sont situés sur le territoire « Sud Saône-et-Loire » de la région Bourgogne.

Ex-hôpital local (HL) construit dans les années 1970, le Centre Hospitalier de Marcigny dispose de 20 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'un EHPAD comprenant 5 lits d'hébergement temporaire et 72 lits d'hébergement permanent, et de 35 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)⁸.

Construit en 1903, l'établissement de Semur-en-Brionnais avait pour vocation première l'accueil des personnes vulnérables du département. Il a été transformé en maison de retraite médicalisée par un arrêté ministériel du 2 mai 1983, puis conventionné EHPAD en 2005 et relève de ce fait, de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'établissement accueille aujourd'hui 80 résidents en hébergement permanent et 2 résidents en hébergement temporaire.

En direction commune depuis 2004, ces établissements participent à une offre de soins de proximité et constituent un relai essentiel des Centres Hospitaliers de Paray-le-Monial et Roanne, axés sur le court séjour. Cependant l'étroite marge de manœuvre laissée au gestionnaire pose la question de la stratégie à mettre en œuvre pour assurer le bon fonctionnement de ces établissements et respecter les exigences inhérentes aux établissements participant au service public.

Ma méthode de travail s'est appuyée sur plusieurs axes de recherches théoriques⁹. Outre la littérature sur les notions de coopération, de fusion, d'organisation et de pouvoir, je me suis penchée sur l'étude de l'hôpital en tant qu'organisation, avec les acteurs et les jeux de pouvoirs qu'elle implique.

Des recherches plus spécifiques au territoire de santé concerné quant à la démographie médicale, à la répartition de l'offre de soins et à l'impulsion des projets prioritaires par l'agence régionale de santé (ARS) m'ont permis de mieux cerner les enjeux sanitaires et médicosociaux sur le territoire.

Le sujet se prêtant à l'analyse d'autres fusions et à la confrontation des enjeux que cette démarche a pu représenter pour d'autres directeurs, les échanges avec d'autres professionnels ont été une source précieuse d'informations.

Enfin, ma participation aux réunions organisant le quotidien de l'établissement (comité de direction, comité de pilotage qualité) a également été un vecteur de recueil d'informations par l'observation de la culture de chaque établissement et la perception des personnels des projets de restructuration. La mise en place d'une fusion est un processus long et

⁸ Ce nombre devrait être porté à 40 avec l'autorisation récente d'ouverture de 5 places supplémentaires.

⁹ Cette méthodologie est détaillée pp 10-12.

délicat car il concerne l'ensemble des services, et inclut à ce titre un changement en profondeur de l'organisation de l'établissement.

En outre, ma participation aux instances des deux structures m'a permis de percevoir l'état d'esprit des élus vis-à-vis d'un projet de rapprochement et du rôle à jouer par la structure dans le territoire.

La prise en considération de l'environnement entourant les structures concernées par la présente étude était indispensable à l'appréhension de la dimension stratégique, volet essentiel de la fonction de direction dans ces établissements

Etudier les enjeux de la fusion entre ces deux établissements appelle en effet à se positionner sur plusieurs aspects car si un directeur assure le fonctionnement de son établissement, il est également de sa responsabilité de maintenir la structure sur son territoire. Il est impératif pour cela de raisonner de façon ouverte et de considérer l'environnement qui entoure son établissement afin de définir la politique stratégique que l'on souhaite mettre en œuvre. Impulser une fusion ou tout autre mode de coopération moins aboutie suppose une réflexion préalable, non seulement sur les enjeux de cette coopération quant au fonctionnement interne de la structure, mais aussi sur le repositionnement de l'établissement sur son territoire, remis en cause par le mode de coopération choisi.

Ce mémoire traite de l'hôpital comme d'une organisation dans laquelle les jeux de pouvoirs des acteurs ; directeur, personnel, élus, tutelles, s'articulent pour assurer le bon fonctionnement du service public et répondre aux exigences de transparence et de qualité attendues du système, tout en convergeant vers la logique de rationalisation qu'appelle la bonne utilisation et la répartition des moyens et des ressources du secteur¹⁰.

Parmi le large panel de questions soulevées par le thème de la fusion, j'ai choisi d'isoler la question suivante autour de laquelle s'articule ce mémoire :

Quels sont les enjeux de la fusion du Centre Hospitalier de Marcigny et de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais pour le fonctionnement de ces établissements situés en zone rurale ?

Dès lors, plusieurs hypothèses ont fait l'objet d'une analyse afin d'apporter, par leur affirmation ou leur infirmation, des réponses à cette question :

¹⁰ Ces éléments sont étayés dans la 3^{ème} partie pour analyser l'importance des comportements individuels dans la conduite du changement qu'est la fusion.

- La fusion permet de dépasser la direction commune qui existe depuis 2004 en donnant lieu à un seul établissement à la place des deux structures existantes.
- Dans la région, une démographie médicale défavorable et une population vieillissante justifient le besoin d'attractivité des établissements vis à vis des professionnels de santé. La taille de l'établissement et les opportunités professionnelles qu'il peut offrir permettent en outre de le crédibiliser davantage comme partenaire sur le territoire d'offre de soins.
- En interne, la fusion permet une amélioration du service rendu aux usagers et une meilleure cohérence de leur parcours de soin gériatrique.
- La fusion doit s'anticiper car sa mise en œuvre peut être confrontée à la résistance d'acteurs essentiels, notamment les élus et les personnels.

Répondre à la question des enjeux de la fusion des établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais suppose de positionner ce mécanisme dans le contexte légal et réglementaire actuel afin de comprendre la pertinence de son application aux établissements concernés (I). Les résultats et les solutions qui émanent de cette étude mettent en exergue les enjeux territoriaux de la fusion pour les établissements concernés (II), mais également les aspects internes que la conduite de ce changement peut engendrer pour leur fonctionnement (III).

1 Pérenniser les établissements en zone rurale par la fusion

Les enjeux de la fusion du CH de Marcigny et de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais sont ici mis en exergue à la lumière des notions d'organisation et de culture hospitalière, mais également en les situant par rapport aux priorités lancées par les politiques en matière de stratégie sanitaire. Cette première partie, outre la présentation de la méthodologie et des établissements constituant le terrain de ce mémoire, s'attache à présenter les mécanismes de coopération desquels la fusion est l'aboutissement.

1.1 Un contexte national qui encourage les regroupements dans les zones rurales

1.1.1 La particularité du paysage sanitaire français : un maillage territorial très favorable

Jusque dans les années 1980 et avant les grandes lois réformant le système hospitalier et officialisant les coopérations comme outils de gestion, de nombreuses structures sanitaires et médico-sociales ont été implantées. Ce maillage permet aujourd'hui de répondre aux besoins de plus de cinq millions de personnes de 75 ans et plus¹¹. Avec ses 1 029 établissements publics de santé, 2 166 EHPAD et 6,952 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants (Les Etats-Unis en compte seulement 3,1)¹², la couverture territoriale des établissements et services de santé placent le système de santé français en tête du classement de l'organisation mondiale de la santé (OMS) en termes de qualité et d'accès aux soins¹³.

Le coût de fonctionnement de ce maillage très favorable pose aujourd'hui la question du regroupement des établissements tout en maintenant l'offre assurée. La fusion d'un Centre Hospitalier ex-Hôpital Local et d'un EHPAD permet de pérenniser les lits tout en assurant au nouvel établissement ainsi constitué la mise en commun de moyens et la suppression de doublons dans les fonctions administratives et logistiques.

Selon l'étude *Les établissements pour personnes âgées en Bourgogne* réalisée sur le terrain, la Saône-et-Loire, avec ses 93 maisons de retraite tous secteurs confondus est l'un des départements les mieux dotés de la région qui avec ses 360 établissements

¹¹ PETIGNY A, LEMERY B., MILLOT I., et al. septembre 2010, *Vieillesse et santé en Bourgogne, Dijon* : Observatoire régional de la santé, p 2.

¹² UNIVERSITE DE SHERBROOKE, Statistiques-Lits d'hôpitaux (par 1000 habitants). [visité le 15.05.2012], disponible sur internet : <http://perspective.usherbrooke.ca>

¹³ Organisation mondiale de la santé, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde-Pour un système de santé plus performant*, Genève : OMS, 248 p.

d'hébergement pour personnes âgées, dispose d'une offre favorable par rapport à la moyenne nationale¹⁴.

Pourtant, les conclusions de cette étude révèlent que la situation dans laquelle usagers, élus et tutelles semblaient trouver satisfaction ne correspond plus aux réalités du monde sanitaire que sont la désertification médicale, la spécialisation des soins et la complexification de l'état de santé des personnes âgées de plus en plus poly-pathologique.

En effet, les établissements recevant des personnes âgées en tant que patients ou comme résidents se doivent d'offrir l'accès aux soins techniques et paramédicaux que nécessite l'état de santé des personnes accueillies. Or, ces exigences posent la question de la pertinence du maintien de l'autonomie des petites structures dont les moyens et la faible attractivité ne permettent pas de garantir ce panel ni d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge.

1.1.2 La fusion, aboutissement de la logique de restructuration promue par les politiques publiques

- A) Une évolution législative qui concrétise la fusion comme outil de stratégie territoriale

L'organisation de l'offre de soins, outre la création et la suppression sèche d'établissements, utilise des outils qui bouleversent plus ou moins ces derniers. La fusion, si elle remet en cause l'existence juridique d'au moins un des établissements concernés, n'implique pas forcément la suppression des lits et des autorisations. Au-delà de la rationalisation des moyens des établissements et de la mutualisation de leurs ressources, la fusion suppose la disparition des établissements concernés dans la création d'une nouvelle personne morale dans le cas de la fusion-crétion, ou bien le maintien d'un établissement et la disparition des autres dans le cas de la fusion-absorption¹⁵.

La fusion d'établissements de santé est l'aboutissement d'une évolution législative de plus en plus audacieuse et consciente de la nécessité de repenser la logique même de la répartition de l'offre de soin et du management en interne des établissements. Cette volonté des pouvoirs publics de lutter contre l'émiettement artificiel des services sanitaires et médico-sociaux se traduit d'une part par la mise en œuvre de modes de coopération de plus en plus aboutis, et d'autre part, par la promotion d'une logique de maîtrise de l'offre de soins pour laquelle la coopération devient un outil.

¹⁴ BRION D., juin 2009, *Les établissements pour personnes âgées en bourgogne*, Dijon : DRASS de Bourgogne, pp 3-4.

¹⁵ Dans ce dernier cas, ces établissements disparaissent juridiquement en étant rattachés à l'établissement principal.

Globalement, deux formes de coopération sont identifiables. Les coopérations conventionnelles qui relèvent du droit des contrats, appellent à la liberté des parties pour définir leur contenu, cette marge de manœuvre étant contrebalancée par le fait que chaque structure conserve son autonomie. Subsistent dès lors les instances et le budget de chacun, privant les établissements des économies et de la rationalisation de fonctionnement que confèrent les coopérations organiques. Ces dernières, à l'image du groupement de coopération sanitaire (CGS) institué par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996¹⁶ aboutit en effet à la création d'une personne morale et cette structure commune décuple les possibilités en termes de recrutements et d'autorisations.

Ainsi, la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, en prévoyant le groupement interhospitalier (GIH) et le syndicat interhospitalier (SIH) amorce la possibilité pour les établissements de mutualiser des équipements et du personnel. Si le GIH se borne à créer une instance de discussion entre les établissements, les SIH vont plus loin puisque leur personnalité morale permet la mutualisation de moyens logistiques ou de services de soins. Le SIH du pays Charolais-Brionnais basé à Paray-le-Monial regroupe ainsi 8 petits établissements alentours, EHPAD et ex-HL, et permet la mise en commun de personnel qualifié, mais l'autonomie des établissements membres de ce syndicat entraîne autant de budgets indépendants, d'employeurs différents...

Plus récemment, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » n° 2009-979 du 21 juillet 2009 dite loi HPST prévoyait de « favoriser les coopérations entre établissements de santé »¹⁷ en maintenant le GCS de moyens, mais également en créant la communauté hospitalière de territoire (CHT) et le GCS-établissement de santé pouvant détenir des autorisations, ainsi que le groupement de coopération sanitaire et médicosociale (GCSMS) permettant aux établissements médicosociaux de s'approprier ce mode de coopération.

De plus, la création des ARS chargées de la mise en œuvre à l'échelle régionale de la politique nationale de santé publique, de l'organisation et de la régulation de l'offre de services en matière de santé concrétise cette décentralisation des décisions propre à la France et qui concerne désormais les collectivités et la politique de santé. Ceci n'est pas neutre puisque la répartition des établissements sur les territoires et leur maintien relève désormais de choix stratégiques, et la fusion est un des outils permettant de repenser l'offre de soins à partir de l'existant. De plus, cette loi participe au décloisonnement des secteurs sanitaires et médicosociaux en les rattachant à l'offre de soins globale. Cette

¹⁶ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n° 98 du 25 avril 1996, p 6324.

¹⁷ Intitulé du chapitre III du titre I de la loi HPST.

gestion transversale permet d'envisager des rapprochements entre des structures fonctionnant auparavant en parallèle.

Enfin, la loi HPST innove : en remplaçant le conseil d'administration par le conseil de surveillance, la loi augmente les pouvoirs du directeur dans la gestion de son établissement, et calque les méthodes d'organisation plus rationnelles du secteur entrepreneurial.

B) Le développement de la planification territoriale

A cet arsenal juridique, s'ajoute la régulation par la planification de l'offre de soins. L'idée est ici d'endiguer les dépenses et de promouvoir une offre plus rationnelle basée sur l'étude des besoins de la population du territoire. Dans cette optique, les SROS créés par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et remplaçant la carte sanitaire de 1970 permettent de dépasser la planification purement quantitative de l'offre de soins et d'aller au-delà de la simple répartition géographique des installations et des équipements. Ils seront réformés pour donner les SROS 2^{ème}, puis 3^{ème} génération, jusqu'à ce que la loi HPST les transforme en Schémas Régionaux d'Organisation des Soins et en fasse les outils de mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé. Ces nouveaux SROS visent à « susciter les évolutions de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et garantisse l'amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités d'accès aux soins »¹⁸

De plus, la loi de 1991 élargit la notion d'autorisation créée en 1970 pour les équipements lourds et conditionne ainsi le fonctionnement des établissements et services à la pertinence de leur offre par rapport à la demande et à la cohérence du service concerné vis-à-vis du SROS. La visite de conformité du service SSR du CH de Marcigny organisée en juin 2012 a ainsi permis aux représentants de l'ARS de vérifier la conformité du fonctionnement du service aux exigences fixées réglementairement.

Ce système d'autorisation allié aux SROS, aux projets régionaux de santé (PRS) ainsi qu'à la notion de territoire de santé créée par l'ordonnance du 4 septembre 2003, confirme la logique de planification qualitative engagée par les pouvoirs publics.

Dans ce contexte, la fusion est l'aboutissement des coopérations conventionnelles et organiques. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 consacre cet outil de la stratégie territoriale en son article 38 qui prévoit la possibilité pour le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), aujourd'hui ARS « de prendre une délibération

¹⁸ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Les schémas régionaux d'organisation des soins*. [visité le 21.07.2012], disponible sur www.gouv.sante.fr

tendant à la création d'un nouvel Etablissement Public de Santé par fusion des établissements concernés ».

1.1.3 La rationalisation des dépenses publiques ; une réalité qui appelle aux regroupements

En sonnant le glas de la dotation globale comme outil de financement des établissements publics de santé, la tarification à l'activité (T2A) mise en place par le plan hôpital 2007 met un terme à la déconnection entre les moyens alloués aux établissements et leur activité. En effet, la dotation globale alors en vigueur était reconduite chaque année, seulement modulé par un taux directeur fixé nationalement et de ce fait largement calquée sur les dépenses du précédent exercice. La T2A ainsi mise en place a pour but de baser le financement des établissements sur leur activité dont le codage permet d'associer un tarif à chaque acte effectué. Les moyens dont disposent les hôpitaux sont désormais fonction de ce système qui appelle les gestionnaires à reconsidérer leur activité, devenue source de financement.

Cette régularisation de l'offre de soins par les coûts répond à la nécessité de maintenir une offre cohérente tout en respectant les grands équilibres économiques. Outre les actions sur la source du financement, la tendance actuelle est d'éviter les doublons en mettant en place des directions communes pour rassembler les équipes administratives et en centralisant certaines fonctions logistiques grâce par exemple à l'Union des Groupements d'Achat Public (UGAP). Si la direction commune permet d'engager un certain nombre de mutualisations, les établissements n'en gardent pas moins leur autonomie et donc leurs instances, leurs services administratifs...

Cette rationalisation budgétaire s'applique également dans sa logique aux ex-HL mais de façon moins directe. En supprimant la catégorie des hôpitaux locaux, la loi HPST exige qu'ils soient soumis au même système que les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique dits MCO, et bien que l'application de la T2A à ces établissements ait été repoussée, la logique de maîtrise des coûts et de médicalisation du système informatique imprègne les finances des établissements. L'anticipation de ce système, la rigueur budgétaire et la bonne utilisation des fonds publics appelle donc à l'utilisation des restructurations comme outils de gestion.

1.2 Un diagnostic de la situation locale qui amène au constat de la nécessaire ouverture des établissements vers l'extérieur

1.2.1 Méthodologie

La méthodologie mise en œuvre pour la réalisation de ce mémoire s'explique par le choix du sujet. Lors de la définition de mes missions de stage en juin 2011, nous avons choisi avec Mme Duverger, ma maîtresse de stage, de faire figurer au titre de la mission principale, la rédaction d'un dossier de fusion entre le CH de Marcigny et l'EHPAD de Semur-en-Brionnais. Ce document devait appliquer le scénario d'une fusion aux établissements afin de dégager les conséquences engendrées pour leur fonctionnement. Il est essentiel de préciser ici que l'idée d'une fusion avait été émise par l'ARS en 2009 comme une piste de réflexion pour la directrice et que les élus de Marcigny et de Semur-en-Brionnais avaient été informés de l'éventualité de ce projet mais que rien n'avait été concrétisé. Mme Duverger souhaitait au printemps 2012 leur présenter un dossier exposant la situation des deux établissements et expliquant les implications de la fusion.

