

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Directeur d'hôpital

date du jury : décembre 2000

**PERSONNEL MÉDICAL
ET FUSIONS HOSPITALIÈRES :
COMMENT SUSCITER L'ADHÉSION ?**

BENARD Pascal

*« Il n'y a rien dont l'exécution est plus difficile
ou la réussite plus douteuse
ou le maniement plus dangereux
que l'instauration d'un nouvel ordre de choses. »*

Machiavel (1469-1527)

SOMMAIRE

INTRODUCTION : Fusions et concentrations, ambitions et réalités	5
PREMIERE PARTIE : De deux à un : l'arithmétique incertaine d'un centre hospitalier intercommunal	14
1) De la collaboration conventionnelle à l'élaboration d'un projet médical commun	15
A) Deux hôpitaux, deux cultures qui s'ignorent	16
B) La convergence : conventions, syndicat interhospitalier, projet médical commun	19
2) La fusion vécue par le personnel médical	22
A) Une profession, des choix, un cadre pour exercer	23
B) Dix huit mois après, souvenirs ou ressentiments ?	27
SECONDE PARTIE : Vers l'adhésion du personnel médical : des expériences propres, un ensemble d'exigences transposables	32
1) Le corps médical dans le champ hospitalier	33
A) Les médecins à l'hôpital, l'individuel dans le collectif	34
B) La communauté hospitalière, d'une légitimité, l'autre	36
2) Fusionner suppose une méthode, non un programme	42
A) Le projet médical, exercice imposé, figure libre	43
B) Une vision qui doit s'incarner « en interne »	45
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	54

FUSION [fyzj]. n. f. (1547 ; lat. *fusio*, rac. *fundere*. **V. Fondre**).

I.♦ 1° Passage d'un corps solide à l'état liquide sous l'action de la chaleur. **V. Fonte, liquéfaction.** *Lois de la fusion ; température, point, chaleur de fusion.* **V. Calorimétrie.** *Le point de fusion de la glace est zéro degré à la pression de 760 mm de mercure. Fusion d'un minerai.* **V. Fondant ; creuset, four.** *Fusion réductrice, oxydante. Lit de fusion :* mélange de matière que l'on place dans le four ou le creuset. ♦ **2°** Etat d'une matière liquéfiée par la chaleur. *Métal en fusion.* **V. Coulée.** *Coulées de matières en fusion.* **V. Lave** ♦ **3°** Combinaison, mélange intime. Biol. *Fusion des noyaux des gamètes, fécondation.* Phys. *Fusion nucléaire,* combinaison de noyaux légers à très haute température donnant un noyau plus lourd et un énorme dégagement d'énergie (dans la bombe thermonucléaire). *La domestication de l'énergie de fusion.*

II. Fig. (1801). Union intime résultant de la combinaison ou de l'interpénétration d'êtres ou de choses. **V. Fondre (se) ; confondre (se) ; combinaison, mélange, réunion.** *Fusion des cœurs, des esprits dans une communion parfaite. Fusion de l'individu dans la Nature, en Dieu.* **V. Panthéisme, nirvâna.** *Spécialt., en parlant des personnes morales, de réalités sociales, historiques. Fusion de plusieurs système, religions, philosophies.* **V. Eclectisme, syncrétisme.** *Fusion des races dans le creuset américain.* **V. Assimilation, intégration.** — Econ. *Fusion de sociétés, d'entreprises.* **V. Absorption, concentration, entente, intégration, union.**

ANT. Congélation, solidification, séparation.

INTRODUCTION

Fusions et concentrations, ambitions et réalités.

La définition du mot « fusion », laisse entrevoir une richesse et des complexités inattendues.

Au sens propre, physique, il évoque un intense dégagement de chaleur et d'énergie ; au sens figuré on parle « d'union intime », de « combinaison », de « réunion » ou de « communion parfaite ».

Considéré sous son aspect économique, le terme renvoie à d'autres, « absorption », « concentration », « entente », « intégration ».

~ ~

La tendance à la concentration des entreprises apparaît aux Etats-Unis dans la seconde moitié du XIXème siècle. Le phénomène se traduit alors par la constitution de grands « trusts » concernant les transports (Vanderbilt), l'acier (Carnegie) ou le pétrole (Standard Oil). En Europe, la forme dominante est celle du « conglomérat », regroupant des activités différentes, parfois disparates (I.T.T).

Par une nécessaire recherche d'économies d'échelle et de productivité dans un marché de plus en plus ouvert et de plus en plus compétitif, le mouvement s'est considérablement accéléré depuis ces dix dernières années.

Le montant total des volumes des opérations de fusion-acquisition a été multiplié par cinq (de 476 à 2 380 milliards d'euros) entre 1990 et 1998. L'industrie pharmaceutique, l'automobile, les entreprises de la nouvelle économie, de l'information et de la communication ou de la grande distribution ont pris le relais du pétrole ou de l'acier.

Pourtant, très souvent, le résultat de ces fusions n'est pas à la hauteur des attentes.

Dans plus de deux cas sur trois, les fusions déçoivent. Les manifestations de l'échec sont toujours les mêmes : destruction de valeur, perte de milliers d'emplois pour les opérations les plus importantes, démotivation des cadres, perturbation durable des entreprises concernées, menace sur leur productivité, fuite massive des clients ou des collaborateurs.

De nombreux exemples d'échecs peuvent être cités. On retiendra notamment l'expérience malheureuse de deux établissements bancaires suisses, U.B.S et S.B.S, qui ont perdu près de 14 000 clients dans les deux mois suivants l'annonce de leur rapprochement ou la rupture le 5 avril 2000 de la Deutsche Bank et de la Dresdner Bank, fusionnées deux mois auparavant, qui a entraîné le départ vers des sociétés concurrentes, de 400 collaborateurs de la filiale londonienne.

Dans d'autres cas, si la fusion semble réussir, l'augmentation de la taille de l'entreprise génère des phénomènes bureaucratiques, des conflits ouverts ou cachés, de multiples résistances et agit comme révélateur de problèmes préexistants, jusqu'alors soigneusement enfouis. La fertilisation technique ou culturelle attendue ne se produit pas, les identités spécifiques s'exacerbent et aboutissent à une lutte sans merci contre la supposée volonté hégémonique d'une entité sur l'autre.