Concrètement, j'ai commencé par effectuer des recherches théoriques sur le thème des coopérations, de l'organisation de l'offre de soins telle qu'elle est conçue en France, mais aussi sur les notions d'organisation et de pouvoirs, essentielles lorsque l'on parle de fusion d'établissement.

Travailler, outre sur ce document, à d'autres missions qui m'ont été confiées, m'a permis de mettre en exergue des éléments d'analyse du terrain et d'entrer en contact avec des personnes-ressources. En effet, j'ai travaillé durant ce stage à la mise en œuvre de l'évaluation interne de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et de l'évaluation externe de l'EHPAD du CH de Marcigny. En animant des groupes de mission, j'ai pu percevoir l'atmosphère de chaque structure et mesurer l'appartenance identitaire qui lie personnel et élus avec la structure et son territoire.

J'ai également participé aux réunions régissant le quotidien de l'établissement, révélatrices du fonctionnement propre à chaque structure :

- Comités de direction hebdomadaires dans les deux structures
- Instances de chaque établissement : conseil de surveillance, conseil d'administrations, commission médicale d'établissement (CME), comité technique d'établissement (CTE), commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)
- Réunions de suivi des travaux à l'EHPAD de Semur-en-Brionnais
- Réunions de préparation du projet de travaux au CH de Marcigny

- Négociation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et visite de conformité du service SSR

J'ai également participé à plusieurs réunions organisées à l'extérieur, qui se sont révélées être de bons vecteurs d'appréhension de la politique menée sur le territoire par l'ARS et le Conseil Général. J'ai ainsi pu mesurer la perception des ex-HL en particulier le CH de Marcigny pour les autres structures et notamment les établissements MCO :

- Réunions régionales de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)
- Réunion des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées du Conseil Général

En sus de ces recherches, de ces réunions et de l'animation de groupes de travail, plusieurs outils de recueil d'information étaient exploitables. J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif et de me diriger vers des directeurs d'autres établissements ayant travaillé à la mise en place d'une fusion.

Le choix de cette méthode a été conditionné par deux facteurs.

En premier lieu, le contexte dans lequel j'ai réalisé ma mission de stage en lien avec le thème de la fusion a évolué avec le temps.

En effet, les évolutions propres à chaque établissement et au territoire, qui seront développées dans le corps de ce mémoire (avancées des travaux de restructuration, lancement des évaluations des EHPAD, calendrier électoral) ont éloignés les deux structures et les ont recentrées sur leur préoccupations propres, rendant difficile l'impulsion d'un projet commun aussi sensible qu'une fusion et qui nécessite une préparation des esprits en amont. Il n'était donc pas pertinent d'enquêter directement les personnels et les élus, le projet de fusion étant encore à l'état d'ébauche. La situation eût été différente si le projet était engagé avec une implication forte de l'ensemble des acteurs ; agents, élus et tutelle, mais dans la mesure où nous en étions au stade d'une réflexion limitée au niveau de la direction, il était essentiel que la communication à ce sujet n'ait pas pour conséquences d'attiser les craintes de chacun. Ce contexte rendait donc inadéquat des entretiens menés directement avec les cadres ou les élus. De même, ce sujet ne se prêtait pas à l'utilisation du questionnaire, le petit nombre d'acteurs potentiellement concernés allié au faible taux de retour généralement constaté rendant l'exploitation des réponses difficile et leur utilisation comme base du diagnostic peu fiable. En second lieu, je souhaitais enrichir les préconisations de ce mémoire avec les résultats de comparaisons entre plusieurs situations. J'ai donc choisi de me référer à d'autres personnes ressources et d'exploiter différemment l'outil du questionnaire.

Les entretiens ont été menés auprès des personnes suivantes¹⁹ :

- Mme Sylviane Duverger
- Mme Pascale Delplanques, directrice des EHPAD de Boeschepe et Godewaersvelde situés dans le département du Nord
- M. Dominique Colas, directeur du CH de Lamballe et de la maison de retraite interdépartementale (MRI) de Trégueux situés dans le département des Côtes d'Armor
- M. Roger Dalla-Costa, directeur de l'établissement public départemental et de l'EHPAD de Gorze situés dans le département de la Moselle²⁰.

Ces directeurs ont participé à la fusion de leurs établissements, en impulsant la démarche ou en achevant un travail déjà engagé. Il était donc intéressant d'exploiter leur retour d'expérience pour identifier les enjeux de la fusion pour chacun et les outils utilisés pour pallier les éventuelles difficultés rencontrées.

Si le choix de cette méthodologie s'explique donc par le sujet choisi et le contexte dans lequel il s'est inscrit, il eut été intéressant de pouvoir enquêter des membres du personnel, notamment pour enrichir les parties de ce mémoire traitant de la culture des établissements. C'est sans doute l'une des limites de cette méthodologie, les éléments qui me permettent d'établir le diagnostic concernant l'identité de chaque structure ne provient que de mes observations et de discussions informelles avec les agents.

1.2.2 Le CH de Marcigny

A) Présentation

Construit dans les années 1970, le CH de Marcigny est un établissement public de santé régi par l'article L 6141-2 du code de la santé publique. Initialement Hôpital Local, il relève, depuis que la loi HPST a supprimé cette catégorie, des Centres Hospitaliers. Il est situé à seulement 8 km du département de l'Allier (Auvergne) et à 15 km de la Loire (Rhône-Alpes), dans la ville de Marcigny qui comptait lors du recensement de 2006, 2 524 habitants²¹, et sur le territoire Sud Saône-et-Loire de la Bourgogne. Il accueille des patients et des résidents de ces régions limitrophes et travaille en collaboration avec le CH de Roanne (Loire) dont de nombreux patients sont issus.

¹⁹ La grille d'entretien est disponible à l'annexe 3 et le tableau récapitulatif des personnes ressources, à l'annexe 4.

²⁰ M. Dalla-Costa m'a de plus, transmis le rapport ayant servi de base au projet.

²¹ Projet d'établissement du CH de Marcigny 2009-2013, p 5.

De plus, est implanté sur ce territoire, le SIH du Charolais-Brionnais qui regroupe autour du CH de Paray-le-Monial huit établissements sanitaires ou médico-sociaux tels que le CH de Charolles ou l'EHPAD de La Clayette et qui bien que juridiquement autonomes, travaillent en réseau. Cette situation géographique particulière, entre des collaborateurs potentiels mais relevant d'un autre territoire et acteurs de proximité dont les enjeux de la collaboration sont moindres du fait des possibilités que leur offre le syndicat, justifie de la part du CH de Marcigny, une réflexion stratégique particulière.

Origine géographique des patients en 2008²²

Zone géographique de Marcigny	60,61%
Rhône-Alpes et Auvergne	16,67%

D'un point de vue médical, le CH fonctionne grâce à un praticien hospitalier présent à mi-temps dans l'établissement et mis à disposition par le CH de Paray-le-Monial, ainsi que par la présence de cinq médecins libéraux qui prennent en charge les patients au fur et à mesure de leur arrivée. L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI) qui assure l'approvisionnement du service SSR et de l'EHPAD.

Tableau des effectifs en équivalent temps plein (ETP) du CH au 1er janvier 2012²³

ADMINISTRATION	Direction	1 directrice ²⁴
	Affaires générales	1 adjoint des cadres
	Qualité	0,90 technicienne qualité-gestion des risques ²⁵
	Economat	0,80 adjoint administratif
	Bureau des entrées	0,90 adjoint administratif
	Secrétariat médical	0,80 secrétaire médicale
SOINS	Corps médical	0,5 praticien Hospitalier SSR 0,30 médecin coordonnateur EHPAD
	Encadrement SSR	0,80 cadre de santé
	Encadrement EHPAD	1 cadre de santé
	Personnel non médical	14,2 infirmiers diplômés d'Etat (IDE)

²² Projet d'établissement du CH de Marcigny 2009-2013, p 7

²³ Les organigrammes en ETP des deux structures sont présentés en annexe 2.

²⁴ Le poste de directeur est remboursé à hauteur de 20% par l'EHPAD de Semur-en-Brionnais, la convention de direction commune stipulant que le temps de présence hebdomadaire du directeur est réparti en fonction des besoins des établissements.

²⁵ La technicienne qualité est mise à disposition à hauteur de 10% de son temps de travail à l'EHPAD de Semur-en-Brionnais

	Pharmacie	31 aides-soignants (AS) 20,8 agents des services hospitaliers (ASH) 0,50 kinésithérapeute 1 professeur d'activité physique adaptée à la santé (APA) 2,5 animatrices 0,5 pharmacienne 1 préparatrice
LOGISTIQUE	Cuisine	1 maitre ouvrier 4 agents d'entretien 3,8 ouvriers professionnels 0,80 diététicienne ²⁶
	Services techniques	1 maitre ouvrier 2 ouvriers professionnels
	Blanchisserie	1 ouvrier professionnel 1 ASH

Les astreintes administratives et techniques sont mutualisées avec l'EHPAD de Semur-en-Brionnais, ce qui permet d'organiser un roulement d'une plus grande amplitude entre les agents, mais également de transférer des compétences entre les établissements. L'un des agents des services techniques de Semur-en-Brionnais, menuisier de formation a ainsi réalisé les meubles de rangement de la salle de soins du service SSR de Marcigny lors de la réfection de celle-ci au premier trimestre 2012.

Capacité du CH au 1^{er} janvier 2012

SSR	20
EHPAD hébergement permanent	72
EHPAD hébergement temporaire	5
SSIAD	35
TOTAL	132

²⁶ La diététicienne est mise à disposition à hauteur de 30% de son temps de travail à l'EHPAD de Semur-en-Brionnais.

Caractéristiques de la patientèle du CH en 2008²⁷

SSR	Moyenne d'âge	81,8 ans
	Population	64,3% de femmes
	Durée moyenne de séjour (DMS)	27 jours
EHPAD	Moyenne d'âge	86,71 ans
	DMS	367,32 jours
	Groupe iso-ressource moyen pondéré (GMP)	774,31
SSIAD	Moyenne d'âge	83,13 ans
	GMP	719

B) Architecture

Situé en centre-ville, le CH se compose de plusieurs pavillons correspondant aux différents services de soins et de gestion :

Les services de soins

Le bâtiment Val d'Arconce est le plus ancien de l'établissement, outre le bureau des entrées, commun au service SSR et à l'EHPAD, il abrite les 20 lits de SSR ainsi que les 5 lits d'hébergement temporaire au rez-de-chaussée et au 1^{er} étage et son sous-sol est partagé entre la cuisine et pharmacie. Ces dernières sont confinées dans de petits espaces éclairés artificiellement, la lumière du jour ne filtrant que par d'étroits vasistas au ras du sol. La vétusté de ce bâtiment, outre l'inconfort généré pour les agents, entraîne des dépenses énergétiques considérables et la manque de place nuit à la qualité des soins. Le service dispose ainsi d'une seule salle de bain pour les 25 patients dans laquelle est également stocké du matériel médical (fauteuil roulant, lève-malade), faute de lieu de rangement approprié.

Les bâtiments Arroux et Vouzance accolés l'un à l'autre accueillent l'EHPAD ainsi que les locaux du SSIAD. Ils ont été rénovés au début des années 2000 et si les locaux sont spacieux et agréables, la réglementation en termes d'accessibilité pour les personnes handicapées n'est pas entièrement respectée et la mise aux normes a été évaluée à 700 000 euros. Ces deux bâtiments ne communiquent pas avec les autres et les transports de linge et de repas s'effectuent par l'extérieur.

²⁷ Projet d'établissement du CH de Marcigny 2009-2013, pp 7-10.

Les services de gestion et de logistique

Un bâtiment indépendant situé au centre de l'ensemble pavillonnaire accueille l'administration. Il comprend une salle de réunion unique et ne dispose que de deux bureaux fermés, l'agent chargé de l'économat et la qualitiennne travaillent en open-space dans le hall du bâtiment.

La blanchisserie et les services techniques sont également situés dans deux pavillons indépendants.

Les liaisons entre ces différents pavillons se font par l'extérieur, ce qui n'est pas sans difficultés car cela mobilise considérablement les agents des services techniques sur les tâches de tournées de linge et de repas. De plus, le manque de place empêche par exemple de dédier des locaux au stockage du linge qui, en attendant d'être emporté par le prestataire, demeure 48 heures dans un petit hangar non isolé et est régulièrement retrouvé gelé en période hivernale.

1.2.3 L'EHPAD de Semur-en-Brionnais

A) Historique

Construit en 1903 grâce à un don de M. Jean-Baptiste Bouthier de Rochefort au département afin d'accueillir les personnes vulnérables, l'EHPAD de Semur-en-Brionnais a vu sa destination évoluer au fil des ans, et cette évolution explique la culture dont il est empreint. Il a ainsi été transformé en centre de cure post sanatorial en 1947, puis a repris sa vocation première en 1960. La construction d'un nouveau bâtiment entre 1976 et 1978 a permis de moderniser la structure et d'augmenter sa capacité d'accueil qui est aujourd'hui de 80 places d'hébergement permanent et de deux places d'hébergement temporaire²⁸. L'établissement a longtemps travaillé avec le sanatorium de La Guiche dont il dépendait en tant que centre de cure post sanatorial, ainsi qu'avec le centre psychothérapique de Bourg-en-Bresse qui lui orientait jusqu'à récemment des patients atteints de troubles psychiatriques.

Conventionné EHPAD en 2005 seulement, l'établissement n'a pas perdu sa vocation première puisque de nombreux résidents sont entrés bien avant l'âge de 60 ans en raison de l'impossibilité de rester à leur domicile, et que d'autres, souffrant de troubles notamment psychiatriques justifiant une prise en charge soutenue et ayant atteint l'âge de 60 ans sont également accueillis.

L'accueil de ce public, moins âgés mais présentant une autre forme de dépendance a grandement contribué à l'image d'asile qui est associée à l'établissement pour le public.

²⁸ Cette capacité sera augmentée de trois lits d'hébergement de nuit après réception des travaux de restructuration et passera donc à 85 places.

Depuis son conventionnement EHPAD, l'établissement s'est recentré sur l'accueil de personnes âgées dépendantes sans pour autant perdre le sens de sa création initiale. Les personnes hébergées sont en effet prioritairement originaires du canton de Semur-en-Brionnais et des communes limitrophes, et ce critère géographique est très largement pris en compte dans la procédure d'admission des résidents.

Il est important de noter qu'il s'agit là d'un choix dans l'organisation de la procédure d'accueil, mais également de la prise en compte de l'expérience de l'établissement qui montre que le climat très familial de l'EHPAD rend difficile l'adaptation de personnes venant d'autres départements. De nombreux résidents sont en effet présents depuis plus de 10 ans et l'établissement continue d'accueillir une population psychiatisée dont la stabilité de l'état ne justifie plus le maintien en centre hospitalier de façon permanente. Bien que cette population ne soit plus accueillie prioritairement, elle demeure présente dans la structure et son accueil est pris en compte par le projet d'établissement qui prévoit des projets de vie et de soins adaptés à ses besoins. L'établissement est donc très implanté dans le paysage local, et le choix des résidents d'y être accueillis n'est pas anodin. La majorité d'entre eux (92% des résidents accueillis en 2010) est originaire du département²⁹.

Caractéristiques de la patientèle de l'EHPAD en 2010³⁰

Moyenne d'âge	84 ans
Population	65,43% de femmes
DMS	71 mois
GMP	642,60

Tableau des effectifs réels de l'EHPAD au 1^{er} janvier 2012³¹

Administration	Direction	0,20 directeur ³²
	Bureau des entrées	0,80 adjoint administratif
	Ressources humaines	1 adjoint des cadres
	Economat	1 adjoint des cadres
	Qualité	0,10 technicienne qualité-gestion des risques ³³
Soins	Personnel médical	0,30 médecin

²⁹ L'importance de la culture des établissements est reprise dans la 3ème partie.

³⁰ Projet d'établissement de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais 2010-2015, pp 8-9.

³¹ Projet d'établissement de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais 2010-2015, p 10.

³² Taux fixé pour le remboursement du temps passé par le directeur à l'EHPAD.

³³ Cette mise à disposition est remboursée par l'EHPAD au CH.

	Encadrement Personnel non médical	coordonnateur Médecins libéraux à la demande 1 cadre de santé 4,5 IDE 20,05 AS 11,95 ASH 1 professeur APA 3,40 animatrices
Logistique	Cuisine Services techniques Blanchisserie	1 maitre ouvrier 4 ouvriers professionnels 0,30 diététicienne 1 maitre ouvrier 1 ouvrier professionnel 1 agent en CAE ³⁴ 1 ouvrier professionnel 1 agent d'entretien

B) Architecture et vie quotidienne

D'un point de vue architectural, l'établissement se compose aujourd'hui :

- D'un bâtiment dit « ancien » correspondant à la structure construite en 1905 et d'un bâtiment dit « nouveau » construit en 1978. Situés dans un parc, ils comprennent trois étages chacun avec au rez-de-chaussée les services logistiques tels que la cuisine, la buanderie, les locaux de rangement et dans les étages, les chambres et lieux de vie (salles à manger, salles d'animation...).
- D'un bâtiment situé hors de l'enceinte du parc qui abrite les locaux administratifs.
- D'une maison accolée au bâtiment administratif, anciennement utilisée comme logement de fonction pour les directeurs et qui accueille aujourd'hui les réunions des instances.
- D'un bâtiment abritant le local des services techniques

³⁴ Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi

Cette architecture vétuste et disparate, outre les coûts qu'elle engendre en termes de chauffage et d'entretien, rend le travail des agents difficile et amoindrit la qualité des prestations servies aux résidents. En effet, de nombreuses chambres donnent directement sur les salles à manger, certaines comprennent encore trois lits et le manque de pièces communes obligent les agents à aménager les mêmes locaux pour servir successivement de salle à manger puis de salle d'animation.

En outre, l'administration, excentrée dans son bâtiment individuel n'a que peu de contacts avec le personnel, les résidents et les familles, alors que ce cloisonnement est contradictoire avec l'esprit de proximité que l'on attend d'un l'établissement de petite taille. En effet, les familles ont l'habitude de se rendre directement dans les bâtiments d'hébergement et doivent ensuite être réorientées par les agents vers le bâtiment administratif lorsque c'est nécessaire. De même, aucune permanence n'est assurée à l'heure du déjeuner alors que bon nombre de livraisons arrivent à ce moment.

Pour compenser ce cadre de travail peu enthousiasmant, le personnel se mobilise dans la conduite des projets qui sont menés pour donner encore plus de sens à son quotidien. En effet, le dynamisme autour de l'évaluation interne et du projet de reconstruction donne un nouveau souffle à l'établissement et contribue à la construction de l'identité de l'établissement, à laquelle les personnels, souvent en poste depuis de nombreuses années s'identifient largement³⁵.

Cette situation n'a pas vocation à perdurer puisque des travaux de restructuration sont en cours, visant à la construction de deux unités protégées et à réhabiliter les bâtiments³⁶.

1.3 Fusionner : conduire le changement

1.3.1 L'hôpital comme organisation

Plusieurs finalités peuvent venir heurter la mise en œuvre d'un projet de restructuration. Les priorités des élus, des tutelles, du personnel peuvent diverger et l'issue des débats relèvera *in fine* du rapport de force qui s'exerce entre ces acteurs. Il est ici intéressant de noter que les divergences ne correspondront pas forcément aux différents niveaux de décision ARS – établissement – personnel - élus. Au contraire, les stratégies d'acteurs peuvent s'émanciper de cet organigramme hiérarchique officiel dans la mesure où « le sens que chaque acteur donne à la notion de restructuration dépend, certes, de son niveau d'action mais aussi de sa fonction, voire à d'autres paramètres liés à la nature polymorphe des enjeux. Des alliances sont ainsi possibles entre des acteurs intervenant

³⁵ Ces notions seront reprises dans la 3^{ème} partie

³⁶ Les projets architecturaux sont détaillés dans la 3^{ème} partie

aux différents niveaux. Symétriquement, des oppositions peuvent émerger entre acteurs de même niveau »³⁷.

Ce postulat illustre la situation du CH de Marcigny et de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais puisque l'un des freins à la conduite de la fusion est la réticence du président du conseil de surveillance et du président du conseil d'administration à cautionner un tel changement. Si cette situation peut paraître courante en raison de l'intérêt des élus à maintenir le rattachement d'un établissement autonome à leur collectivité et de la crainte légitime de se voir noyé dans les rouages d'un établissement plus important, des élus de communes différentes peuvent s'allier sur ce projet. Cela a été le cas lors de la fusion des EHPAD de Boeschepe et de Godewaersvelde dans le département du Nord en 2009. L'entretien mené avec la directrice ayant conduit la fusion a en effet révélé la marche de concert des maires des communes sur lesquelles étaient implantés les deux EHPAD d'environ 30 lits chacun.

Conscients de la nécessité d'un regroupement pour maintenir l'offre de services et le bassin d'emploi, les élus ont soutenu le projet qui implique pourtant la reconstruction de l'établissement sur l'une des deux communes. En l'espèce, le maintien du pouvoir des élus a pu être maintenu de façon équitable puisque le contrat de fusion prévoit une présidence tournante du conseil d'administration.

La situation est différente à Marcigny car les établissements sont rattachés l'un à la commune, l'autre au département. La fusion-absorption³⁸, si elle semble plus pertinente du fait de la différence d'activité des deux structures, impliquerait l'adjonction de l'EHPAD au CH et la perte pour le conseiller général de son pouvoir de présidence du conseil d'administration de la structure³⁹.

1.3.2 Les acteurs du système

Comme toute organisation, les structures sanitaires et médico-sociales vivent grâce à des acteurs qui mettent leurs compétences à profit pour leur bon fonctionnement. En matière de restructuration et de fusion, chacun met en avant les priorités propres à son champ d'action, et s'engage alors un dialogue pour construire le projet et le mener à bien. Se pose dès lors la question de la responsabilité de chacun, et notamment du directeur. Cette question est indissociable de celle de la légitimité du porteur du projet, inéluctablement remise en question par ses détracteurs.

³⁷ MOSSE P., GERVASONI N., KERLAU M., 1999, *Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégie*, Mission Interministérielle Recherche Expérimentation, p 14.

³⁸ La proposition de la fusion-absorption est justifiée p 39.

³⁹ Ce point est développé dans la 3^{ème} partie

L'idée d'une fusion a ici été suggérée par l'ARS à la directrice lors de son évaluation de 2009. Sans qu'il s'agisse d'un objectif clairement affiché, le souhait de la tutelle était d'amorcer une réflexion sur ce projet, afin d'envisager de le mettre en œuvre dans les années à venir. Le fait que la fusion soit envisagée sur du long terme permet de la préparer en amont et de ne lancer le projet qu'une fois les conditions réunies pour sa bonne mise en œuvre.

Si la tutelle est un acteur essentiel dont l'appui est indispensable à la mise en œuvre d'un projet de telle envergure, d'autres partenaires doivent également être pris en compte. Les élus, le personnel et les collaborateurs membres de l'équipe de direction sont autant de personnalités devant être associées au projet et dont les préoccupations propres à leur champ d'action doivent être identifiées.

1.3.3 Le management hospitalier

Tarifification à l'activité, remplacement du conseil d'administration par le conseil de surveillance, encouragement des établissements à recourir à la contractualisation, ces réformes bouleversent leur environnement et appellent à repenser le management hospitalier⁴⁰. Il convient de noter que l'on parle de plus en plus d'établissements de santé en lieu et place d'hôpitaux. Cette évolution terminologique alliée à la redéfinition des missions de service public par la loi HPST remet en cause l'hôpital public comme seul détenteur du droit de prodiguer des soins⁴¹. Globalement, cette ouverture entraîne pour les établissements publics de santé la nécessité de s'approprier des concepts nouveaux d'efficience, de pilotage stratégique et de performance. Non que ces concepts ne fussent pas pris en compte il y a quelques années, mais force est de constater que les nouvelles exigences en matière de santé publique les rendent indispensables, aux tutelles pour organiser l'offre de soins, aux directeurs pour piloter leur établissement.

La contractualisation est l'un des outils promu par cette vague néo-libérale par lequel la formalisation d'objectifs et le suivi d'indicateurs normalise le travail des soignants et l'activité des services. Cette standardisation, au nom d'une plus grande performance au meilleur coût, s'exprime également par l'utilisation d'une technique utilisée par les entreprises depuis les années 1980. Le benchmarking consiste ainsi à analyser les pratiques de ses concurrents, à mesurer les écarts par rapport à ses propres méthodes et à s'inspirer de ces processus pour redéfinir sa stratégie. Cette technique peut être utilisée

⁴⁰ Ce point est développé dans les préconisations de la 3^{ème} partie.

⁴¹ MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N., TORRIELLI R., 2011, *L'hôpital en réanimation*, Paris : Editions du Croquant, 368 p.

à l'échelle de petits établissements pour comparer les coûts de fonctionnement et les méthodes d'organisation des établissements similaires. Elle oblige le directeur à s'ouvrir sur son environnement et à tenir compte de la stratégie des autres structures avant de définir la sienne.

Toutefois, cette nouvelle gouvernance peut venir heurter l'image de l'établissement à laquelle les personnels s'identifient, miroir d'un service public déconnecté de toute notion concurrentielle ou privatiste.

Nouvelle distribution des pouvoirs, techniques innovantes de pilotage, exigence de performance sans perdre de vue les valeurs fondamentales d'accessibilité et d'égalité du service public, ces concepts sont mobilisés dans ce mémoire afin d'établir le diagnostic de la situation et de dégager un certain nombre de préconisations.

Car si la fusion est un outil à la disposition des tutelles et des directeurs pour que les établissements continuent à assurer la mission de service public qui leur est dévolue, sa mise en œuvre ne se peut se faire qu'après un diagnostic approfondi des terrains concernés et la prise en compte de plusieurs données essentielles. Le contexte de fonctionnement des établissements en interne et leur place sur le territoire de santé doivent être analysés avant de décider de la stratégie à adopter.

2 De la création d'un nouvel interlocuteur sur le territoire de santé ou le repositionnement en externe de l'établissement issu de la fusion

Cette analyse met en exergue les enjeux externes au fonctionnement des établissements, à savoir leur positionnement sur le territoire de santé et leur rôle dans l'offre de soins telle qu'elle est planifiée par l'ARS. Cette partie expose les éléments de diagnostic externe et les préconisations qui en découlent, notamment des outils clés de succès à développer par l'établissement pour mener à bien ce projet.

2.1 Le contexte géographique et les données démographiques et sociales : autant de dimensions qui conditionnent le choix d'impulser une procédure de fusion

2.1.1 Sanitaire versus médico-social, des prises en charge qui diffèrent et pourtant tournées vers un même public de gériatrie

Si les patients et résidents accueillis dans les deux établissements sont semblables (même origine géographiques, mêmes caractéristiques médicales et sociales⁴²), la comparaison du fonctionnement de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et de l'EHPAD du CH de Marcigny montre des prises en charges très différentes.

En effet, en tant que service du CH, l'EHPAD de Marcigny fonctionne selon un mode très sanitaire et essentiellement centré sur la prise en charge médicale des résidents. Il est vrai que ces derniers sont globalement plus dépendants que ceux accueillis à Semur-en-Brionnais et nécessitent un suivi médical et infirmier plus important. Pourtant, cette situation ne doit pas faire oublier la différence fondamentale entre un service sanitaire tel que le service SSR et un EHPAD : si l'admission en SSR d'un patient se fait sur orientation médicale, est nécessairement provisoire et répond à une demande de prise en charge sanitaire, l'admission d'un résident en EHPAD se fait à sa demande lorsque l'état de dépendance de la personne ne lui permet plus de rester à domicile. Le fait de considérer la chambre du résident comme son domicile est révélateur du rôle médico-social de l'EHPAD qui est avant tout un lieu de vie. Or, l'on constate en observant les fonctionnements respectifs des EHPAD de Semur-en-Brionnais et de Marcigny, que cette dimension n'est pas intégrée de la même manière pour les deux structures.

⁴² Voir la présentation des établissements pp 12-19.

L'histoire de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et le fait que bon nombre de résidents y vivent depuis de nombreuses années expliquent que cet établissement tienne pleinement ce rôle de lieu de vie. Ainsi, sous réserve que soient respectées les normes d'hygiène imposées à l'établissement, les résidents peuvent entretenir eux-mêmes leur chambre, et un espace dans le parc est réservé aux résidents souhaitant aménager un jardin potager.

Dans cette même logique, le service de l'animation est particulièrement bien structuré et participe à la qualité de la prise en charge dans sa globalité. Ce service se compose de quatre agents ; deux titulaires du BPJEPS⁴³ dont l'une est responsable de l'équipe, une aide-soignante et une aide médico-psychologique. Ces animatrices sont pleinement intégrées dans l'équipe soignante, participent aux transmissions journalières et s'organisent de telle façon à ce que des animations soient proposées matin et après-midi du lundi au samedi. De plus, elles partagent plusieurs fois par semaine le repas de midi des résidents.

Le service animation de l'EHPAD de Marcigny est très différent, il se compose de trois agents ; une titulaire du BPJEPS, une aide-soignante de l'EHPAD et une aide-soignante du service SSR qui est détachée une demi-journée par semaine pour organiser un atelier peinture à l'EHPAD. Bien que des animations de qualité soient proposées, cette équipe est insuffisante en terme d'ETP et ne permet pas d'organiser des animations tous les jours, ni de proposer des activités adaptées à l'ensemble des résidents. L'état de dépendance de ces derniers appellerait en effet à des animations plus individualisées. De plus, le service est indépendant de l'équipe soignante et des tensions sont palpables entre les agents. En effet, sans être en sous-effectif, les agents soignants sont en nombre juste suffisant pour assurer le travail et estiment que l'accent devrait être mis par la direction sur le renforcement de l'équipe de soins plutôt que sur l'animation.

Si elles s'expliquent par la différence de culture et d'histoire des deux établissements, ces divergences rendent difficile l'harmonisation des pratiques en EHPAD. Pourtant, des solutions sont envisageables pour améliorer la prise en charge tout en respectant l'identité des deux structures. Il serait en effet artificiel de vouloir calquer le mode de fonctionnement d'un établissement pour l'appliquer à l'autre. En effet, si l'organisation de Semur-en-Brionnais en termes de planning notamment peut inspirer la refonte de celle de Marcigny, il serait inopportun de fusionner les équipes et de leur demander d'intervenir indifféremment sur les deux EHPAD. En effet, la richesse et la qualité de vie des résidents dépendent notamment de l'adaptation des activités à leurs besoins et de la pérennisation de repères que sont la stabilité des équipes.

⁴³ Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport

2.1.2 Les spécificités démographiques de ces territoires ruraux

Le ressort géographique d'accueil des deux établissements correspondant au bassin de vie proche et la démographie médicale peu favorable sont autant de problématiques propres aux territoires ruraux et auxquelles les établissements de Marcigny et Semur-en-Brionnais sont confrontés.

Selon l'Insee, la Bourgogne compte 168 000 personnes de plus de 75 ans dont la majorité réside en Saône-et-Loire⁴⁴. Dans ces espaces ruraux, les personnes âgées sont rapidement isolées des commerces et lieux de vie ainsi que de leurs aidants naturels (famille, voisins), ce qui rend d'autant plus indispensable la coordination des soins autour d'eux. Les pathologies liées à l'âge sont souvent multiples et nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels médicaux (médecins spécialistes, kinésithérapeutes...), mais également d'aide à domicile, passage du SSIAD... cette organisation individualisée des soins nécessite la coopération entre les différents acteurs de secteur autour notamment du centre local d'information et de coordination (CLIC) et des filières gériatriques afin d'assurer la permanence et la pertinence de la prise en charge.

Au travers de la question de l'intervention des professionnels de santé, c'est la continuité des soins qui est en jeu et à laquelle participent les établissements de santé en s'inscrivant dans une logique de filière et en contribuant au décloisonnement entre les différents secteurs et acteurs d'intervention.

Le territoire de santé sud Saône-et-Loire auquel appartiennent les établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais compte 188 821 habitants dont 9,4% sont âgés de plus de 75 ans. Il comprend deux bassins de vie : le Mâconnais, dont la population est majoritairement urbaine et le Charolais-Brionnais, essentiellement rural. Le site pivot de Mâcon est situé à 83 km de Marcigny (cet éloignement explique le fait que peu de patients sont orientés de Mâcon vers Marcigny) et le site intermédiaire de Paray-le-Monial, à 24 km.

Ce territoire compte au total 32 établissements pour personnes âgées et 7 hôpitaux de plus petite taille dont 5 ex-HL. Il résulte de cette répartition un maillage sanitaire satisfaisant en termes d'offre de soins. Pourtant, le CH de Marcigny est assez isolé sur le bassin Charolais-Brionnais du fait du regroupement des établissements voisins au SIH siégeant à Paray-le-Monial. Cette situation rend difficile la mutualisation des astreintes

⁴⁴ 36% des plus de 75 ans résident en Saône-et-Loire, 26% en côte d'or, 21% dans l'Yonne et 16% dans la Nièvre selon PETIGNY A, LEMERY B., MILLOT I., et al. septembre 2010, *Viellissement et santé en Bourgogne*, Dijon : Observatoire régional de la santé, p 2.

administratives et nécessite des solutions adaptées à cette situation territoriale particulière.

Cette dimension est essentielle car un établissement détermine sa stratégie de positionnement en fonction notamment de la situation des établissements alentours. Ainsi, dans le département du Nord, la petite taille du territoire des EHPAD de Boeschepe et de Godewaersvelde et la forte densité de population change la donne : les établissements sont très proches de l'autoroute et des EHPAD voisins. Cette situation est très différente de Marcigny où les autres établissements étant rattachés au SIH de Paray-le-Monial, il n'y a pas d'autres directeurs et les décisions sont prises de façon centralisées. Ceci n'est pas neutre du point de vue de la stratégie d'ouverture de l'établissement vers l'extérieur, Paray-le-Monial est un acteur incontournable et, disposant d'un certain pouvoir, est un partenaire inévitable pour le CH de Marcigny.

2.2 Le dépassement de la direction commune, stratégie de rapprochement qui ne répond plus aux exigences du terrain

2.2.1 La direction commune, fruit de la liberté contractuelle et amorce d'un rapprochement entre les établissements

La direction commune est de plus en plus utilisée pour amorcer un rapprochement entre deux structures situées sur le même territoire de santé, géographiquement proches et dont la taille ne justifie pas le maintien d'un poste de directeur à temps plein. Elle présente l'avantage de maintenir l'autonomie des établissements concernés et d'être relativement souple dans son fonctionnement.

La nature contractuelle de l'acte qui scelle le principe de la direction commune permet aux établissements concernés de placer le curseur de la mutualisation où ils le souhaitent. Ils décident ainsi de l'étendue des prérogatives mises en commun selon l'autonomie qu'ils souhaitent conserver. La convention qui l'établit fixe les règles de fonctionnement et peut réguler de façon plus ou moins prégnante le quotidien des établissements.

Une telle convention peut ainsi donner l'occasion de mutualiser des fonctions supports telles que la blanchisserie ou la cuisine, de réorganiser les services administratifs afin par exemple de mettre en commun une cellule marchés publics. La convention⁴⁵ de Marcigny et de Semur-en-Brionnais en date de 2004 n'est pas très précise et laisse aux avenants

⁴⁵ Voir annexe 1

futurs le soin d'organiser les mutualisations et autres actions de coopérations dont elle prévoyait le principe. Le choix avait été fait par la suite de mutualiser les astreintes administratives et techniques.

Ce mode de rapprochement est l'un des plus souples qui existe puisque il ne touche pas à l'existence juridique des établissements. Si l'organe de direction est mis en commun, l'essence du pouvoir est conservée avec le maintien en l'état des instances de chaque établissement. La liberté contractuelle chère aux civilistes joue ici pleinement son rôle en permettant la rédaction d'une convention sur mesure adaptée aux attentes des structures concernées. S'il y a peu de réglementation concernant le fond de cette convention, la forme est régie par plusieurs décrets⁴⁶ qui organisent notamment sa transmission et sa dénonciation.