Dans le secteur concurrentiel, les notions de « fusion entre égaux » ou de « cohabitation harmonieuse entre présidents directeurs généraux » sont désormais considérées dans le meilleur des cas comme de sympathiques mythologies, dans les pires situations comme des mensonges absolus.

De nombreux spécialistes, de nombreux cabinets en management et en gestion se sont penchés sur les raisons profondes de ces échecs et notamment sur l'impossibilité de créer une nouvelle entité, homogène et efficiente. Leurs conclusions sont souvent très proches : dans la grande majorité des cas, l'absence de prise en compte de l'importance des ressources humaines et des cultures d'entreprises est responsable.

Selon Serge AIRAUDI, philosophe et anthropologue, responsable de l'institut CRC, qui conduit un groupe de travail sur les stratégies de fusion « L'entreprise est composée de deux sous systèmes : d'une part, les modes

d'organisation (structures, techniques de gestion, méthodes de management), d'autre part, le groupe social de base, tout ce qui touche aux rapports entre les gens, à la conscience collective, au référentiel commun¹ ». Selon lui, si l'harmonisation des modes de gestion et d'organisation est rendue possible par l'existence d'outils spécifiques, la fusion des communautés humaines et culturelles est infiniment plus complexe.

Pour cette raison, ces aspects difficiles à appréhender, souvent mal maîtrisés par les dirigeants d'entreprises sont rarement intégrés aux processus de fusion. Pourtant, source d'explication de nombreux échecs, ils devraient être considérés de même importance que les options stratégiques, économiques ou financières qui déterminent le choix de l'entreprise objet du rapprochement. Malgré cela, 5% seulement des entreprises concernées par des opérations de fusion considèrent ces problématiques comme suffisamment importantes et les intègrent à leur réflexion dès les prémises de l'opération.

Selon Jean-Paul DOMIN « L'hôpital s'articule autour du système économique² » et par conséquent, doit s'adapter à ses évolutions. Ce secteur connaît donc de façon aiguë la double problématique rencontrée par les entreprises : il est confronté, pour des raisons différentes, à de nécessaires restructurations mais nombre d'opérations génèrent sur le plan des cultures et des ressources humaines, d'importants blocages qui empêchent de parvenir au résultat escompté.

Le secteur hospitalier a initié un large mouvement de restructuration, mais ses caractères propres, et en tout premier lieu, l'importance prise dans ce secteur d'activité par les dimensions humaine et culturelle rendent encore plus prégnantes les difficultés liées à ce type d'opération. Chaque procédure lancée se heurte rapidement à d'importants problèmes, mettant parfois en péril le devenir du projet.

¹ « Tu fusionneras dans la douleur », Management juin 2000.

² Jean-Paul DOMIN, La dynamique séculaire du système hospitalier français : une analyse en termes de régulation. Cahier de sociologie médicale, janvier mars 2000.

En 1994 l'offre excédentaire de soins au regard des besoins de la population était estimée à 19,5 % du parc hospitalier (soit 47 700 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique), ce taux a été ramené à 13,2 % dans le courant de l'année 1999 (32 200 lits et places dans les mêmes disciplines). Cet excédent, incompatible avec la maîtrise souhaitable des dépenses de santé, s'accompagne de disparités importantes, quelles soient géographiques ou entre types d'établissement.

A cela s'ajoutent des problèmes ponctuels ou permanents de maintien d'un niveau de qualité et de sécurité satisfaisant et homogène. Dans les domaines de l'anesthésie et de la chirurgie obstétrique notamment, l'évolution de la réglementation relative aux conditions de prise en charge, aux équipements, à la composition et à la formation des équipes médicales et paramédicales plaident en faveur du regroupement des plateaux techniques, dans la perspective de rationaliser l'utilisation des ressources humaines et d'assurer un volume d'activité optimal.

Les réformes hospitalières successives ont doté le code de la santé publique d'un ensemble complet de dispositions invitant ou obligeant les établissements à s'inscrire dans une dynamique de travail collectif, de rapprochement ou de collaboration.

En fonction des modalités retenues, le cadre est plus ou moins souple et les modalités plus ou moins contraignantes :

- Constitution de réseaux de soins (art. L. 6121-5 C. santé publique),
- Adhésion à un syndicat interhospitalier ou un groupement de coopération sanitaire (art. L. 6132-1 et 6133-1 C. santé publique),
- Participation à un groupement d'intérêt public ou un groupement d'intérêt économique (art. L. 6134-1 C. santé publique),
- Regroupement de services, départements ou structures au sein d'une fédération médicale interhospitalière (art. L. 6135-1 C. santé publique),
- Création d'un établissement public de santé interhospitalier par transfert d'une partie des missions de soins incombant à deux ou plusieurs établissements publics de santé (art L. 6141-1 2^{ème} alinéa C. santé publique).

On retiendra également l'adhésion quasi obligatoire³ à une communauté d'établissements de santé regroupant les établissements assurant le service public hospitalier au sein d'un ou de plusieurs secteurs sanitaires (art. L. 6121-6 C. santé publique) et l'instauration des conférences sanitaires de secteur (art L.6131-1 C. santé publique), consultées obligatoirement sur l'élaboration et la révision des cartes sanitaires et chargées de promouvoir la coopération entre établissements.

La réforme opérée en 1996 a marqué une étape importante en intégrant dans le paysage sanitaire un nouvel intervenant doté de pouvoirs étendus et de missions précises.

Les agences régionales de l'hospitalisation, mises en place depuis trois ans, ont accéléré les processus de restructuration et de rapprochement.

Les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation disposent de la possibilité de demander aux établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ou de prendre une délibération destinée à créer un nouvel établissement par fusion. Si la demande n'est pas suivie d'effets, il appartient au directeur de l'agence, après avoir consulté le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale de « prendre les mesures appropriées » destinées à faire aboutir sa requête.