Manifestation de la liberté contractuelle qui permet aux institutions de fixer leurs propres règles de collaboration, la direction commune reflète la volonté de plusieurs acteurs d'œuvrer ensemble pour l'amélioration du service public assuré. La question des pouvoirs au sein des établissements et sur les territoires de santé qui a été évoquée⁴⁷ se pose ici. En effet, qui décide de poser cette première pierre de l'édifice de la coopération ?

La direction commune ne peut fonctionner que si les acteurs concernés œuvrent de concert. Le projet doit ainsi être porté par les présidents respectifs des instances, puis être validé par les tutelles, et être ainsi reconnu comme stratégie pertinente pour le bon fonctionnement des établissements et leur place sur le territoire. Enfin, les directeurs en place doivent savoir conduire la négociation et maintenir la cohésion entre les structures.

Un directeur doit en effet savoir prendre de la hauteur vis-à-vis des projets portés, et dépassionner les débats afin de garder en vue les objectifs du rapprochement : l'amélioration du service et la rationalisation des dépenses par la mutualisation des moyens.

⁴⁶ Décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n° 181 du 5 août 2005, p 12816.

Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel, du 8 août 2005, p 12817.

Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n° 0303 du 30 décembre 2007.

⁴⁷ Cette question a été évoquée p 19.

La direction commune a ainsi permis la mise en commun de temps de diététicienne, de qualitiennne et de formations auxquelles l'EHPAD ne pourrait avoir accès seul. Elle a également permis la mutualisation des astreintes techniques mais il est encore difficile de faire travailler ensemble les services techniques, chacun restant attaché à sa structure. Pourtant, les compétences de ces agents sont variées et les établissements gagneraient à ce qu'elles soient plus largement exercées. Un agent de Semur-en-Brionnais est ainsi menuisier de formation, un agent de Marcigny est informaticien, un autre électricien.

2.2.2 Un outil dont la souplesse limite *in fine* l'exploitation

Malgré sa souplesse, la direction commune peut révéler les premières difficultés nées des concessions qu'engendre la coopération entre deux établissements, et faire émerger les prémices des obstacles qui seront rencontrés lors de la mise en place de la fusion. Car la direction commune est très souvent, une première étape avant la fusion, une préparation des esprits à un changement plus grand. Ainsi, elle est établie dans un contexte politique donné, et correspond aux choix d'orientation des élus du moment. Un changement de bord après des élections, la perte de la majorité ou tout autre événement peut bousculer cet équilibre et expliquer la mise en avant d'autres priorités par de nouveaux élus. La liberté contractuelle montre ici ses limites, ce qui a été fait peut être défait, parfois au détriment du bon fonctionnement des établissements.

Lorsque le choix est fait par le directeur d'impulser le projet de fusion, il est essentiel d'utiliser à bon escient les possibilités que la convention de direction commune lui offre en terme de mixité des équipes, de partage d'expérience, de mutualisation de personnel et de moyens. Ce travail en amont permet, outre l'anticipation des risques propres à la fusion, d'amorcer cette culture du *travailler ensemble* qui conditionne en grande partie la réussite de ce projet⁴⁸.

En effet, si les mutualisations que permet la direction commune facilite le fonctionnement quotidien des structures, des doublons perdurent au niveau des services administratifs et logistiques, et la gestion demeure entravée par la coexistence de deux entités juridiquement distinctes, et donc par le maintien de deux interlocuteurs pour les tutelles et les établissements alentours. La question qui se pose ici est la pertinence de la direction commune et donc de savoir quel serait l'enjeu d'une fusion quant à la place des établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais dans l'offre de soin gériatrique à laquelle ils participent.

⁴⁸ Ces points sont repris en détail dans la 3^{ème} partie.

Bien que constituant un projet à part entière, la fusion s'inscrit dans une chronologie de projets définie à partir d'autres ambitions. La direction commune est un préalable fréquent, comme l'atteste sa mise en place dans les CH de Lamballe et la MRI de Trégueux, ou encore dans les EHPAD de Boeschepe et Godewaersvelde. La directrice de ces derniers a ainsi profité de cette période pour mélanger les équipes et les habituer à travailler ensemble en rédigeant les mêmes protocoles et fiches de poste. A Marcigny, la direction commune a également permis d'anticiper les choses et son potentiel doit encore être exploité pour préparer au mieux la fusion. De plus, l'organisation de formations communes peut aider le personnel à s'approprier de nouveaux outils de travail, à dépasser les inquiétudes qu'engendre la fusion et à s'approprier le projet.

Il est dès lors légitime de s'interroger sur la pertinence d'une fusion du CH de Marcigny et de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et d'envisager cette démarche comme aboutissement de la coopération de fait et réponse aux nécessités économiques qui guident la stratégie sanitaire

2.3 Le maintien d'un pôle gériatrique de proximité en question

2.3.1 Les lits d'aval SSR, maillons indispensables dans la chaîne de continuité des soins

- A) L'activité du service SSR : une réponse de qualité à une demande de soins identifiée

Le CH de Marcigny et l'EHPAD de Semur-en-Brionnais ne font pas exception au principe de l'augmentation de l'âge et de la dépendance des personnes accueillies en établissement⁴⁹. Ainsi, selon l'enquête *Les établissements pour personnes âgées en Bourgogne*⁵⁰, sur l'ensemble de la région Bourgogne, près de 41% des personnes hébergées en EHPAD relèvent des groupes iso-ressource (GIR) 1 et 2.

Se pose dès lors la question de l'organisation des relations entre établissements et professionnels de santé car le parcours de soins des personnes âgées, nombreuses en zones rurales, est de plus en plus complexe et multiforme, et met en exergue des besoins particuliers en termes de technicité des soins, mais également en termes de cohérence de parcours.

⁴⁹ Voir la présentation des établissements pp 12-19.

⁵⁰ BRION D., juin 2009, *Les établissements pour personnes âgées en Bourgogne*, Dijon : DRASS de Bourgogne, p 24.

Si le maintien des hôpitaux de proximité ex-HL a pu être remis en question du fait du coût de fonctionnement qu'engendre la multiplicité de ces petites structures, leur pérennité semble aujourd'hui nécessaire et pleinement reconnue par l'ensemble des acteurs de santé. En effet, leur fonction de désengorgement des hôpitaux MCO de courts séjours et leur rôle de transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile fait de ces établissements des maillons essentiels dans la chaîne de soins dédiée aux personnes âgées.

L'analyse des données médicales et de l'activité des établissements montre le bon taux de remplissage du service SSR et la faible DMS⁵¹. Ces résultats attestent de l'utilisation des lits SSR à bon escient et confortent le rôle du CH de Marcigny comme établissement d'aval. Car le parcours du public accueillis passe par différents niveaux d'intervention : les établissements MCO sont indispensables pour assurer la prise en charge de cours séjour sur des soins techniques et chirurgicaux, mais contrairement à des patients plus jeunes, les personnes âgées souffrent souvent de poly-pathologies et la fin de leur séjour en MCO nécessite la plupart du temps des soins de suite.

Or, les établissements MCO se sont désengagés de cette activité pour se recentrer sur le court séjour et incluent de ce fait les ex-HL comme acteurs indispensables dans le parcours de soin puisque bon nombre de patients âgés sont orientés vers ces établissements.

Ainsi, lors de réunion ANFH organisée en novembre 2011 sur l'étude du SROS de la région Bourgogne, les établissements MCO de Mâcon et de Chalon ont exprimé leur crainte de voir disparaître les lits d'aval et ont rappelé le risque d'engorgement des services de court séjour sans ce relai.

De plus, le volet SSR du PRS 2012-2016 affiche comme l'un de ses objectifs généraux, «améliorer la fluidité de la filière en amont et en aval du SSR, notamment l'articulation entre le sanitaire et le médico-social»⁵². Cet objectif s'inscrit dans la continuité de la logique portée par les textes organisant l'activité SSR⁵³. Il est notamment question d'inscrire l'activité dans les réseaux et de la faire participer à la coordination territoriale à laquelle sont parties les établissements de court séjour.

⁵¹ Cette DMS de 25 jours en 2011 selon le rapport du directeur 2011 du CH de Marcigny.

⁵² Projet régional de santé de Bourgogne 2012-2016, octobre 2011, volet « soins de suite et de réadaptation », p 22.

⁵³ Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel, n° 0094 du 20 avril 2008 p 6606.

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel, n° 0094 du 20 avril 2008 p 6609.

Au regard de ces considérations générales, l'activité du CH de Marcigny légitime pleinement son maintien sur le territoire.

Activité du service SSR en 2011⁵⁴

	DMS en jours	Coefficient d'exploitation en jours
2009	28,72	97
2010	28,44	106,7
2011	25,01	88,40

De plus, les patients accueillis étant majoritairement originaires des cantons environnants, le CH s'inscrit pleinement dans une offre de soins de proximité.

Origine géographique des patients en 2011⁵⁵

Commune de Marcigny	58
Canton de Marcigny	73
Canton de Semur-en-Brionnais	24
Autres cantons du département	20
Départements limitrophes	73
Autres	0
total	242

B) L'organisation de la filière gériatrique sur le territoire

A la question du positionnement des établissements de Marcigny et Semur-en-Brionnais sur leur territoire, pourrait être proposé le rattachement au SIH Charolais-Brionnais. La plupart des établissements entourant Marcigny étant adhérents, ils travaillent selon leur propre réseau et si le CH de Marcigny travaille en coopération avec Paray-le-Monial pour la mise à disposition du praticien hospitalier notamment, les relations ne sont pas aussi fluides que celles que peuvent entretenir les membres du SIH entre eux.

L'isolement du CH et de l'EHPAD est donc moins dû à la distance entre les établissements qu'au réseau que représente le SIH qui regroupe la plupart des établissements alentours. Pourtant, les élus locaux au même titre que les tutelles refusent d'inscrire les établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais dans ce réseau et préfèrent privilégier d'autres types de coopération. C'est la raison pour laquelle il est

⁵⁴ Rapport du directeur 2011 du CH de Marcigny

⁵⁵ Rapport du directeur 2011 du CH de Marcigny

pertinent de réfléchir à la façon dont les établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais doivent se positionner. Si leur autonomie doit être préservée par rapport à ce SIH, ces établissements devront s'imposer comme acteur à part entière dans l'organisation de la filière de soins gériatrique.

En la matière, cette continuité est en partie assurée par le réseau gérontologique du pays charolais qui coordonne le travail des intervenants auprès des personnes âgées. Siégeant à Charolles, il est composé d'une équipe pluridisciplinaire ; assistante sociale, psychologue, infirmiers, il évalue les situations des personnes pour lesquelles il est sollicité afin d'établir un plan d'aide personnalisé⁵⁶. En favorisant le maintien à domicile, en préparant les sorties d'établissements, et en aidant à l'organisation de l'admission en soins de suite, il fournit également une aide aux aidants. Il travaille en partenariat avec 3 CH, 4 ex-HL dont celui de Marcigny, 13 EHPAD, 8 SSIAD, 82 médecins généralistes, 84 IDE libérales, 56 kinésithérapeutes, 23 ambulances et 24 associations d'aide à domicile. Cet acteur clé du territoire est un soutien pour les établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais, et permet de maintenir le lien avec les autres intervenants. En développant les contacts avec ce réseau, développement d'autant plus légitime du fait de l'augmentation de la taille de l'établissement après la fusion, il est ainsi possible de pallier une partie des difficultés nées de l'isolement du CH et de l'EHPAD.

Ce renforcement de la place des établissements sur le territoire est d'autant plus nécessaire au vu du fait qu'ils sont bien plus proche du CH de Roanne situé dans le département de la Loire et relevant de la région Rhône-Alpes (CH d'où de nombreux patients sont orientés), que des CH du département de Saône-et-Loire. Or, la logique régionalisée freine les contacts avec Roanne et limite les possibilités de conventionnement ou de coopération. Sans ignorer ces acteurs avec lesquels il demeure possible de travailler, le CH de Marcigny et l'EHPAD de Semur-en-Brionnais doivent se demander comment utiliser les outils de rapprochement pour optimiser la qualité des soins gériatriques sur le territoire.

⁵⁶ En 2011, selon le rapport du directeur du CH de Marcigny, 160 retours à domicile ont été organisés sur un total de 242 sorties du service SSR

2.3.2 De la nécessité de maintenir un établissement attractif pour les professionnels de santé

A) Les besoins nés de la complexité du parcours de soins de la personne âgée

De manière générale, la Bourgogne est moins bien dotée que la moyenne nationale en terme de ratio de médecin généraliste par habitants. Selon l'enquête *Vieillessement et santé en Bourgogne*⁵⁷, la région compte 82 généralistes pour 100 000 habitants et 792 pour 100 000 habitants de 75 ans et plus contre 1054 pour 100 000 en France.

La diversité des besoins des personnes âgées et la rareté de certaines professions médicales ou paramédicales expliquent la pertinence de la création d'un employeur unique pour les deux sites.

Les poly-pathologies et les exigences qui en découlent en termes de spécialisation des soins et de suivi d'indicateurs de qualité et d'activité appellent dès lors au recrutement de personnels tels que des ergothérapeutes, des professeurs d'activité physique adaptée à la santé, des psychologues...

Or, la petite taille des établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais et la faible attractivité qui en résulte prive l'une comme l'autre structure de ressources et de compétences. En augmentant la taille de l'établissement, la fusion offre un environnement de travail plus attractif pour recruter directement certains personnels ou légitimer l'ouverture au budget de nouveaux postes.

CH après la fusion			
CH de Marcigny-existant			EHPAD de Semur-en-Brionnais
SSR	SSIAD	EHPAD	EHPAD
20	35 ⁵⁸	77	82 ⁵⁹
132			82
Total : 214			

Ainsi, la PUI de Marcigny fonctionne actuellement sous la responsabilité d'un ETP de pharmacien de 50%, ce qui est relativement faible au vu du travail à fournir en termes de pharmacovigilance, de suivi d'indicateurs et autres tâches relatives à la traçabilité et à la

⁵⁷ PETIGNY A, LEMERY B., MILLOT I., et al. septembre 2010, *Vieillessement et santé en Bourgogne*, Dijon : Observatoire régional de la santé, p 33.

⁵⁸ Cette capacité sera augmentée de 5 places pour passer à 40 au 1/07/2012.

⁵⁹ Sachant que cette capacité passera à 85 avec la création de 3 lits d'hébergement de nuit après réception des travaux.

sécurité du parcours du médicament. En outre, il est de plus en plus difficile d'assurer la continuité de ces fonctions durant les congés d'été de la pharmacienne.

Est ici en jeu le rôle à tenir par la PUI de Marcigny après la fusion :

- Doit-elle seulement être attachée aux services SSR et EHPAD du site de Marcigny ?
- Doit-elle couvrir les besoins des deux sites ?

Si l'on opte pour cette deuxième solution, la PUI desservirait les besoins de 182 patients et résidents au lieu des 102 actuellement⁶⁰. Cette augmentation en volume du public servi peut être mis en avant pour justifier l'augmentation de l'ETP du poste de pharmacien mais supposerait également l'acquisition d'un véhicule de transport et le détachement d'un agent pour assurer les trajets une à deux fois par jour. De plus, ce remaniement n'est pas neutre pour les officines qui approvisionnent actuellement l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et pour lesquelles il est parfois le client le plus important. Centraliser l'approvisionnement en médicaments au sein de la PUI de Marcigny est un véritable choix stratégique dont les conséquences vont au-delà des investissements humains et matériels pour l'établissement issu de la fusion.

Au vu de ces éléments, il semble plus pertinent de conserver l'organisation actuelle et de ne pas étendre les fonctions de la PUI à l'EHPAD de Semur-en-Brionnais. La situation eut été différente si la fusion était un préalable à la reconstruction d'un site unique mais dans la mesure où les deux sites seront pérennisés, les contraintes logistiques qu'entraînerait l'extension de la PUI à l'EHPAD l'emportent.

B) Saisir l'occasion de la fusion pour s'imposer comme partenaire dans l'offre de soins

Les établissements de Marcigny et Semur-en-Brionnais ont établi des conventions portant sur différents objets :

- convention de direction commune entre les deux établissements et de mutualisation des contraintes administratives et techniques
- convention de fonctionnement avec un laboratoire de Roanne pour les analyses médicales des patients de Marcigny,
- convention de mise à disposition d'un praticien hospitalier à hauteur de 50% par le CH de Paray-le-Monial,

⁶⁰ 20 patients de SSR, 82 résidents en EHPAD à Marcigny et 82 résidents à Semur-en-Brionnais.

Cependant, leur situation d'établissements autonomes de petite taille est un frein à la mutualisation des services. Un établissement de taille plus importante serait un partenaire plus crédible pour les établissements voisins dans la mise en commun des formations pour le personnel ou l'accès à du matériel médical.

En effet, la qualité de la prise en charge du service SSR est en partie due au fait que le praticien hospitalier en charge du service exerce également au CH de Paray-le-Monial. Le réseau que ce praticien entretient avec les autres médecins et sa connaissance des services des établissements voisins permet de lever un certain nombre d'obstacles qui se poseraient sans sa présence. En effet, les patients hospitalisés en SSR ainsi que les résidents de l'EHPAD ont fréquemment besoin d'examen de radiologie, de cardiologie ou autre spécialité médicale. Ce travail en réseau permet d'obtenir rapidement des rendez-vous et de maintenir une DMS satisfaisante pour le service.

Si cette organisation fonctionne bien, il convient de se poser la question des bénéfices à retirer d'une fusion quant à la place du nouvel établissement vis-à-vis des autres structures.

Ainsi, réfléchir à la forme de coopération la plus pertinente pour les établissements de Semur-en-Brionnais et de Marcigny appelle à repenser leur place sur le territoire et au rôle que l'on souhaite donner à ce projet de fusion. Doit-on se contenter de la fusion comme d'un objectif à atteindre ou veut-on l'inscrire dans un projet de coopération plus large ?

Les enjeux de la fusion doivent s'envisager plus largement et donner l'occasion de réfléchir à donner un nouveau souffle à l'établissement en saisissant l'opportunité de ce remaniement pour lancer d'autres formes de coopérations avec les établissements voisins. La fusion engendre en effet une plus grande crédibilité pour proposer aux établissements alentours de mutualiser des postes de fonctions paramédicales ou sociales qui apporteraient une réelle plus-value à la prise en charge proposée dans chaque structure. L'établissement de Marcigny est pleinement conscient de ce potentiel, dont la pertinence est rappelée au sein du projet d'établissement. De plus, la visite de conformité du service SSR de juin 2012 a mis en exergue le manque de coopération du CH et les avantages que chacun pouvait retirer de ces démarches.

Ainsi, la majorité des patients hospitalisés dans le service SSR du CH rentrent à domicile après leur séjour. Cette sortie nécessite un travail d'anticipation considérable que la cadre

de santé du service assure afin de préparer au mieux les aides dont la personne aura besoin à domicile.

Bien que le réseau géronto-charolais assure une mission d'évaluation de la situation des personnes, le temps passé par la cadre de santé sur ces fonctions l'empêche de se recentrer sur ses missions propres. Il pourrait donc être opportun de justifier par les nouveaux besoins de l'établissement après la fusion, de la nécessité d'un ETP d'assistante sociale, mutualisé avec les EHPAD voisins de Chauffailles et de La Clayette.

De même pour ce qui est des fonctions logistiques, il pourrait être intéressant de réfléchir à la mise en commun d'un poste d'informaticien, dont les fonctions sont pour l'heure partagées entre un agent des services techniques de Marcigny et un prestataire informatique extérieur.

2.3.3 Positionner l'établissement comme structure de référence en matière de qualité des soins pour les usagers

La réputation de l'établissement et sa légitimité comme partenaire dans le réseau de l'offre de soins gériatrique peut passer par l'extension à l'EHPAD de Semur-en-Brionnais des mesures de qualité et de gestion des risques développées par le CH de Marcigny.

Faire de la fusion un vecteur d'amélioration de la prise en charge des usagers implique de prendre en compte les besoins de la population accueillie dans les établissements ; l'enquête *Vieillesse et santé en bourgogne*⁶¹ révèle que 88% des personnes âgées de 75 ans et plus vit à domicile, ce qui dénote la bonne organisation de la prise en charge à domicile des personnes âgées, grâce à des acteurs tels que le SSIAD, les aides ménagères, le portage de repas, la présence d'aidants familiaux... *a contrario*, cela entraîne une augmentation de l'âge d'entrée des résidents en EHPAD et un accroissement de leur situation de dépendance.

L'EHPAD de Semur-en-Brionnais accueille ainsi des résidents âgés en moyenne de 84 ans⁶² et dont le GMP est passé de 589,35 à 642,60 entre 2006 et 2010. L'EHPAD du CH accueille des résidents âgés en moyenne de 86 ans avec un GMP en 2008 de 774,31⁶³. Ce taux de dépendance, supérieur au GMP médian de la région qui s'élève à 616⁶⁴ allié

⁶¹ PETIGNY A, LEMERY B., MILLOT I., et al. septembre 2010, *Vieillesse et santé en Bourgogne*, Dijon : Observatoire régional de la santé, p 6.

⁶² Projet d'établissement de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais 2010-2014, p 9.

⁶³ Projet d'établissement du CH de Marcigny 2009-2013, p 21.

⁶⁴ BRION D., juin 2009, *Les établissements pour personnes âgées en bourgogne*, Dijon : DRASS de Bourgogne, p 6.

aux exigences légales et réglementaires en termes de qualité rendent indispensable pour les petits établissements la mise en commun de moyens et de personnels.

La négociation du CPOM en juin 2012 a mis en exergue la bonne collaboration entre l'EHPAD de Semur-en-Brionnais, l'EHPAD du CH et le service SSR. En effet, la direction commune et la proximité géographique des deux établissements permet, malgré leur indépendance, d'œuvrer ensemble pour l'orientation des patients. Lorsque se pose la question de la sortie d'un patient du service SSR dont l'état de santé ne permet plus le maintien à domicile, une place lui est proposée dans l'un ou l'autre des EHPAD selon son choix et le transfert est facilité si la personne a été admise à Semur-en-Brionnais en attendant une place à Marcigny et inversement.

Cette collaboration a permis d'étendre à l'EHPAD de Semur-en-Brionnais des mesures de gestion de la qualité développées par le CH et de rapprocher le fonctionnement des structures.

La technicienne qualité-gestion des risques du CH est ainsi mise à disposition à hauteur de 10% de son temps de travail au sein de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais. Sa présence permet de développer la démarche qualité de l'établissement depuis la création de protocoles jusqu'à la mise en place du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) et des groupes de travail qui le font vivre.

De plus, son travail en collaboration avec l'adjoint administratif chargé du bureau des entrées qui a souhaité se positionner comme référente qualité sur l'établissement a permis de lancer la démarche d'évaluation interne de l'EHPAD.

En effet, le CH de Marcigny a été précurseur en la matière en impulsant la démarche d'évaluation de son EHPAD en 2010 ; l'ARS a par ailleurs souhaité que la directrice et la qualitiennne présentent leur démarche et les outils utilisés aux autres établissements de la région. La technicienne qualité a dès lors pu se familiariser avec la démarche et faire valoir ses compétences pour les deux EHPAD. L'établissement de Semur-en-Brionnais a donc pleinement bénéficié de ses connaissances et a été l'un des premiers EHPAD du département à lancer son évaluation, ce qui aurait été beaucoup plus difficile sans ce travail de collaboration avec Marcigny⁶⁵.

La situation particulière du territoire, allée à la nécessité de positionner le CH et l'EHPAD comme structures de référence pour leur patientèle dénote les enjeux extérieurs de la fusion. Elargir le panel des coopérations malgré la difficulté que pose la présence du SIH, repenser les recrutements et l'offre de services sont autant de dimensions que la fusion place sur le devant de la scène.

⁶⁵ La démarche d'évaluation est également exploitée pp 48-50.

3 La promotion d'un service public de qualité par la réorganisation en interne des établissements

Cette troisième partie expose les conséquences d'une fusion sur le fonctionnement interne des structures et propose des préconisations quant à la mise en place d'un tel projet entre les deux établissements. En la matière, l'impulsion de ce projet doit répondre aux objectifs de qualité du service public et doit se faire selon un calendrier permettant d'organiser, étape par étape, le changement d'identité des établissements.

3.1 Nouvelle organisation administrative et rationalisation économique : des économies d'échelle nées de la fusion mais qui remettent en question la position de l'établissement sur sa collectivité

3.1.1 La procédure et le choix de la fusion-absorption

A) La procédure

La fusion est un projet qui se met en œuvre sur du long terme et qui nécessite selon Claudine Esper « huit à douze mois de préparation »⁶⁶.

La procédure de la fusion inclut plusieurs étapes phares dénotant la prise en considération de l'ensemble des acteurs du projet :

- Convention de direction commune : en cours depuis 2004
- Approbation du conseil de surveillance de Marcigny et du président du conseil d'administration de Semur-en-Brionnais car la fusion procède de la volonté des instances.
- Vote des instances : l'approbation du projet de fusion par les instances permettra au président du conseil de surveillance et au président du conseil d'administration d'adresser une demande d'autorisation à l'ARS.
- Contrat de fusion signé par le président du conseil de surveillance et le président du conseil d'administration : élément essentiel du projet, ce contrat reprend l'organisation de l'établissement après la fusion au niveau institutionnel essentiellement : adresse, instances, capacité, tableau des effectifs.
- Arrêté de fusion de l'ARS

Une fois le projet accepté par les instances, la fusion suppose de dresser un état des lieux de l'existant, si possible par des groupes de travail pluridisciplinaires et en associant

⁶⁶ AUSSERRE F., octobre 1999, « Les fusions, mode d'emploi », *Décision santé*, n°149, p 24.

les représentants du personnel afin de déterminer les points forts, les axes d'amélioration et les priorités pour chaque thématique (ressources humaines, finances, services logistiques, services de soin, animation...). Service par service, il convient de reprendre l'existant, le personnel affecté, les fiches de postes, les compétences, et de réorganiser de façon plus rationnelle.

B) Quelle forme de fusion choisir pour les établissements de Marcigny et Semur-en-Brionnais ?

Peu de textes règlementent précisément la fusion, ce qui illustre finalement la liberté des acteurs à définir leurs propres règles du jeu dans la rédaction du contrat de fusion. Comme cela a été expliqué précédemment, la fusion peut s'envisager sous la forme d'une fusion-crétion ou bien d'une fusion-absorption.

Les entretiens menés avec les directeurs ayant mis en place la fusion de leurs établissements révèlent que la forme choisie est fonction de la taille et de la nature des établissements de départ.

Ainsi, Mme Pascale Delplanques, directrice des EHPAD de Boeschepe et Godewaersvelde explique le choix d'une fusion-crétion par le fait que les deux EHPAD de départ étaient des structures semblables de petite taille, et que la fusion devait permettre la reconstruction du nouvel établissement sur un seul site. Au contraire, l'établissement public départemental de santé et la maison de retraite de Gorze dirigés par M. Roger Dalla-Costa fusionnent par l'absorption de la maison de retraite par l'établissement de santé.

Dans le cas des établissements de Semur-en-Brionnais et Marcigny, la différence d'activité des deux structures et la soumission du CH à la réglementation propre aux activités sanitaires qui s'en suit rend plus pertinent de proposer une fusion-absorption.

3.1.2 La fusion juridique : les enjeux politiques du rattachement de l'EHPAD au CH

Si le choix de la fusion-absorption semble plus pertinent, il est plus complexe à mettre en œuvre car il entraîne la suppression du conseil d'administration de l'EHPAD au profit du maintien du conseil de surveillance du CH. En effet, la direction commune présente à la fois l'avantage et l'inconvénient de conserver l'autonomie juridique et financière des deux structures et donc de maintenir les instances de chacun et les pouvoirs des élus dans leurs structures.

Cette réticence politique à voir l'une des instances disparaître au profit de l'autre peut prendre plusieurs formes. Ainsi, si les présidents de conseils d'administration des EHPAD de Boeschepe et Godewaersvelde (respectivement maires des deux communes) adhéraient au principe de la fusion et de la reconstruction de l'établissement sur un site unique situé sur l'une des communes. Or, le changement de couleur politique suite aux élections municipales de 2008 a entraîné des réticences du nouveau maire à voir l'établissement quitter sa commune et a considérablement ralenti le projet.

Cette remise en cause de l'établissement de proximité sur sa collectivité est l'une des difficultés rencontrées fréquemment par les directeurs. La fusion menée par M. Roger Dalla-Costa s'est par exemple heurtée au problème de la perte par le conseil général de sa représentation au sein de l'établissement de santé après la fusion. Pour l'heure, le conseil de surveillance de l'établissement de santé comprend deux conseillers généraux alors que le conseil d'administration de la maison de retraite est présidé par le président du conseil général et comprend six conseillers généraux. Le rattachement de la maison de retraite à l'établissement de santé privera ces conseillers généraux de leur mandat au sein de la nouvelle structure et la fusion n'a été acceptée qu'après que le nouveau président du conseil général issu des dernières élections accepte de reconsidérer la situation.

En ce qui concerne les établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais, le rattachement de l'EHPAD au CH aurait cette même conséquence de la perte de pouvoir des conseillers généraux siégeant au conseil d'administration de l'EHPAD. Ce dernier étant de statut départemental pour les raisons historiques précédemment expliquées⁶⁷, le changement de sa collectivité de rattachement entraînerait la perte de son pouvoir par l'actuel conseiller général présidant le conseil d'administration. Toutefois, la fusion sera plus facile à accepter par les élus dans la mesure où le site de Semur-en-Brionnais serait pérennisé et donc l'offre de soins maintenue localement.

Les instances du CH de Marcigny après la fusion seraient les suivantes :

- un conseil de surveillance car le volet sanitaire du Centre Hospitalier implique de se référer aux dispositions du Code de la Santé Publique, notamment en ses articles L 6131 et suivants,
- un directoire
- une commission médicale d'établissement,
- un comité technique d'établissement,
- un conseil de la vie sociale (CVS),

⁶⁷ Voir présentation des établissements pp 12-19.

- une commission administrative paritaire (CAP)

Les exigences légales fixent le nombre de membres composant ces instances. Le volet médico-social ne disparaît pas puisque le conseil général demeure l'autorité de tarification pour les lits d'EHPAD.

Le conseil de surveillance :

Il doit être recomposé selon les dispositions du Code de la Santé Publique⁶⁸: 9 membres avec un président élu pour 5 ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées.

Collège 1 :

- Le maire de la commune siège ou son représentant
- Un représentant d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre dont la commune siège est membre (à défaut, un autre représentant de la commune siège de l'établissement principal)
- Le président du conseil général ou son représentant

Collège 2 :

- Un représentant que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) désigne parmi ses membres
- Un représentant que la CME désigne parmi ses membres
- Un membre désigné par l'organisation syndicale la plus représentative

Collège 3 :

- Une personnalité qualifiée désignée par le directeur général de l'ARS
- Deux représentants des usagers désignés par le préfet

Le conseil d'administration :

Il a vocation à disparaître puisqu'il est remplacé par le conseil de surveillance.

La CAP et le CTE:

La CAP locale d'un établissement suivant le sort de celui-ci, elle disparaît lorsque l'établissement disparaît, c'est-à-dire à la date de fusion. La CAP départementale

⁶⁸ Art 9 de la loi HPST

Ministère de la santé et des sports. Décret n° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé. Journal officiel, n° 0083 du 9 avril 2010, p 6765. Articles L 6141-1 et suivants, L6143-1 et suivants et R 6143-7 à 16 du code de la santé publique.

compétente demeure celle du département de Saône-et-Loire puisque quel que soit l'établissement siège désigné, les deux entités sont situées dans ce même département. Les textes prévoient ainsi qu' « en cas de fusion d'établissements intervenant moins de six mois avant ou moins de six mois après le renouvellement général des CAP, les représentants du personnel aux CAP du nouvel établissement sont désignés sur la base des suffrages cumulés obtenus par les organisations syndicales dans chacun des établissements à l'origine du nouvel établissement »⁶⁹. La règle est la même pour les représentants au CTE⁷⁰, si la fusion intervient hors de cette plage, les élections sont organisées sur la base des effectifs du nouvel établissement.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Cette instance est obligatoire dès que l'établissement emploie au moins 50 salariés, elle est présidée par le chef d'établissement et composée de représentants élus du personnel non médical et d'un représentant des médecins désigné par la CME.

Les sièges sont répartis entre les organisations syndicales en fonction des résultats obtenus lors des élections au CTE, les représentants sont élus au scrutin uninominal à un tour par l'ensemble des agents de l'établissement lorsque ce dernier n'est pas pourvu d'organisations syndicales. Lorsque l'établissement comprend entre 50 et 199 agents, 3 représentants sont à élire.

Le directoire

Le directoire est l'instance qui approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il est présidé par le directeur et le président de la CME est son vice-président. Il est en outre composé du président de la CSIRMT et de trois représentants du personnel nommés par le directeur avec une majorité de membres appartenant au corps médical.

Il est souhaitable que ces instances soient renouvelées au plus tôt afin qu'elles puissent fonctionner dès la date d'entérinement de la fusion.

3.1.3 Le redéploiement de moyens humains

Comme tout projet, la fusion s'appuie avant tout sur les personnels qui la font vivre. Susciter leur adhésion suppose de construire la fusion autour d'un projet d'établissement

⁶⁹ Décret n°2011-582 du 26 mai 2011 modifiant le décret n°2003-655 du 18 juillet 2003 modifié relatif aux commissions administratives paritaires locales et départementales de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0123 du 27 mai 2011, p 24.

⁷⁰ Décret n°2011-584 du 26 mai 2011 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé. Journal officiel, n°0123 du 27 mai 2011, p 26.

commun. Celui de Marcigny a été établi pour 2009- 2013 et celui de Semur-en-Brionnais, pour 2010-2015.

Les services administratifs : Le directeur doit saisir les opportunités qu'offre la fusion pour réfléchir à de nouvelles évolutions professionnelles par le biais de formations ou de revalorisation de compétences. Il peut par exemple être envisagé de créer un service unique de facturation et de gestion des admissions pour les deux EHPAD.

Pour l'heure, cette fonction relève à Semur-en-Brionnais d'un poste de 0,80 % d'ETP, et d'un poste à 0,90% à Marcigny, qui regroupe les admissions pour le service EHPAD et pour le service SSR.

En spécialisant le poste de Semur-en-Brionnais sur ces fonctions de facturations et de gestion des admissions, et en recentrant le poste de Marcigny sur les fonctions de gestion des entrées du service SSR et de secrétariat de direction, il serait possible d'alléger la charge de travail du poste d'adjoint des cadres qui assure en partie ce secrétariat et de mieux répartir le travail.

Il est également possible d'agir sur la fonction achat, la cellule des marchés publics étant déjà commune aux deux établissements. L'adjoint des cadres de l'EHPAD assure en effet le suivi des marchés pour les deux établissements, mutualisation possible grâce à la proximité géographique des établissements et par le recours aux mêmes fournisseurs. Cependant, l'identité juridique propre à chacun oblige à doubler les documents afin de créer un dossier propre à chaque structure. La fusion administrative permettrait de supprimer cette démultiplication et de renforcer la pertinence de la centralisation de la passation des marchés sur un seul poste. Dans le même esprit, la paie pourra être gérée en commun.

Les services logistiques : Les agents des services techniques, s'ils demeureront affectés sur un site en particulier, pourront mettre leurs compétences à la disposition de l'une ou l'autre des structures si besoin. L'agent chargé de l'entretien du parc de Semur-en-Brionnais pourra être recentré sur cette fonction et se détacher sur le site de Marcigny, ce qui permettra aux agents de l'hôpital de se recentrer sur d'autres tâches.