On peut citer également les dispositions issues du décret n° 97-703 du 29 mai 1997, qui autorisent le directeur de l'agence régionale à diligenter une enquête lorsqu'il constate qu'une unité d'hospitalisation présente un taux d'occupation inférieur à 60%.

Les plus autoritaires de ces dispositions sont peu utilisées, elles traduisent néanmoins la volonté de poursuivre et d'accélérer l'adaptation du système hospitalier aux besoins de la population et de préserver la qualité des soins au meilleur coût par redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers.

La croisée des contraintes de restructuration et des possibilités offertes par la législation a trouvé son expression au sein des schémas régionaux

³ L'article L. 6121-7 du code de la santé publique stipule en effet que « Les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté d'établissements sont tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

d'organisation sanitaire instaurés par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, en complément des cartes sanitaires appliquées depuis la réforme de 1970.

Ces schémas, qu'ils soient « de première génération », arrêtés par les Préfets de région dans les années 1994 et 1995, ou « de seconde génération », élaborés par les agences régionales de l'hospitalisation, en application des dispositions de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, ont participé à ce mouvement sans précédent.

A la fin de l'année 1998, on dénombrait 330 opérations importantes sur l'ensemble du territoire.

L'étude publiée par le ministère de la santé⁴ recensait en particulier :

- 32 conversions d'activité (abandon d'une activité de court séjour au profit de soins de suite et de réadaptation ou de longue durée ; transfert de structure psychiatrique vers le domaine médico-social etc.),
- 85 transferts d'activité traduisant des efforts de complémentarité et modifiant le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins (fermeture de la maternité ou de l'activité chirurgicale d'un établissement et transfert vers une autre structure),
- 73 cas de coopération sur des domaines précis, concrétisée par la création de personnes morales distinctes : groupement d'intérêt public (G.I.P), groupement d'intérêt économique (G.I.E), groupement de coordination sanitaire (G.C.S), syndicat interhospitalier,
- 25 accords de soutien d'un établissement au fonctionnement d'un autre par voie de conventions ou de constitution de réseaux, amenant le corps médical à intervenir sur plusieurs établissements,
- 68 opérations de fusions.

Concernant les fusions, les 68 opérations concernaient un total de 153 établissements :

- 71 établissements publics,
- 20 établissements privés participant au service public hospitalier,

⁴ Atlas de la recomposition hospitalière, décembre 1998.

- 62 cliniques privées à caractère commercial.

D'une façon générale, on constate que les fusions et les rapprochements mettent en présence deux acteurs et sont réalisés le plus souvent au sein d'une même sphère juridique. On rencontre également, plus rarement, des opérations de plus grande ampleur (plusieurs structures fusionnent) ou mettant en présence des statuts différents (établissement public / établissement privé participant au service public hospitalier).

Au contraire de la situation observée dans le secteur hospitalier à but lucratif où les rapprochements sont essentiellement urbains et s'opèrent entre cliniques d'une même ville, dans le secteur public, les fusions concernent dans deux tiers des cas des établissements situés en zone rurale ou en agglomération de moins de 50 000 habitants. Le plus souvent, les établissements sont rattachés à des collectivités territoriales distinctes.

Fusionner revient à rechercher un assentiment global, exprimé par l'avis des instances consultatives (comité technique d'établissement et commission médicale d'établissement) et la délibération des conseils d'administration des établissements. A l'issue, un arrêté vient prononcer la fusion et fixe sa date effective (en général, le 1^{er} janvier de l'année suivante).

Mais le prononcé juridique, aboutissement le plus souvent d'une longue période de négociation et d'un travail de préparation intense et minutieux, est plus une étape qu'un achèvement. Louis OMNES, directeur de l'hôpital européen Georges POMPIDOU, né du regroupement de trois établissements parisiens (Broussais, Boucicaut et Laënnec), précise que « le changement se négocie en permanence ».

La fusion présente au regard des autres modes de collaboration, une différence de nature plus qu'une différence de degré.

Caractérisées par la rencontre et la confrontation d'histoires, de cultures et de manières de travailler différentes, les fusions sont ressenties comme une dispersion d'identité et une situation de forte inquiétude, liée aux incertitudes concernant la structure à venir.

Très souvent, les premières informations, vérifiées ou non, concernant un possible rapprochement mettent en émoi l'ensemble des acteurs concernés : élus, personnel des établissements, habitants du bassin de population etc.

Les fusions d'établissements bénéficient désormais d'un recul de quelques années, et certains travaux ont été menés, examinant et détaillant les aspects sociaux (harmonisation des règles statutaires, élaboration d'un projet social commun), financiers (établissement d'un budget unique) ou logistiques (refonte des blanchisseries, création d'unités centrales de production de repas).

En revanche, la vision du corps médical du projet et de la procédure employée, semble rester moins connue.

Conscient d'exercer une « profession médicale » selon l'expression employée par Eliot FREIDSON, le corps médical revendique très souvent la liberté de fixer ses propres règles d'organisation et de fonctionnement. Il est fréquent que médecins, chirurgiens, pharmaciens ou biologistes des hôpitaux contestent le bien fondé et l'opportunité du projet ou tout ou partie de son contenu.

Cet aspect des fusions et l'opposition qu'elles peuvent rencontrer dans leur déclinaison en objectifs médicaux est essentiel. Le corps médical des établissements présente une spécificité qui doit être soulignée. Si les termes de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique permettent au directeur d'exercer « son autorité sur l'ensemble des personnels » c'est uniquement « dans le respect des règles déontologiques (.../...) et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ». Il existe par conséquent peu de moyens de contraindre le corps médical à participer à un ensemble de projets auxquels il n'adhère pas.

C'est pourquoi des fusions nécessaires, juridiquement accomplies, acheminent sur leur traduction en projet médical commun alors que dans d'autres cas, le corps médical et ses représentants se font acteurs et promoteurs de l'opération et de son succès.

Indéniablement, une fusion d'établissements ne peut réussir que si elle emporte l'adhésion du corps médical, approbation réfléchie du projet proposé.