Le personnel soignant : La fusion entraîne la constitution d'un seul et même employeur, ce qui peut pallier les difficultés liées par exemple aux remplacements d'été, ou encore permettre la création d'un pool de remplacement pour les personnels soignants. Toutefois, la garantie d'un site officiel de rattachement peut prévenir les craintes des personnels soignants à devoir travailler indifféremment sur l'un ou l'autre des sites. Si la fusion doit permettre de rendre plus fluides les remplacements de congés d'été ou de

congés maternité, elle ne doit pas avoir pour conséquence de faire perdre la qualité de la prise en charge due notamment à la connaissance des patients et des résidents par les personnels, proximité rendue possible par la petite taille des structures.

L'ensemble de l'organigramme ainsi recomposé est disponible à l'annexe 2.

La fusion budgétaire et comptable : La fusion juridique entraîne nécessairement la fusion budgétaire et comptable. En la matière, les deux budgets EHPAD fusionnent mais deux tarifs différents peuvent être maintenus pour chaque EHPAD. Cette différence semble pertinente afin que les coûts des travaux de Semur-en-Brionnais se répercutent sur les usagers bénéficiant de la restructuration. La crainte des élus de Marcigny lorsque l'idée d'une fusion leur avait été présentée était en effet de voir supporter par le CH, le poids des surcoûts liés aux travaux de restructuration de l'EHPAD

Il n'y aura donc pas de transfert de dette d'un établissement à l'autre puisque le montant d'emprunt à financer est très faible à Marcigny et que le coût des amortissements des travaux de Semur-en-Brionnais impacte seulement le prix de journée des résidents de ce site, l'harmonisation des tarifs pourra ne se faire que plus tard.

3.2 Comment connecter projet de fusion et projets architecturaux ?

3.2.1 Les travaux de restructuration de l'EHPAD : l'occasion d'amorcer une culture du « travailler ensemble »

Des travaux de restructuration engagés en novembre 2011 sont actuellement en cours à Semur-en-Brionnais et se composent de plusieurs tranches visant à :

- La construction de deux unités gériatriques protégées pouvant accueillir chacune 13 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées,
- La construction d'une cuisine centrale commune à l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et au CH de Marcigny,
- La réhabilitation du bâtiment « nouveau » qui accueillera les chambres des autres résidents ainsi que les salles à manger, les salles d'animation et divers locaux de rangement,
- La réhabilitation du bâtiment « ancien » qui accueillera les locaux administratifs (bureaux et salles de réunion)

Ces travaux de grande envergure ne touchent pas la capacité d'accueil de l'établissement qui sera seulement augmentée de deux lits d'hébergement de nuit, mais vise à améliorer

le confort et la sécurité de la prise en charge pour les résidents et les conditions de travail du personnel. Toutes les chambres seront individuelles et équipées de salles de bain, l'animation disposera de locaux d'activité dédiés, alors que les espaces sont actuellement communs à l'animation et à la restauration.

A l'issue des travaux, un espace conséquent sera libéré dans le bâtiment ancien et pourra être utilisé dans le cadre de la fusion pour accueillir du personnel administratif en plus de l'effectif de l'EHPAD aujourd'hui présent.

De plus, la cuisine centrale en cours de construction est une bonne amorce pour impulser une culture du *travailler ensemble*. Car il s'agit bien de la fusion d'un service logistique qui existait indépendamment dans chaque structure. Jusqu'à aujourd'hui, l'EHPAD de Semur-en-Brionnais assurait uniquement la production de repas pour ses propres besoins, soit 55 062 repas en 2011⁷¹, et le CH de Marcigny assurait, outre la production des repas de l'établissement, la vente à divers clients extérieurs (résidence pour personnes âgées de Marcigny, école de Marcigny, école de Semur-en-Brionnais). A son échelle, la mise en place d'une cuisine commune illustre les enjeux et les difficultés suscités par la fusion et permet de dégager des actions pour un projet de plus grande envergure.

Lors de l'engagement dans le projet de restructuration de Semur-en-Brionnais, la direction a choisi d'inclure la reconstruction de la cuisine et d'augmenter sa capacité de production afin de répondre à la demande auparavant adressée aux deux établissements. En effet, la cuisine de Marcigny est vétuste, difficile d'accès pour les livraisons et il devient de plus en plus difficile de respecter la réglementation en terme d'hygiène et de sécurité. L'opportunité d'une remise aux normes est donc saisie et le choix est fait de la reconstruire à Semur-en-Brionnais, avec l'aménagement d'une cuisine relai à Marcigny chargée du réchauffage des plats.

Ce projet a été anticipé puisque la direction commune avait permis la mutualisation du poste de maître-ouvrier responsable des deux cuisines et du poste de diététicienne ; les menus étaient donc identiques et bien que les équipes soient différentes, le responsable travaillait de concert avec la diététicienne sur les deux structures. Ce rapprochement a permis de mettre en place des pratiques communes et de faciliter le travail sur le dossier d'agrément nécessaire à l'ouverture de la nouvelle cuisine.

Cependant, des réticences demeurent : l'équipe de Marcigny se sent dépossédée de son travail et celle de Semur-en-Brionnais appréhende l'augmentation conséquente de la production qui sera de 500 repas par jour. De plus, ce projet implique l'achat de nouveaux

⁷¹ Rapport d'activité 2011 de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais

équipements et une nouvelle organisation du travail pour la nouvelle équipe qui rassemblera l'ensemble du personnel des cuisines actuelles.

En la matière, il a été pertinent d'anticiper la mise en œuvre de ce projet en mutualisant les postes qui pouvaient l'être. Le choix de la direction a été de ne pas imposer de fonctionnement-type pour l'organisation du travail mais de laisser l'équipe le gérer avec pour consigne la polyvalence de chacun sur la cuisine centrale et sur la cuisine-relai. Ainsi, aucun personnel ne sera affecté sur l'une ou l'autre mais un roulement devra être organisé. Une fois ce cadre posé, une formation a été planifiée pour se dérouler le long de l'année 2013 afin d'accompagner l'ensemble du personnel à l'utilisation de ses nouveaux locaux. Le choix de la direction de promouvoir cette autonomie est pertinent dans la mesure où, tout en fixant un cadre et des règles minimales, l'équipe peut s'approprier ses nouvelles conditions de travail.

Cette souplesse dans l'accompagnement donne de bons résultats et montre qu'au-delà de leurs différences dans leur quotidien de travail, les équipes sont capables de se rassembler et d'œuvrer ensemble dans un projet commun.

3.2.2 La mobilisation du personnel autour du projet de travaux de Marcigny pose la question du point de départ à donner au projet de fusion

Le CH de Marcigny, s'il est plus récent que l'EHPAD de Semur-en-Brionnais, fait l'objet depuis plusieurs années d'un questionnement autour de sa réhabilitation. Des contraintes architecturales ont été constatées, légitimant la volonté des directeurs successifs et des élus de défendre auprès de l'ARS un projet de reconstruction :

- L'organisation pavillonnaire et les liaisons par l'extérieur qu'elle entraîne cloisonnent les bâtiments et entraînent les difficultés de gestion développées précédemment.
- Si l'EHPAD est récent, le bâtiment Val d'Arconce abritant le service SSR est vétuste et le manque de place est inconfortable pour le personnel et les patients.

Depuis plusieurs années, élus, personnels et directeurs se mobilisent pour faire reconstruire tout ou partie de l'hôpital et pallier les difficultés liées à ces contraintes architecturales. Or, si cette reconstruction devait au départ relever du plan hôpital 2012, les contraintes financières ont gelé les projets de la région et le dossier a été repoussé. Une réflexion s'est de nouveau engagée pour faire émerger un projet moins ambitieux dont la mise en œuvre devrait voir le jour en 2013.

La forte mobilisation autour de ce projet montre l'engagement de l'ensemble des acteurs de l'établissement et pose la question de la pertinence de lancer concomitamment le projet de reconstruction avec le projet de fusion.

Si l'hypothèse d'une fusion-absorption était maintenue, les enjeux politiques seraient considérablement plus sensibles pour l'EHPAD de Semur-en-Brionnais, rendant plus judicieux d'attendre la fin des travaux de l'EHPAD pour entamer la fusion.

En revanche, mener parallèlement la fusion et la reconstruction de l'hôpital peut être un vecteur d'adhésion des personnels autour du projet. Si la communication est bien menée et si les équipes sont préparées, la perspective d'œuvrer ensemble pour la création d'un établissement plus important et rénové peut être un moteur pour les projets. Il s'agit là d'une perspective ambitieuse qui nécessite autant sinon plus de travail de préparation stratégique que de mise en œuvre opérationnelle. Car mener ces deux projets de front ne doit pas avoir pour conséquence de noyer les personnels dans la réorganisation du travail, les risques principaux étant de faire surgir le « complexe du loup et de l'agneau »⁷², que les agents de Semur-en-Brionnais se sentent abandonnés dans le rattachement de leur établissement à l'hôpital, et d'entraîner une perte de repères pour les agents de Marcigny.

L'ensemble des risques ainsi identifiés, les solutions proposées appellent à la mise en place d'outils d'accompagnement de la conduite du changement qu'est l'impulsion d'une fusion. Ces outils sont fonction d'une dimension essentielle dans la conduite de projet : la prise en compte de l'identité des établissements concernés.

3.3 Une culture de rapprochement à impulser et des outils de conduite de projet à utiliser

3.3.1 Travailler ensemble, des identités culturelles distinctes nées de l'existence de projets propres à chaque structure

La culture des établissements est très liée à la fonction qu'ils exercent et à leur histoire. Comme cela a été expliqué lors de la présentation des établissements en première partie, l'EHPAD de Semur-en-Brionnais se caractérise par l'accueil d'une population moins dépendante, originaire du canton ou des communes limitrophes et dont le choix de résider dans cet établissement relève d'un projet de rapprochement familial et de maintien des liens sociaux.

⁷² RAIKOVIC M., octobre 2000, « Les fusions d'établissements », *Décision santé*, n° 165, p 16.

Bien que l'établissement soit conventionné EHPAD, il intègre pleinement ces particularités dans son fonctionnement. La durée de séjour des résidents, qui peut dépasser 10 ans, la fidélité du personnel administratif et soignant dont certains travaillent dans l'établissement depuis plus de 20 ans participent à ce climat particulier, dans lequel chacun trouve sa place, et contribue à la construction de l'identité de la structure. Les résidents participent ainsi à la vie quotidienne de l'établissement en aidant par exemple à mettre le couvert pour les repas.

A Marcigny comme à Semur-en-Brionnais, une forte appartenance à l'établissement de la part du personnel est constatée. Il y a peu de mobilité parmi les soignants comme les personnels administratifs, conséquences du peu d'offres d'emploi de ce bassin rural. Ce manque de mobilité a pour contrepartie un engagement fort des agents pour leur établissement.

Il est ici intéressant de s'attarder sur la démarche d'évaluation qui a été lancée dans l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et poursuivie dans celui de Marcigny à quelques mois d'intervalle car les réactions ont été très différentes.

En janvier 2012, la première évaluation interne de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais a été lancée. L'une de mes missions de stage consistait à préparer cette démarche avec la qualitiennne et à animer certains des groupes de travail, ce qui m'a permis de mesurer la perception des personnels de leur travail et d'observer leur investissement par rapport à leur quotidien. Nous avons fixé un calendrier précis en prévoyant d'expliquer la démarche au personnel en février avec un appel à volontaires pour constituer les groupes qui travailleraient sur le référentiel que nous avons créé, et une remise des travaux fin juin. L'impulsion de ce projet et sa mise en œuvre reposait sur le travail effectué en amont avec la qualitiennne, mais également sur son appropriation par le personnel, véritable vecteur de cohésion et de cohérence dans l'autoévaluation des pratiques et du milieu de travail.

Nous avons été surprises de constater l'engouement suscité par cette démarche auprès des personnels ; la quasi-totalité d'entre eux s'est portée volontaire pour participer aux groupes de travail et les réunions ont montré l'appropriation par les agents du référentiel que nous avons créé et de la procédure d'évaluation comme un outil d'amélioration possible de leurs conditions de travail.

Concomitamment, au sein de l'EHPAD du CH de Marcigny, a eu lieu la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) faisant suite au diagnostic ressortant de l'évaluation interne réalisée en 2009. Le lancement des groupes a été beaucoup plus difficile du fait de la résistance du personnel à la mise en œuvre de ce qui a pu être considéré comme un projet de la direction seule.

La moindre appropriation par les agents de leur outil de travail et leur plus faible investissement doit s'analyser non comme un manque de professionnalisme de leur part mais par un rapport différent à leur milieu de travail.

La culture professionnelle qui permet d'œuvrer ensemble vers un même but et pour l'amélioration d'un quotidien collectif est très différente dans ces deux établissements, pourtant géographiquement proches et habitués à travailler ensemble.

Ces exemples montrent qu'imposer une fusion et un brassage des personnels trop brutal serait une erreur stratégique et risquerait de braquer les agents contre cette décision qui nécessite diplomatie et adhésion, et qui appelle à un accompagnement humain pour contrer le risque d'acculturation qui menace la mise en œuvre de la fusion.

3.3.2 Accompagner le changement : anticiper les risques et mettre en place des outils de suivi de la conduite du projet

A) La nécessaire analyse préliminaire des risques

Comme tout projet, et d'autant plus que celui-ci va remettre en cause l'identité des établissements, la fusion suppose un diagnostic préalable formalisé afin de poser les bases de la légitimité du projet et de défendre son bien-fondé auprès des élus et des financeurs⁷³. Comme cela a été expliqué tout au long de ce mémoire, la fusion doit être l'occasion de lancer d'autres coopérations et de budgéter des postes non pourvus jusqu'à aujourd'hui. Un diagnostic des besoins de la population, de l'offre présente sur le territoire, des flux de patients est donc indispensable pour lancer ce projet.

Il est ici possible de se référer à la notion de système développé par Alain Desroches dans *L'analyse préliminaire des risques-principes et pratiques*⁷⁴ pour définir le périmètre dans lequel les risques devront être identifiés. En effet, l'ensemble des activités relatives à la mise en œuvre du projet doivent être circonscrites et faire l'objet de cette analyse, depuis la définition du cadre stratégique jusqu'à l'évaluation des résultats obtenus en passant par la définition des modalités opérationnelles.

⁷³ ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Paris : ANAP, 87 p.

⁷⁴ DESROCHES A., BAUDRIN D., DADOUN M., 2009, *L'analyse préliminaire des risques-principes et pratique*, Paris : Lavoisier, 311 p.

Cette analyse doit aboutir à la réalisation d'une cartographie des risques qui, reprenant de façon thématique les dangers potentiels, doit alerter les acteurs sur les risques les concernant et sur le degré de criticité du danger.

Cet outil relève de la phase préliminaire à la mise en œuvre de la fusion et pourrait être construit par un groupe de travail pluridisciplinaire composé de :

- La directrice
- La référente qualité-gestion des risques
- Le président de la CME
- Un adjoint des cadres de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais
- L'adjoint des cadres du CH de Marcigny
- Les cadres de santé des deux établissements

Une cartographie des risques propres à la fusion pourra ainsi être construite en s'appuyant sur celle proposée par Alain Desroches⁷⁵. Adaptée à la situation des établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais, cet outil permet d'identifier les événements potentiellement dangereux pour la mise en œuvre de la fusion et d'en anticiper les solutions.

B) Le calendrier prévisionnel et les instances *ad hoc*

Même légitime et officialisé par les tutelles, la fusion est un changement qui bouleverse le quotidien des structures concernées. Le directeur est dans une position stratégique qui fait de lui l'interlocuteur central de l'ensemble des acteurs et il lui appartient de ce fait de mettre en place les outils de gestion et de management nécessaires pour contrer les incertitudes et les réticences qui pourraient déstabiliser la conduite du projet.

Il est en l'occurrence important de présenter la marche à suivre aux équipes par le biais d'un calendrier prévisionnel permettant de baliser dans le temps les différentes étapes de la fusion⁷⁶. Le respect de ce calendrier se fera à l'aide de la création d'instances *ad hoc*, chargées de faire vivre le projet. Outre la prévision d'un diagnostic formalisé approfondi sur les besoins de la population, les atouts et les limites des établissements et leur place sur le territoire afin de légitimer le projet auprès des acteurs, ce calendrier reprendra la procédure de la fusion et fixera des échéances afin de baliser la conduite du projet dans sa globalité.

⁷⁵ DESROCHES A., BAUDRIN D., DADOUN M., 2009, *L'analyse préliminaire des risques-principes et pratique*, Paris : Lavoisier, 311 p.

⁷⁶ Voir annexe 5

Parmi ces instances, la mise en place d'un comité de pilotage semble indispensable pour impulser les orientations stratégiques du projet et valider l'avancée des travaux des groupes au fur et à mesure. Ce comité se composerait de la directrice, des cadres, de représentants du personnel de deux structures et du président de la CME

De plus, la formation de groupes de travail pour réfléchir à la réorganisation des services est un bon outil de gestion et un vecteur de fédération des personnels autour d'un projet commun. L'attachement des agents à leur établissement qui a pu se révéler lors de la conduite de l'évaluation de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais ou dans la promotion du projet de reconstruction de Marcigny doit être respecté et utilisé comme moyen de cohésion et d'association des personnels. En leur donnant concrètement les moyens de maîtriser une part de l'évolution qu'implique la fusion pour leur travail quotidien, la direction s'assure de puiser dans les ressources des établissements pour parer les éventuelles difficultés. Ces groupes thématiques comprenant des membres du personnel des deux structures mettraient en commun l'expérience de leurs membres pour proposer au comité de pilotage la réorganisation d'un service ou la mise en place de nouvelles procédures.

C) S'appuyer sur les acteurs des structures

La mise en œuvre d'une fusion appelle à utiliser la notion de pouvoir telle qu'elle est développée par Friedberg dans *L'analyse sociologique des organisations*⁷⁷. Les acteurs qui permettent le fonctionnement des établissements agissent en interdépendance et doivent jouer de compromis pour mener à bien des projets communs. Dans cet objectif commun, chacun a quelque chose à apporter, une compétence à mettre au service du collectif. Selon Friedberg, les acteurs agissent selon une stratégie rationnelle contingente qui pousse chacun à rechercher la solution la plus satisfaisante selon les circonstances et ses capacités.