Le centre hospitalier intercommunal ELBEUF – LOUVIERS / VAL DE REUIL (Seine Maritime et Eure), est né de la fusion de deux hôpitaux le 1^{er} janvier 1999.

Après dix-huit mois d'existence du nouveau centre hospitalier, il a semblé intéressant d'interroger le personnel médical sur l'opération qui venait de se dérouler

et d'éclairer les difficultés et les réussites de la réalisation d'un projet médical commun.

Afin de croiser les expériences et d'apporter un éclairage extérieur aux données recueillies en interne, un certain nombre d'acteurs hospitaliers a été sollicité pour un entretien sur leur vision et leur conception du sujet. Certains connaissaient des opérations similaires (fusion de deux ou plusieurs établissements publics), d'autres des rapprochements sous la forme de la constitution d'un syndicat interhospitalier ou de coopération entre un établissement public de santé et une clinique privée. Certains voyaient le projet aboutir et prospérer, d'autres s'inquiétaient d'une situation qui semblait marquer le pas.

En raison de l'ampleur et de la diversité des opérations en cours, ce travail ne peut prétendre à un caractère exhaustif. Il a pour objectif de permettre de mieux comprendre les comportements, attentes et motivations des acteurs médicaux durant ces processus.

Une première partie sera consacrée à l'expérience vécue par le personnel médical des centres hospitaliers d'Elbeuf et Louviers - Val de Reuil, à l'occasion du rapprochement, puis de la fusion des deux établissements.

Une seconde partie tentera, au-delà de cette expérience, de dégager un ensemble de facteurs et de conditions favorisant l'adhésion des personnels médicaux aux fusions d'établissements hospitaliers.

~

~

~

PREMIERE PARTIE

De deux à un :

l'arithmétique incertaine d'un
centre hospitalier intercommunal.

- 1) De la collaboration conventionnelle à l'élaboration d'un projet médical commun
 - A) Deux hôpitaux, deux cultures qui s'ignorent
 - B) La convergence : conventions, syndicat interhospitalier, projet médical commun.

- 2) La fusion vécue par le personnel médical
 - A) Une profession, des choix, un cadre pour exercer
 - B) Dix huit mois après, souvenirs ou ressentiments ?

Le centre hospitalier intercommunal Elbeuf – Louviers / Val de Reuil est né du regroupement par fusion de deux hôpitaux dont le développement a suivi des parcours très différents.

La ville d'Elbeuf et son agglomération sont implantées en Seine-Maritime. L'hôpital était jusqu'à sa totale rénovation, un établissement vieillissant, qui se dépréciait lentement en centre ville et devait faire face à un ensemble de difficultés internes nuisant à une ouverture vers l'extérieur. Par la suite, il a connu un redressement remarquable à la fin des années 1980 et une augmentation rapide de son activité.

A la veille de l'opération, l'hôpital de Louviers, situé dans le département de l'Eure, ne pouvait se prévaloir ni de la longue histoire de son voisin elbeuvien, ni d'une image ou d'une culture interne équivalente. C'est à cette époque un centre hospitalier inquiet de son avenir, conscient que son isolement menace la pérennité de ses services (notamment la maternité), mais qui s'interroge sur ce qu'il deviendra en cas de fusion.

Ce décalage explique à la fois la méthode très progressive qui a été retenue et la perception qu'en a eu le personnel médical de l'établissement né en 1999.

1) De la collaboration conventionnelle à l'élaboration d'un projet médical commun

Après une longue phase de développement en dehors de toute collaboration, y compris médicale, les deux centres hospitaliers ont initié un lent rapprochement devant aboutir à la fusion.

A) Deux hôpitaux, deux cultures qui s'ignorent.

De nombreux exemples prouvent que sur une longue période, des hôpitaux distants de quelques kilomètres seulement, ont pu se développer et prospérer sans nouer de relations. Parfois même, préfèrent-ils s'installer dans une ignorance réciproque, concurrentielle et revendiquée.

Bien entendu, pour des raisons déjà évoquées de maîtrise des dépenses, de rationalisation de l'offre, d'exigences de sécurité et de démographie médicale, ces comportements commencent à céder face à l'incitation de plus en plus forte des tutelles en faveur d'opérations de coopération, de rapprochement et de mise en réseaux.

Malgré leur proximité géographique, le centre hospitalier d'Elbeuf et le centre hospitalier de Louviers / Val de Reuil, se sont longtemps ignorés et ont développé des cultures médicales radicalement différentes voire opposées. A aucun moment ne semblent avoir été réunies les conditions d'une collaboration naturelle entre deux établissements distants d'une vingtaine de kilomètres. Les relations ont toujours été déséquilibrées.

D'après les historiens, un établissement de charité existait déjà à Elbeuf en 1254.

Créé par Guillaume d'Harcourt au début du quatorzième siècle l'hôpital « saint Léonard » connaîtra une longue existence. Devenu « Maison Dieu », « Hôtel Dieu », « Hôpital général » (1725) puis « Hôpital hospice général » (1801), l'établissement est l'objet tout au long de la troisième République de nombreuses évolutions touchant notamment son organisation, ses ressources financières ou sa clientèle.

On constate dès cette période une importance grandissante de l'influence des médecins dans la société elbeuvienne et dans la gestion de l'hôpital. Concernant ce dernier aspect, le phénomène prend la forme selon Nicolas VERDIER « d'une montée en puissance » puis d'une « direction de fait ».

Un tournant essentiel intervient dans le courant des années 1980.

L'état préoccupant de vétusté de l'établissement amène à une réflexion sur le devenir de l'hôpital en centre ville. Après que différentes solutions aient été envisagées, l'hôpital étant très enclavé, l'hypothèse d'une rénovation sur site est jugée irréalisable et le choix se porte sur une construction neuve, à l'extérieur de la ville, sur la commune de Saint-Aubin-les-Elbeuf.

La « première pierre » est posée en 1985, par Laurent FABIUS, Premier ministre, marquant ainsi, en sa qualité initiale de député de la circonscription, son grand attachement au nouvel hôpital.

L'ouverture a lieu en 1988, le centre hospitalier général d'Elbeuf, « hôpital des Feugrais » est né.

La conception de l'établissement et de son plateau technique, l'opportunité des créations de postes, l'attrait d'un nouvel hôpital ont favorisé l'arrivée d'une génération nouvelle de médecins, très souvent anciens chefs de clinique du centre hospitalier universitaire de Rouen, tout proche.

Ce phénomène, conjugué d'une part à un type de management laissant une très large place à la concertation et à l'implication du corps médical dans la gestion, et d'autre part au succès incontestable de la nouvelle structure en termes de niveau de compétence et de taux d'activité, forgent chez les praticiens une culture commune et une cohésion rarement rencontrées.

Le corps médical présent à cette période « fantastique » ressent collectivement la conviction enthousiaste d'assister à la création d'une nouvelle entité. Ce souvenir encore très présent constitue le plus important des mythes fondateurs de l'établissement.

D'ailleurs, pour cette raison, l'intégration progressive dans les années qui suivirent, de confrères plus jeunes n'ayant pas participé à ces instants, sera parfois difficile. Il est possible que pour l'avenir, le renouvellement du corps médical de l'établissement pose un certain nombre de problèmes.

Si l'on considère que « le médecin est moins une partie de l'hôpital que l'hôpital n'est une partie (une partie seulement) de la pratique médicale⁵ », il est indéniable que la très forte image du centre hospitalier des Feugrais, véritable culture

⁵ Eliot FREIDSON.

d'entreprise, a pu constituer un élément de perturbation freinant le rapprochement entre les deux établissements.

Un écart important caractérisait les communautés médicales et leur vision du rôle du médecin à l'hôpital.

Alors que l'équipe de médecins des Feugrais était majoritairement composée de praticiens hospitaliers temps plein ayant résolument opté pour un exercice public, prenant parfois une dimension presque idéologique, le centre hospitalier de Louviers / Val de Reuil comptait nombre de médecins à temps partiel dont l'activité hospitalière s'inscrivait dans un cadre plus large, intégrant une activité libérale en cabinet de ville ou au sein de cliniques privées à but lucratif. Le regard sur les modes de prise en charge des patients par l'hôpital et sur la vocation même d'un établissement hospitalier public était radicalement différent, le degré d'engagement et d'implication des médecins dans l'institution également.

Dans ces conditions, et pour des motifs parfois radicalement différents, l'opération de fusion a nécessité le départ de quelques praticiens du site de Louviers. Certains parce qu'ils représentaient des opposants farouches au rapprochement et adoptaient parfois des pratiques inconciliables avec sa poursuite, d'autres parce qu'ils ne purent s'intégrer de façon harmonieuse à des équipes médicales déjà constituées, qui montrèrent parfois peu d'empressement à les accueillir.

Il est parfois reproché à la fusion d'avoir favorisé une fuite de moyens de l'hôpital de Louviers vers l'hôpital d'Elbeuf ; dans d'autres cas, c'est le site de Louviers qui est accusé d'avoir freiner le développement de l'hôpital des Feugrais. Aujourd'hui encore, nombre de problèmes trouvent autant leurs racines dans des interrogations légitimes sur la qualité et la sécurité que dans ce qui subsiste des anciennes cultures. « Le présent serait plein de tous les avènements, si le passé n'y projetait déjà une histoire », regrettait André GIDE.

B) La convergence : conventions, syndicat interhospitalier et projet médical commun.

Il faut attendre la fin des années quatre-vingt pour assister à l'esquisse d'une collaboration médicale entre le centre hospitalier des Feugrais et le centre hospitalier de Louviers. Dans un courrier du 21 juillet 1994, le directeur régional et interdépartemental de la santé et de la solidarité de Haute-Normandie souligne ainsi que « le processus de complémentarité engagé à la fin de l'année 1989 s'inscrit pleinement dans les orientations et les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire ».

Ce processus de complémentarité connaît des débuts incertains.

Un nombre important de conventions de collaboration médicale est conclu entre les deux établissements ; ces conventions connaîtront des niveaux de réalisation différents en dépit des moyens supplémentaires qui ont pu être obtenus :

1993 : Neurologie,

Accueil et traitement des urgences : décision de constituer une équipe commune d'assistants généralistes oxyologues placés sous la responsabilité d'un chef de service unique,

1994 : Cardiologie,

Chirurgie : l'équipe chirurgicale du centre hospitalier d'Elbeuf est chargée d'assurer la responsabilité du fonctionnement de la chirurgie à Louviers et réalise sur ce site des interventions légères,

1995 : Fédération de médecine,

Fédération de soins de suite,

Département commun d'information médicale,

1997 : Anesthésie réanimation : l'équipe du centre hospitalier d'Elbeuf assure la couverture anesthésique, notamment au sein de la maternité,

Gynécologie obstétrique.

Outre les incertitudes dans la réalisation de ces conventions, certaines questions touchant à l'organisation médicale restaient en suspens à la veille de la constitution au 1^{er} janvier 1998, d'un syndicat interhospitalier commun. Les

interrogations concernaient essentiellement les missions réciproques des services de médecine, la définition du contenu du pôle de consultations externes du site de Louviers et la création d'une filière gériatrique.

A l'occasion de la mise en place de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie, les représentants des deux établissements ont reconnu dès le mois d'avril 1997, qu'un nouveau pas devait être fait vers une plus grande intégration des deux structures, sous la forme d'un pilotage unique, préparant la fusion administrative. Cette nouvelle étape est franchie sous la forme d'un syndicat interhospitalier.

Néanmoins, en septembre 1997, à la veille de la constitution du syndicat interhospitalier, le directeur du centre hospitalier des Feugrais précise « depuis longtemps, les deux hôpitaux ont engagé une collaboration (.../...). Certains considèrent que cela n'avance pas vite. Le Centre Hospitalier d'Elbeuf qui foisonne d'idées, a le sentiment de piétiner... sans doute par manque de clarté sur les objectifs (.../...) peut-être aussi parce qu'Elbeuf n'est pas parvenu à absorber Louviers et j'espère qu'il n'y parviendra jamais » « Elbeuf a autant besoin de Louviers que Louviers a besoin d'Elbeuf ».