Lors par exemple de la constitution des groupes de travail thématiques, le directeur devra utiliser le concept de « leader informel »⁷⁸ afin de s'appuyer sur des acteurs de terrain et de les responsabiliser comme relai entre la direction et le personnel.

Ceci est particulièrement vrai dans le cas présent où la direction commune entraîne une moindre présence du directeur sur le site de Semur-en-Brionnais et donc une plus grande délégation de pouvoirs et de compétences à l'adjoint des cadres. Il s'agit là d'un acteur essentiel qui au-delà du pouvoir hiérarchique de son grade dispose d'un réel potentiel de

⁷⁷ FRIEDBERG, E., 1988, *L'analyse sociologique des organisations*, revue POUR, n°28, Paris : l'Harmattan, 126 p.

⁷⁸ FRIEDBERG, E., 1988, *L'analyse sociologique des organisations*, revue POUR, n°28, Paris : l'Harmattan, p 20.

par sa connaissance du terrain et sa position comme référent pour l'ensemble des agents. Saisir cette opportunité peut être un réel atout pour la direction qui disposera dès lors de personnes-ressources au-delà de l'autorité conférée par l'organigramme officiel.

Si l'appui des tutelles est un aval indispensable, les actions concrètes relèvent de la direction avec le concours des élus, particulièrement en zone rurale. La petite taille des communes de Marcigny et de Semur-en-Brionnais et le fait que la plupart des agents résident dans ce bassin permet aux élus de bien connaître la population et d'être des interlocuteurs directs pour les agents. Ils participent à la construction de cet état d'esprit indispensable à la conduite du changement et doivent être convaincus de la nécessité de la fusion sous peine de risquer d'attiser les inquiétudes des agents et de voir ressurgir les velléités individuelles et bloquer le projet collectif.

Enfin, le respect du rôle des instances et l'implication du corps médical est une condition *sine qua non* pour la réussite du projet. Même si la fusion peut ne pas modifier la base du fonctionnement actuel de la prise en charge médicale, si les possibilités en termes de recrutements et de mutualisation de personnel médical et paramédical se concrétisent, il est indispensable d'avoir anticipé l'arrivée de ces nouveaux personnels et leur intégration dans l'équipe.

3.3.3 Quel mode de management ?

Le changement qu'est la fusion appelle pour le directeur à faire travailler de concert l'ensemble de ses personnels vers un même objectif. Or cette dynamique n'est pas naturelle, les agents, acteurs de l'organisation qu'est l'établissement poursuivent des buts propres, pas forcément compatibles avec le changement que veut impulser la direction ; l'ambition professionnelle de certain d'évoluer dans la hiérarchie peut être contradictoire avec la réorganisation de l'organigramme après la fusion. Au contraire, le souhait d'agents de conserver leur temps partiel peut se heurter à la nécessaire augmentation du temps de travail du poste qu'occupe cet agent.

De plus, la question du mode de management pose invariablement la question de la communication à mettre en œuvre autour du projet et selon ses interlocuteurs. En la matière, «le but est de trouver un équilibre, d'une part entre le désir de prendre la température des terrains et celui de ne pas être submergé par les pressions de lobbies

divers»⁷⁹. Que le projet de fusion soit impulsé par un directeur de son initiative ou bien que celui-ci ne soit que le vecteur de transmission d'un choix stratégique élaboré par les tutelles, la communication et les relations entre les différents acteurs conditionne en grande partie la réussite de ce projet.

En l'occurrence, le choix de réfléchir à un projet de fusion émanait de la direction après une suggestion de l'ARS demandant de réfléchir à la pertinence d'un tel projet. Le diagnostic de la situation des établissements, tant en interne qu'en externe fait apparaître la diversité des enjeux concernés par une fusion et l'appui des tutelles semble indispensable pour donner vie au projet. Le rôle du directeur est ici de donner la parole aux acteurs concernés en ayant conscience que le pouvoir de chacun est autant de potentiel à utiliser comme ressource en faveur de projet mais peut aussi être utilisé par son détenteur pour s'y opposer.

L'impulsion d'une fusion est un projet qui se prépare, la transparence et l'association des personnels comme des élus étant un levier d'anticipation des difficultés et des conflits.

Il est dès lors essentiel de savoir communiquer à ses équipes le bien-fondé de la fusion comme outil d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers. Les économies d'échelle, la mutualisation des moyens peuvent être mis en avant pour convaincre élus et tutelles qui perçoivent l'établissement dans son environnement. Chacun doit pouvoir retrouver les valeurs auxquelles il est attaché. Le directeur doit dans son management, savoir toucher les agents de façon individuelle pour que chacun se sente personnellement investi comme acteur dans la conduite du projet collectif.

La communication accompagne toutes les phases du projet, depuis le diagnostic jusqu'à la mise en œuvre opérationnelles du cahier des charges. Il peut ici être pertinent de définir un plan de communication précisant la façon dont les informations seront données aux différents acteurs : tutelles, élus, médias, personnels, en fonction des intérêts de chacun au projet et des risques que le pouvoir de ces acteurs peut faire naître. Ainsi, il sera essentiel de communiquer aux tutelles sur l'avancée des travaux et sur les résultats obtenus. De même, la conduite du projet devra être transparente vis-à-vis des élus qui en zone rurale, connaissent le personnel des établissements.

⁷⁹ MOSSE P., GERVASONI N., KERLAU M., 1999, *Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégie*, Mission Interministérielle Recherche Expérimentation, p 27.

PLAN DE COMMUNICATION		
DESTINATAIRES	OBJECTIF	COMMENT
Tutelles	Suivi de l'avancée des travaux et résultats obtenus	Compte-rendu semestriel de l'avancée des travaux de groupes
Elus	Transparence de l'avancée du projet	Objet à l'ordre du jour des instances et réunions thématiques hors instances
Personnels	Maintenir l'adhésion des personnels et désamorcer les craintes que peut susciter le projet	Utilisation des journaux internes des établissements
Médias	Maitriser en amont les informations données par les médias et informer les autres établissements du projet	Conférence de presse donnée lors du lancement du projet

Conclusion

Harmoniser l'offre de soins sur le territoire, lier la stratégie sanitaire à la gestion de l'offre, améliorer la qualité et la sécurité des soins sont autant d'objectifs dont la noblesse ne doit pas faire perdre de vue les réalités du terrain. Si la fusion est un outil de rationalisation des coûts et d'amélioration du service rendu, sa mise en œuvre suppose un diagnostic approfondi du terrain car elle ne résout pas toutes les difficultés de gestion. Un rapport de l'inspection générale de l'action sociale (IGAS) publié en mars 2012 dresse un bilan mitigé des fusions réalisées les quinze dernières années et pointe les échecs de ces projets concernant les établissements de court séjour à répondre aux objectifs qui avaient été mis en avant pour légitimer leur mise en œuvre : « en théorie en effet, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité et réalise des économies d'échelle. Cet effet positif d'une augmentation de la taille est particulièrement établi pour les plus petits établissements (inférieurs à 300 lits) [...] De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantage»⁸⁰.

Si la fusion de structures déjà importantes en taille, situées dans des bassins de vie différents et ne donnant pas lieu à une reconstruction peut entraîner des surcoûts et des dysfonctionnements, il en va différemment de la fusion d'établissements de petite taille pour lesquels cette restructuration peut réellement s'avérer bénéfique.

Dans les cas des établissements de Marcigny et Semur-en-Brionnais, le maintien de deux sites permet de maintenir l'offre de proximité, essentielle en milieu rural, et l'existence d'un établissement unique, d'achever les mutualisations que la direction commune avait amorcé dans son principe.

La méthodologie choisie, l'accent mis sur la dimension comparative des projets de fusion conduits par d'autres directeurs, m'a permis de percevoir la nature des enjeux et des difficultés rencontrés par chacun. Si, globalement, des points de ressemblance ressortent, je ne peux que déduire des entretiens menés, l'originalité et la singularité de chaque projet. Si les risques de réticences du personnel, les enjeux politiques, la rationalisation administrative reviennent régulièrement dans le débat, aucun établissement n'anticipera le projet de la même façon. Les préconisations et les outils proposés dans ce mémoire pour fusionner le CH de Marcigny et l'EHPAD de Semur-en-Brionnais sont donc propres à ces structures.

⁸⁰ LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P-Y., BONNET J-L., mars 2012, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, Paris : IGAS, p 4.

Toutefois, le fait que le projet ne soit pas encore officiellement impulsé limite la projection d'actions précises. En effet, le calendrier définitif ne pourra par exemple être établi qu'après un dialogue entre la direction, les élus et les tutelles.

Les hypothèses présentées en introduction ont pu être vérifiées et des réponses ont été apportées :

- Si la direction commune est une bonne amorce pour anticiper la fusion, elle est insuffisante à la réalisation d'une refonte des services et à la création d'un nouvel interlocuteur sur le territoire de santé, ce que permet la fusion.
- Le contexte démographique actuel et les besoins de la population du bassin appelle à la création d'un établissement de référence, tant pour le recrutement ou la mutualisation de professionnels de santé que pour mener de front l'objectif de maintien des structures de proximité.
- En fusionnant les deux structures, il est possible d'améliorer la qualité des soins rendus aux personnes âgées en mutualisant les outils de gestion des risques et en œuvrant pour une meilleure coordination du parcours de soins des usagers. La fusion ne doit pas entraîner une désorganisation de ces parcours mais au contraire être l'opportunité de redéfinir l'intervention des acteurs de santé.
- Conduire une fusion signifie conduire un changement qui touche à l'identité d'un établissement auquel s'identifient les personnels. Il convient donc de le préparer en mettant en place les outils adéquats.

Les préconisations apportées peuvent se résumer ainsi :

- Attendre la fin des travaux de Semur-en-Brionnais et profiter de l'opportunité des travaux de Marcigny pour impulser le projet
- Anticiper la fusion en exploitant au maximum les possibilités qu'offrent la direction commune et les projets en cours pour amorcer la culture du « travailler ensemble »
- Mettre en place des outils pour formaliser le suivi du projet (calendrier, cartographie des risques, lettres de mission)
- Profiter de la fusion pour ouvrir l'établissement sur l'extérieur en développant des partenariats avec les établissements alentours

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de l'action sociale et des familles

Code de la santé publique

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 3 janvier 1971.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991.

Ordonnances du 24 avril 1996. Journal officiel, 25 avril 1996.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.

Ouvrages

CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., 1998, *Coopération hospitalière - L'épreuve de vérité*, 1^{ère} édition, Paris: Masson, 170 p.

DESROCHES A., BAUDRIN D., DADOUN M., 2009, *L'analyse préliminaire des risques-principes et pratique*, Paris : Lavoisier, 311 p.

FRIEDBERG, E., 1988, *L'analyse sociologique des organisations*, revue POUR, n°28, Paris : l'Harmattan, 126 p.

LIEVRE P., 2006, *Manuel d'initiation à la recherche en travail social, construire un mémoire professionnel*, 2^e édition, ENSP, Rennes, 154 p.

MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N., TORRIELLI R., 2011, *L'hôpital en réanimation*, Paris : Editions du Croquant, 368 p.

Articles de périodiques

AUSSERRE F., octobre 1999, « Les fusions, mode d'emploi », *Décision santé*, n°149, pp. 24-25.

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

CALMES G., DEHAINES J.-B., janvier-février 2012, « Fusion juridique des établissements publics de santé, en 2012-De la théorie à la pratique », *Revue hospitalière de France*, n°544, pp. 60-63.

CALMES G., LEFRANC L., octobre 2000, « Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 », *Gestions Hospitalières*, n° 399, pp. 584-589.

CLEMENT, J.-M., décembre 2008, « La saga des réformes hospitalières », *Le bulletin juridique du praticien hospitalier*, n°113, pp. 1-8.

FORCIOLI P., juin-juillet 2003, « Quand l'hôpital s'organise - Analyse sociale d'une fusion d'hôpitaux », *Gestions Hospitalières*, n°427, pp. 468-472.

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

KOURILSKI F., avril 1999, Comment ne pas bloquer le changement ? », *Gestions Hospitalières*, n°385, pp. 266-267.

LUCAS A., SACCO M.-T., CHEROUTRE S., et al. « Accompagner les restructurations- Carnet de route », *Gestions Hospitalières*, n°385, pp.261-265.

RAIKOVIC M., octobre 2000, « Les fusions d'établissements », *Décision santé*, n° 165, pp. 13-20.

Rapports

ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Paris : ANAP, 87 p.

ARS Bourgogne, juillet 2010, *STATISS de la santé et du social*, Dijon, 34 p.

BRION D., octobre 2007, *Les professions de santé en Bourgogne-Situation démographique au 1er janvier 2007*, Dijon : DRASS de Bourgogne, 43 p.

BRION D., juin 2009, *Les établissements pour personnes âgées en bourgogne*, Dijon : DRASS de Bourgogne, 47 p.

LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P.-Y., BONNET J.-L., mars 2012, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, Paris : IGAS, 273 p.

MOSSE P., GERVASONI N., KERLAU M., 1999, Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégie, Mission Interministérielle Recherche Expérimentation, 72 p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE, juillet 2010, *Portrait socio-sanitaire du pays Charolais-Brionnais en vue de la mise en place d'un diagnostic et d'un projet de santé*. Dijon, 23 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde- Pour un système de santé plus performant*, Genève : OMS, 248 p.

PETIGNY A, LEMERY B., MILLOT I., et al. septembre 2010, *Vieillesse et santé en Bourgogne*, Dijon : Observatoire régional de la santé, 52p.

Thèses et mémoires

DEFOUR J.-M., 1999, *Le projet de fusion entre un hôpital local et une maison de retraite - analyse stratégique et enjeux de la démarche de rapprochement entre l'hôpital local de Grandris et la maison de retraite de Letra*, Mémoire : ENSP, 81 p.

MONIER M., 2009, *La direction commune, une étape vers la fusion ? Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault*, Mémoire : EHESP, 54 p.

Sites internet

DICTIONNAIRE DU DROIT PRIVE DE SERGE BRAUDO. Définition de fusion et scission. [visité le 8.03.2012], disponible sur internet : <http://dictionnaire-juridique.com/definition/fusion-et-scission.php>

UNIVERSITE DE SHERBROOKE, Statistiques-Lits d'hôpitaux (par 1000 habitants). [visité le 15.05.2012], disponible sur internet : <http://perspective.usherbrooke.ca>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Les schémas régionaux d'organisation des soins. [visité le 21.07.2012], disponible sur www.gouv.sante.fr

Autres

Schéma régional de l'organisation des soins 2012/2017 de Bourgogne

Projet régional de santé de Bourgogne 2012-2016, octobre 2011, volet « soins de suite et de réadaptation »

Projet d'établissement 2010-2015 de l'EHPAD Bouthier de Rochefort de Semur-en-Brionnais

Projet d'établissement 2009-2013 du Centre Hospitalier de Marcigny

Rapport du directeur 2011 du Centre Hospitalier de Marcigny

Rapport d'activité 2011 de l'EHPAD Bouthier de Rochefort de Semur-en-Brionnais

Liste des annexes

Annexe 1 : Convention de direction commune

Annexe 2 : Organigramme du CH de Marcigny, de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et organigramme prévisionnel du nouvel établissement

Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des personnes ressources

Annexe 5 : Calendrier prévisionnel de mise en œuvre de la fusion

CONVENTION DE DIRECTION COMMUNE

Entre la Maison de Retraite Bouthier de Rochefort sise à SEMUR en BRIONNAIS (Saône & Loire), et représentée par M. FRAISSÉ, Président du Conseil d'Administration, d'une part

et

L'Hôpital Local de Marcigny (Saône & Loire), représenté par Monsieur POPELIN, Président du Conseil d'Administration, d'autre part

En raison de la proximité des deux établissements situés sur le même bassin gérontologique et en vue d'instaurer une synergie dans la gestion,

Vu les délibérations des Conseils d'Administration des deux établissements signataires :

- ✦ La Maison de Retraite de Semur en Brionnais, en sa séance du 03 février 2004
- ✦ Hôpital Local de Marcigny en sa séance du 30 janvier 2004

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1^{er}. Une direction commune est mise en place entre la Maison de Retraite de Semur en Brionnais et l'Hôpital Local de Marcigny et est confiée à un Directeur d'établissement sanitaire et social dont le poste est à affecter à l'Hôpital Local de Marcigny

Article 2. Les deux établissements ci-dessus, bien que placés sous une direction commune, conservent chacun leur personnalité juridique et leur autonomie financière.

Article 3 : Le Directeur exercera les prérogatives dues à sa fonction dans le cadre de la réglementation en vigueur : le Directeur est responsable de la bonne marche des établissements dont il assure la gestion administrative et financière. Il est ordonnateur des dépenses. Représentant l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile, il assure la préparation et coordonne la mise en œuvre des délibérations du Conseil d'Administration des établissements.

Article 4 : Le poste de directeur d'établissement sanitaire et social de Semur en Brionnais est transformé en poste d'attaché(e) d'administration hospitalière à affecter à la Maison de retraite de Semur en Brionnais pendant la durée de la convention de direction commune.

Article 5 : La présence hebdomadaire du Directeur sera répartie équitablement et en fonction des besoins entre les deux établissements.

Article 6 : La maison de retraite de Semur en Brionnais remboursera une partie du traitement du directeur calculée au prorata des lits installés.

Article 7 : les frais de formation, de représentation, ainsi que les déplacements occasionnés par la fonction, seront répartis entre les deux établissements, selon la réglementation applicable dans la fonction publique hospitalière.

Article 8 : Le matériel acheté dans le cadre de l'exercice de la direction commune : téléphone portable, ordinateur, abonnements... sera réparti entre les deux établissements.

Article 9 : dans le cadre de cette direction commune, des actions de coopération pourront être envisagées : moyens humains, formation, rapprochement de services dans les domaines managérial, technique, logistique ou mise en commun de matériel. Ces dispositions feront alors l'objet d'un avenant à la convention.

Les présentes dispositions de la convention entrent en vigueur à la date de nomination du directeur par arrêté ministériel.