Des impatiences et des inquiétudes étaient nées du rapprochement. Pour poursuivre le processus, il convenait à ce moment précis de rassurer les communautés médicales, les faire se rencontrer et initier l'élaboration d'un projet médical commun. La phase transitoire du syndicat interhospitalier a servi à « créer du lien » entre les deux établissements.

L'année 1998 est moins consacrée à la préparation juridique de la fusion qu'au souci de parvenir à un accord sur le projet médical commun en préparation depuis la fin de l'année 1997.

Après audition de plusieurs candidats, le cabinet BOSSARD est retenu pour apporter son soutien méthodologique et assurer un rôle d'animation et de médiation.

Les orientations médicales stratégiques devaient répondre au cadre fixé par l'agence régionale :

- Confirmer la vocation d'un hôpital de proximité à Louviers en y maintenant une offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique,

➤ Renforcer le caractère d'établissement de référence du centre hospitalier d'Elbeuf.

Ces orientations n'empêcheront nullement que soit préparé puis adopté un projet médical commun. Elles renferment pourtant en germe les éléments de contestation les plus véhéments qui apparaîtront par la suite.

La pérennité de la maternité du site de Louviers constituait une condition absolue à l'accord donné à la fusion par les acteurs de l'hôpital et les élus de cette commune. Ces derniers estimaient que le fort développement démographique du secteur et le potentiel annuel de 1000 accouchements justifiaient le maintien.

Ce choix a rapidement concentré toutes les contestations du corps médical d'Elbeuf.

La participation d'une clinique privée de 60 lits, implantée sur la commune de Louviers et son intégration éventuelle sur le site de l'hôpital était fortement souhaitée par l'agence régionale de l'hospitalisation. Cette solution présentait l'avantage de ne maintenir qu'un plateau technique à Louviers et de garantir la pérennité de la maternité (560 accouchements en 1997).

La concession de service public envisagée initialement n'aboutira pas. Cet échec tient à la fois à la faible volonté de la clinique de participer à la permanence anesthésique et aux réticences d'une partie du corps médical du site des Feugrais face à l'irruption d'une clinique privée dans les locaux de l'hôpital.

La clinique se retire du projet dans le courant de l'année 1999, alors que surviennent différents problèmes juridiques touchant notamment aux aspects financiers et aux conditions d'occupation du domaine public.

Un comité stratégique et un comité de pilotage sont constitués et comprennent des représentants de chaque établissement :

- Présidents de conseil d'administration,
- Directeurs,
- Présidents des commissions médicales d'établissement,
- Représentants du personnel,
- Représentants de la tutelle (médecin inspecteur départemental de la santé)
- Praticien chargé du département d'information médical, commun aux deux sites.

Différents groupes de travail se réunissent sur des thèmes précis et, à partir des projets de service, élaborent plusieurs versions du projet médical. Le corps

médical de l'établissement est intégré à cette démarche, mais les praticiens issus du site des Feugrais conserveront le sentiment que la procédure a manqué de concertation.

Un projet médical répondant aux attentes de la tutelle est élaboré au cours de l'été et est approuvé par les instances concernées au mois de septembre 1998.

Les grandes lignes sont les suivantes :

- L'hôpital intercommunal doit développer des réseaux avec son environnement,
- La mission d'hôpital de référence du centre hospitalier d'Elbeuf est renforcée,
- L'hôpital de Louviers est confirmé dans son rôle de proximité (initialement en liaison avec la clinique privée).

Il s'avérera par la suite que certains des acteurs médicaux ont probablement voté le projet sans avoir l'intention d'en respecter la déclinaison future.

2) La fusion vécue par le personnel médical

La méthode utilisée a donc été progressive et le projet de fusion a rencontré certaines oppositions plus ou moins fermes, menant parfois à des comportements empêchant la réalisation de certaines projections (le maintien d'une activité chirurgicale sur le site de Louviers) ou remettant en cause le maintien d'une maternité sur cette même commune.

Afin de connaître l'avis de l'ensemble du corps médical du centre hospitalier intercommunal ELBEUF - LOUVIERS / VAL DE REUIL, sur la fusion qu'il venait de connaître, le questionnaire présenté en annexe a été élaboré et diffusé.

Parmi les 97 destinataires, figurait l'ensemble des statuts représentés dans l'établissement, à l'exception des attachés hospitaliers et des internes :

- praticiens hospitaliers temps plein, chefs ou non chefs de service ou de département (décret n° 84-131 du 24 février 1984, modifié),

- praticiens hospitaliers temps partiel, chefs ou non chefs de service ou de département (décret n° 85-384 du 29 mars 1985, modifié),
- assistants généralistes ou spécialistes des hôpitaux (décret n° 87-788 du 28 septembre 1987, modifié),
- praticiens adjoints contractuels (décret n° 95-569 du 6 mai 1995, modifié).

Parmi les destinataires, on trouvait des praticiens originaires de l'une ou l'autre des structures antérieures à la fusion et d'autres recrutés depuis.

Un courrier précisait le cadre général de l'enquête et apportait un certain nombre de garanties sur la confidentialité du traitement des informations. Le but recherché était bien entendu d'obtenir l'expression la plus large et la plus libre possible.

Malgré ces précautions et en dépit du soutien du président et du vice-président de la commission médicale d'établissement, le recueil des réponses au questionnaire n'a atteint qu'un taux légèrement supérieur à 27%.

Les résultats sont néanmoins exploitables dans la mesure où la plupart des « leaders médicaux » de l'établissement se sont exprimés. Des entretiens avec un certain nombre de membres du corps médical ont permis d'affiner les données collectées.

La conception du questionnaire permet d'une part, de mieux cerner les motivations, valeurs et choix des membres du corps médical de l'établissement, et d'autre part, d'avoir une connaissance plus précise de leur opinion quant à la fusion.

A) Une profession, des choix, un cadre pour exercer

La première partie du questionnaire était consacrée à la définition par les destinataires, des valeurs de référence de leur profession. Ensuite, il leur était demandé de préciser leur ancienneté au sein du centre hospitalier intercommunal ou de l'une de ses composantes et de spécifier les raisons ayant présidé au choix d'exercer dans le secteur public en général et dans ce centre hospitalier en particulier. Enfin, une dernière question recueillait leur appréciation sur la satisfaction de leurs attentes professionnelles.

Les membres du corps médical interrogés sur les **valeurs de référence** de leur profession placent au premier plan la « disponibilité » et la « compétence ». Viennent ensuite les notions « d'humanité », « l'intérêt pour les aspects techniques et scientifiques » et la recherche d'un certain niveau de « qualité » et de « fiabilité ».

Les médecins sont attachés à « l'interactivité » que représente le « travail en équipe » ; ils accordent néanmoins une grande valeur à « l'indépendance ».

La « responsabilité » et « l'intérêt pour le service public » sont cités ensuite avant de laisser la place à un ensemble plus disparate où l'on retrouve notamment la « constance », la « sociabilité » et « l'humilité » ou la « sécurité », « l'équité » et « l'intégrité ».

Concernant **l'ancienneté** au sein de l'établissement, la très grande majorité des réponses émanait de praticiens ayant exercé dans l'une des structures antérieurement à la constitution du centre hospitalier intercommunal et qui avaient par conséquent participé à l'ensemble de la procédure.

Près de la moitié d'entre eux, en raison de leur ancienneté, appartenaient à la génération ayant assisté à la renaissance de l'établissement, à la fin des années quatre-vingt.

D'autres, en nombre plus restreint, avaient intégré le centre hospitalier intercommunal après la fusion.

Les réponses touchant au **choix d'exercer dans le secteur hospitalier public** font apparaître une très nette prédominance pour « l'intérêt culturel, scientifique ou professionnel » de l'exercice dans le secteur public et la recherche du « travail en équipe pluridisciplinaire ». La perspective d'un cadre d'exercice permettant de satisfaire ces deux principales exigences est cohérente avec la description des valeurs de référence de la profession.

Le « refus de mêler pratique médicale et aspect commercial et lucratif » est souvent invoqué.

Le choix de l'hôpital public provient également d'une « continuité logique » à la formation que l'on a reçue au sein de ces mêmes établissements en tant qu'interne, chef de clinique ou assistant des hôpitaux.

Parfois la notion de choix est absente et la détention d'un diplôme délivré par une université étrangère a contraint son possesseur à exercer exclusivement au sein du secteur hospitalier public. C'est le cas des médecins exerçant dans le statut récent de praticien adjoint contractuel.

Concernant **l'exercice au sein du centre hospitalier intercommunal ELBEUF - LOUVIERS / VAL DE REUIL**, dans plus de la moitié des cas, l'emplacement géographique de l'établissement a été déterminant de même que la très classique opportunité d'un poste attractif vacant.

Rappelons que le centre hospitalier est très proche de Rouen (15 minutes par l'autoroute), ville préfecture de région et siège d'un centre hospitalier universitaire. Cette situation place l'établissement dans la sphère directe du lieu de formation traditionnelle du personnel médical et permet à de nombreux internes ou résidents d'effectuer une partie de leur parcours au sein de l'établissement et d'en connaître les attraits.

Cette situation a également pour conséquence de permettre un accès aisé au centre hospitalier universitaire de Rouen aux praticiens soucieux d'y conserver un lien. Cet attachement peut prendre la forme de demi-journées d'activité d'intérêt général, pour les praticiens hospitaliers temps plein ou de vacations d'attaché hospitalier pour les praticiens temps partiel.

Ces motivations géographiques sont en revanche préoccupantes, si l'on songe en termes de démographie médicale, au devenir d'autres établissements plus éloignés des grands centres urbains et universitaires.

L'établissement pouvant être qualifié de centre hospitalier général de dimension moyenne, sa « taille » et son « type » le rendent très attractif aux yeux des personnes interrogées.

La « qualité des relations au sein de la structure », qu'elles concernent les personnels médicaux entre eux ou les contacts avec l'équipe de direction est fréquemment soulignée.

De façon moins fréquente, le choix s'est porté sur l'établissement en raison de la qualité et de l'étendue de son plateau technique.

Pour terminer, il est intéressant de noter que les **attentes et aspirations** des interlocuteurs ont été satisfaites, soit en totalité (75% des

réponses), soit partiellement (25% des cas) et qu'aucune réponse négative n'a été apportée.

On retrouve ici une certaine cohérence avec les éléments figurant dans le rapport publié il y a sept ans par le ministère de la santé, intitulé « les praticiens hospitaliers, portrait d'une profession ». Cette étude, réalisée à la demande de la direction des hôpitaux, s'attachait aux « rôle, place et identité du praticien hospitalier ».

Il y était réaffirmé que le choix d'exercer au sein du secteur hospitalier public était un choix réel.

Les praticiens interrogés étaient tout particulièrement motivés par la perspective d'exercer leurs fonctions au sein d'une équipe multidisciplinaire, même si celle-ci est entendue comme restreinte aux médecins d'un même établissement. L'exercice hospitalier était également un moyen de stimuler les aspirations scientifiques et intellectuelles des praticiens.

La profession est source à la fois de satisfaction et d'insatisfaction ; une phrase résume ce sentiment : « un métier dont on jouit autant qu'on en souffre ».

Les praticiens trouvent au sein de l'hôpital des réponses à leurs attentes. Les chirurgiens avancent ainsi le haut niveau de technicité, les cliniciens, l'intérêt des pathologies complexes, les oxylogues, les situations d'urgence. Outre l'aspect purement médical, les praticiens trouvent un intérêt dans l'élaboration et le développement de projets de service.

Les réserves et insatisfactions diffèrent selon les disciplines et les types d'établissements. Dans le domaine des activités aiguës, les regrets portent sur l'importance de la charge de travail et le nombre important de gardes. Dans le champ représenté par les autres disciplines, on craint un glissement des spécialités médicales vers la médecine polyvalente, puis, par un « retour d'histoire paradoxal », du médical vers le médico-social.