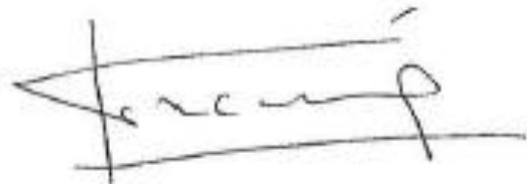
Elle ne pourra être dénoncée par chacun des établissements contractants qu'en cas d'évaluation négative de la réalisation des objectifs prédéfinis.

Fait à Marcigny, le 25 Mars 2004

Pierre POPELIN

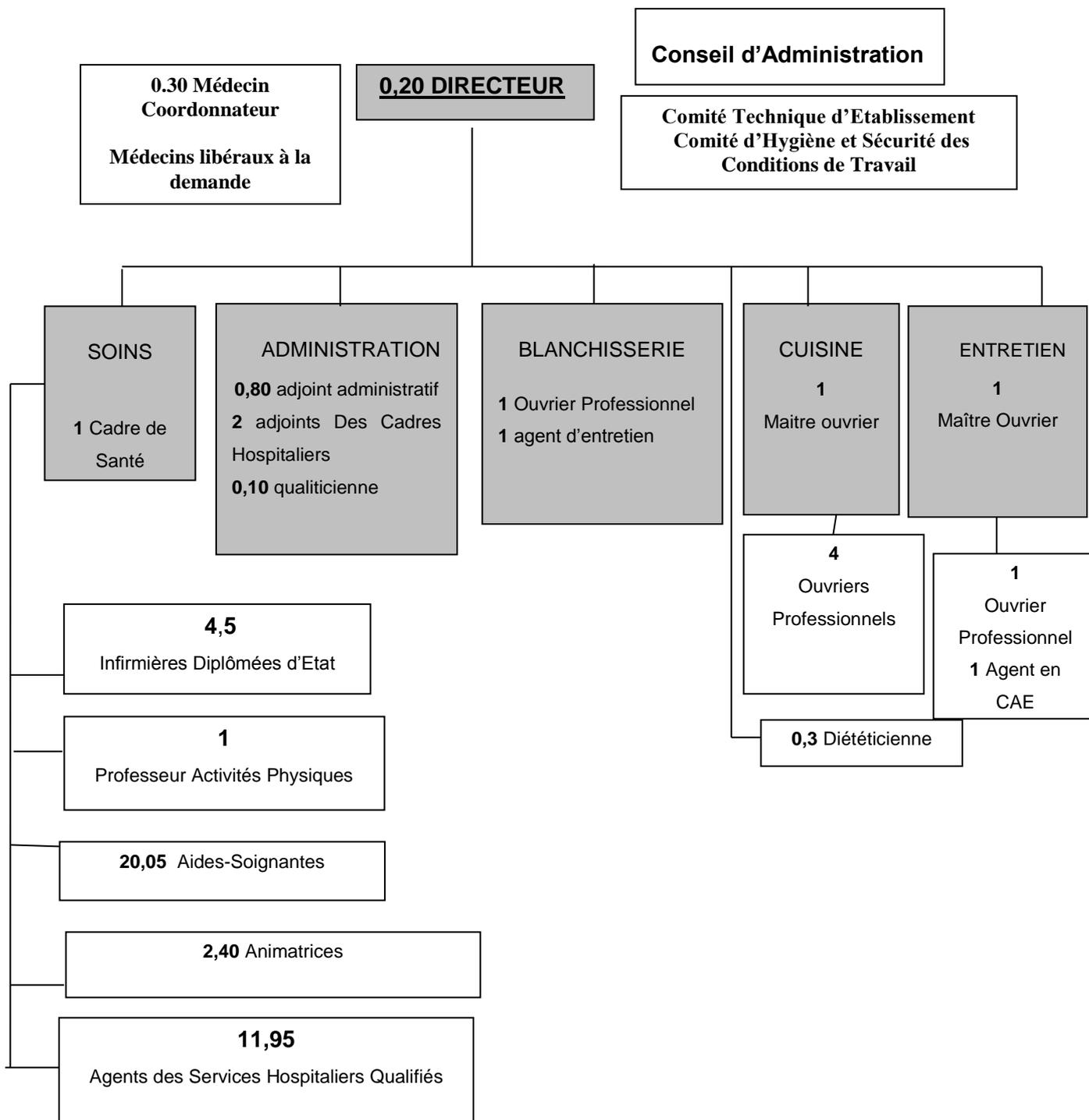


Jean Claude FRAISSÉ



Annexe 2 : Organigramme du CH de Marcigny, de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais et organigramme prévisionnel du nouvel établissement

EHPAD de Semur-en-Brionnais



CH de Marcigny

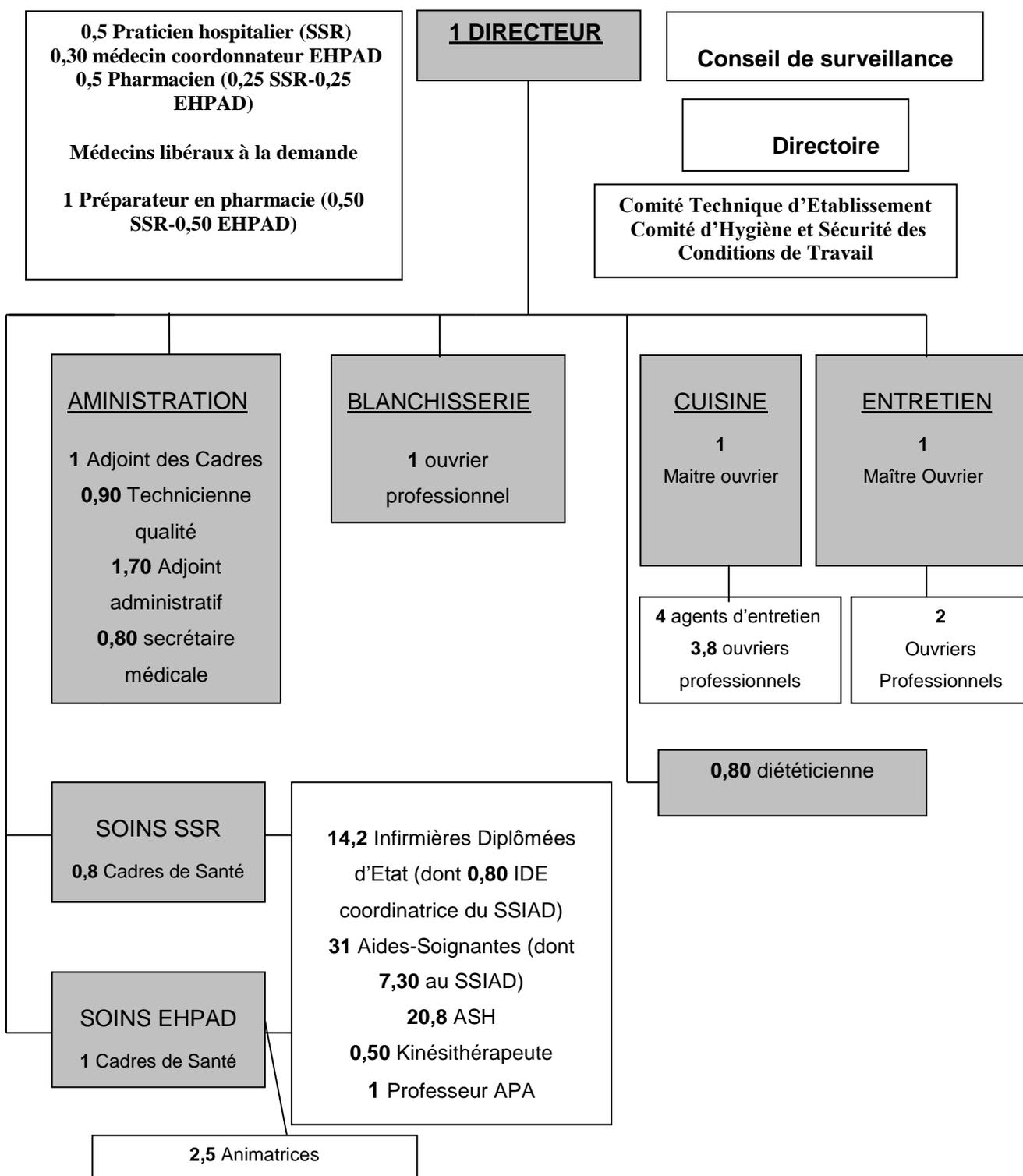
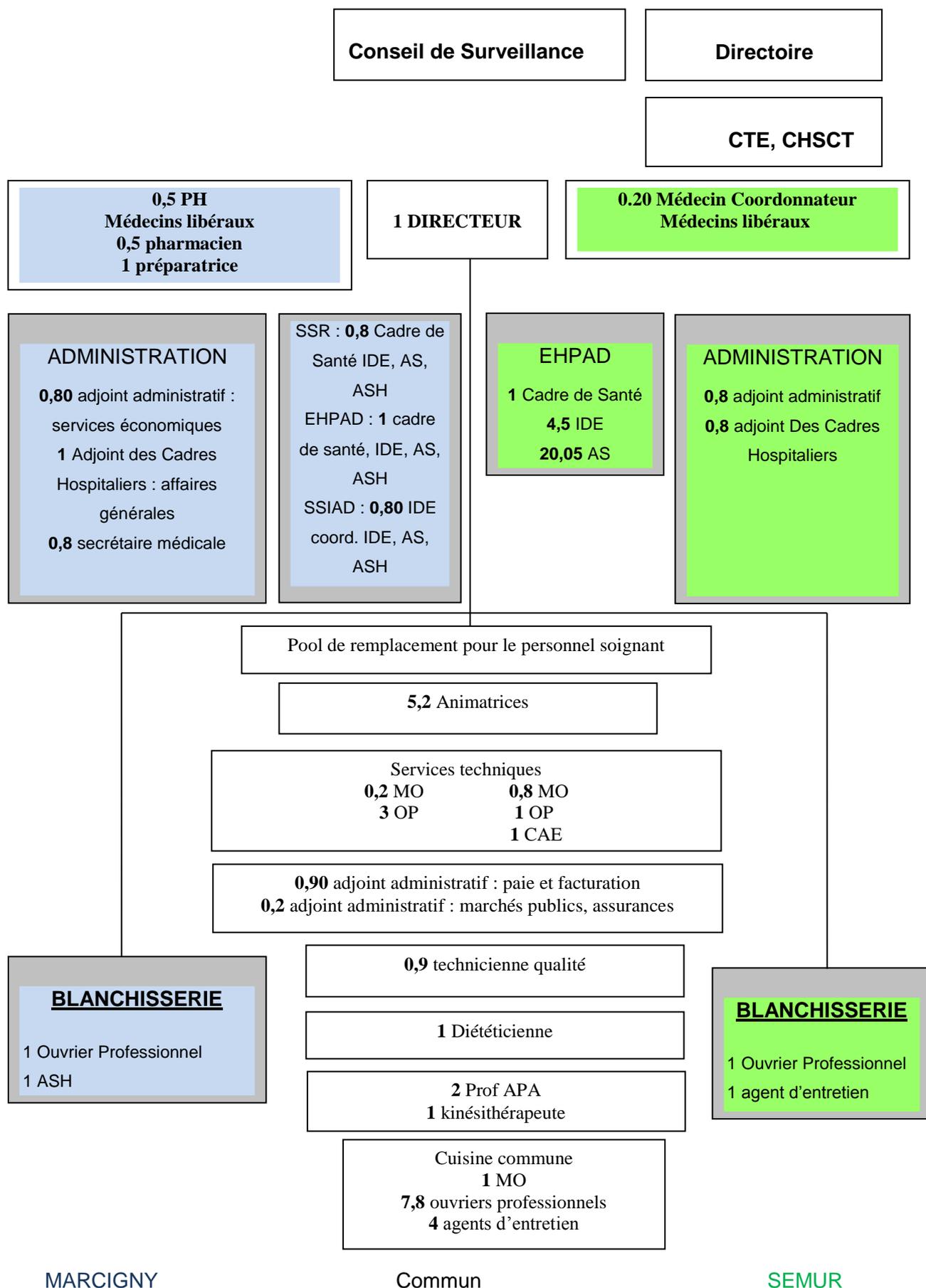


Tableau des effectifs possible du nouvel établissement :



Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif

Objectifs de l'entretien:

L'objectif de ces entretiens était d'identifier les étapes et les enjeux de projets conduits pour des établissements situés sur des territoires différents (même si majoritairement en zone rurale) mais de capacité semblable afin d'établir des comparaisons avec la situation de Marcigny et de Semur-en-Brionnais.

En recueillant les résultats de fusions, en cours ou abouties, j'ai pu soulever des similitudes et des divergences quant à la façon dont le projet était conduit et établir des préconisations à la lumière de ces retours d'expérience.

Consigne initiale :

Expliquer ce qui a amené à choisir ce mode de coopération et quels ont été les enjeux de la fusion pour les établissements concernés.

Liste de questions :

Présentation du contexte	L'ARS a-t-elle imposé des regroupements ? L'établissement est-il isolé ou existe-il des conventions de partenariat ? Comment l'hôpital est-il situé sur son territoire : (relations avec les établissements MCO, caractéristiques de la patientèle accueillie)
Présentation des établissements	Une direction commune était-elle en place ? Capacité, contexte social des établissements
Procédure de la fusion	Durée totale de mise en œuvre du projet Quelles en ont été les étapes ? Des difficultés particulières ont-elles surgit lors du vote des instances ?
Retour d'expérience	<i>A posteriori</i> , quels sont les avantages et limites, territorialement et en interne, de la fusion ? Quels ont été les impacts sur la qualité de la prise en charge, sur l'organisation administrative des établissements ?

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des personnes ressources

Personne enquêtée	Fonction	Ressources apportées
Mme Sylviane Duverger	Directrice du CH de Marcigny et de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais (71)	Entretien semi-directif Accès à la documentation des établissements de Marcigny et de Semur-en-Brionnais
Mme Karine Chauvel	Directrice de l'EHPAD de Mauron (35)	Entretien informel
Mme Pascale Delplanques	Directrice des EHPAD de Boeschepe et de Godewaersvelde (59)	Entretien semi-directif Transmission du dossier de fusion des EHPAD (délibérations des instances, contrat de fusion, arrêté de fusion)
M. Roger Dalla-Costa	Directeur de l'établissement public départemental de santé de Gorze et de l'EHPAD de Gorze (57)	Entretien semi-directif Transmission du rapport de rattachement de l'EHPAD de Gorze à l'établissement public départemental de santé de Gorze
M. Dominique Colas	Directeur CH de Lamballe (22)	Entretien semi-directif
M. Christophe Douesneau	Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)	Entretien informel Transmission de documents sur les coopérations

Annexe 5 : Calendrier prévisionnel de mise en œuvre de la fusion⁸¹

Huit mois suivants : réorganisation des équipes, formation du budget unique, rédaction du projet d'établissement commun,

Mois 8 : fusion effective, premières instances, formation de groupes de travail, information des usagers, formalisation de la fusion par l'harmonisation des documents, des en-têtes...

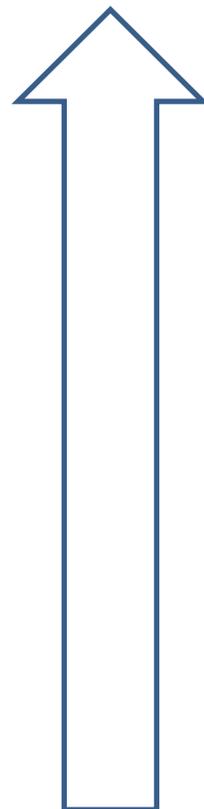
Mois 7 : harmonisation des statuts

Mois 4, 5 et 6 : recomposition des instances

Mois 3 : arrêté de fusion prenant effet au premier jour du mois 8

Mois 1 et 2 : diagnostic, vote des instances, contrat de fusion, demande de l'arrêté de fusion

En amont : présentation du projet, harmonisation des protocoles et des fiches de postes, développement des formations communes, explication de la démarche



⁸¹ Ce calendrier est inspiré de celui proposé dans l'ouvrage de CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., 1998, Coopération hospitalière - L'épreuve de vérité, 1ère édition, Paris: Masson, p 52-53.

Blanc-Fongarnand	Myrtille	Décembre 2012
DESSMS Promotion 2011/2012		
<p style="text-align: center;">Les enjeux de la fusion du Centre Hospitalier de Marcigny et de l'EHPAD de Semur-en-Brionnais</p> <p style="text-align: center;">La fusion comme stratégie de pérennisation des structures sur leur territoire et d'amélioration de leur fonctionnement</p>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p>Résumé :</p> <p>Le Centre Hospitalier de Marcigny et l'EHPAD de Semur-en-Brionnais situés dans le département de la Saône-et-Loire constituent le cadre d'investigation de ce mémoire qui vise à déterminer quels sont les enjeux d'une fusion de ces établissements. Ces derniers sont analysés dans leur dimension territoriale, mais aussi en interne afin de proposer des outils de conduite de projet adaptés au contexte.</p> <p>L'organisation d'entretiens de directeurs ayant travaillé à la mise en œuvre d'une fusion, l'observation sur le terrain et la conduite de missions autres ont permis d'établir un diagnostic de la situation.</p> <p>Le rôle du directeur et des autres acteurs concourant à la gestion des établissements est mis en avant ainsi que l'analyse des jeux de pouvoirs qui s'exercent.</p> <p>De même, la dimension stratégique territoriale est utilisée afin de déterminer les enjeux d'une fusion sur le bassin de vie des établissements et les coopérations qui pourraient naître après la création de ce nouvel interlocuteur qu'est l'établissement issu de la fusion.</p> <p>Enfin, les conséquences de la fusion sur le fonctionnement interne des établissements servent de base à la proposition d'outils pour anticiper au mieux ce changement et pallier les obstacles qui pourraient entraver sa mise en œuvre.</p>		
<p>Mots clés :</p> Fusion, Centre Hospitalier, EHPAD, stratégie, territoire, pouvoir, enjeux, mutualisation, coopération, outils		
<p style="text-align: center;"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		