B) Dix huit mois après, souvenirs ou ressentiments ?

La seconde partie du questionnaire était destinée à recueillir de façon précise, l'appréciation du personnel médical dix-huit mois après le prononcé de la fusion. Quatre séries de questions reprenaient l'ensemble de la démarche, de son opportunité à ses conséquences, des choix méthodologiques retenus à la communication, de la satisfaction des rôles tenus par les différents acteurs, internes ou externes.

La majorité des réponses confirme que **la fusion** entre le centre hospitalier intercommunal de Louviers - Val de Reuil et le centre hospitalier des Feugrais d'Elbeuf **était opportune**.

Aucune réponse négative n'a été donnée, même si au cours de certains entretiens des oppositions plus marquées sont apparues. Seul un petit nombre de praticiens s'est déclaré « sans opinion », la plupart parmi les plus récemment entrés dans l'établissement.

Ce sentiment général en faveur de la fusion a peu évolué dans le temps, néanmoins dans quelques cas, les réponses précisent un enthousiasme déclinant en cours de processus, sans remettre totalement en question le bien fondé de la décision. Les réserves concernent essentiellement les choix retenus dans le cadre du projet médical arrêté pour le nouvel hôpital. Le maintien de deux plateaux techniques complets et d'une maternité sur le site de Louviers, déjà évoqués, est la décision la plus contestée.

La **méthodologie retenue** est qualifiée « d'incitative » et de « participative ». Le terme le plus souvent cité par la suite est « autoritaire ». Plus préoccupant, l'expression qualifiant le moins la procédure est « à l'écoute de vos préoccupations ».

Les avis sont très partagés concernant l'adaptation de la méthode à la situation, une majorité d'interlocuteurs se déclarant « sans opinion ».

Le rythme est jugé adapté ou trop lent selon les cas ; ici aussi, une majorité de réponses « sans opinion » a été formulée. La gestion du calendrier des fusions est particulièrement complexe. De l'avis de nombreux acteurs rencontrés, la situation propre à chaque période nécessite d'adapter le rythme des travaux. Un rythme trop lent enlise le processus, un rythme trop soutenu donne aux acteurs le sentiment de n'être plus impliqués.

A ce propos, si la grande majorité des membres du corps médical qui ont répondu estiment avoir été intégrés au processus de changement, les avis sont très réservés sur les suites données à leur participation. Plus des trois-quarts s'estiment « sans opinion », nient que leur contribution ait été entendue ou font part du sentiment d'avoir été sollicités après que les décisions les plus importantes soient déjà arrêtées.

On constate donc qu'un processus reconnu participatif, intégrant le personnel médical, n'a pas suffi à leur donner le sentiment d'être écouté ou d'être en mesure de faire valoir leurs aspirations.

La **communication** opérée par les autorités de tutelle, la direction et le bureau de la commission médicale d'établissement tout au long de la démarche et la qualité de l'information ont fait l'objet d'une interrogation selon deux séries de critères à connotation positive (« précise », « transparente », « suffisante », « adaptée » et « en temps ») ou négative (« imprécise », « opaque », « insuffisante », « inadaptée » et « tardive »). Plusieurs critères pouvaient être retenus, les aspects positifs ou négatifs pouvaient être panachés : l'information pouvant être à la fois qualifiée de « précise » mais de « tardive ».

Les autorités de tutelle sont les plus sévèrement jugées. Les réponses apportées, exceptées lorsqu'elles ne mentionnent pas d'opinion, sont toutes à connotation négative. Il est fermement reproché à l'information donnée son imprécision, son insuffisance et son opacité. Dans certains cas, l'ensemble des critères négatifs a été sélectionné. Parfois les commentaires littéraux utilisaient des termes très durs « obscurantisme total », « démagogie », « double discours permanent ».

Les entretiens ont très largement confirmé les résultats du questionnaire. Le souvenir conservé par le corps médical se résume à un manque profond de communication de l'agence régionale de l'hospitalisation. Dans certains cas, le

contenu même des engagements et des informations semblait différer en fonction des sites intéressés. Même parmi les praticiens les moins opposés à la fusion et ceux ayant le plus agité en faveur d'un rapprochement harmonieux entre les deux hôpitaux, le discours de circonstance de l'agence régionale relatif à la pérennité de la maternité de Louviers cristallise tous les mécontentements. Le site lovérien étant assuré du maintien dans le même temps où l'équipe d'Elbeuf recevait des engagements contraires.

La direction de l'établissement obtient en revanche, une évaluation très positive. La communication est qualifiée de « précise », « transparente », et « adaptée ». Les reproches adressés concernent essentiellement la quantité d'information mis à disposition, jugée insuffisante.

Le bureau de la commission médicale d'établissement reçoit la même évaluation globalement positive. Dans son cas la précision, la transparence et l'adaptation de la communication à la situation ont été appréciées, même si on retrouve les réserves quant à son caractère « insuffisant ».

Paradoxalement, lorsqu'ils sont interrogés d'une façon globale sur la procédure, une majorité de praticiens estime avoir reçu une information suffisante en quantité mais pas en qualité. La qualité de la communication assurée en interne par la direction et le bureau de la commission médicale d'établissement, n'est pas parvenue à compenser les reproches adressés à l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie.

Les questions s'orientaient ensuite sur le **rôle joué par ces mêmes catégories d'acteurs**. On peut classer les réponses selon deux lignes directrices.

D'une part, on constate une grande perplexité dans l'appréciation des actions menées et du rôle assumé par la commission médicale d'établissement, le directeur et les chefs de service. Pour chacun d'entre eux, une majorité d'interlocuteurs se déclarent « sans opinion ». Etant donné le caractère particulier de la question, on peut estimer que les réponses sont teintées d'une grande prudence. Les entretiens n'ont pas permis d'obtenir des avis plus tranchés.

D'autre part, et en corollaire à l'appréciation très fortement négative portée sur sa communication, la pertinence de l'intervention de l'autorité de tutelle au sein du processus de fusion est fortement remise en question. Dans l'esprit du corps

médical de l'établissement l'agence n'a pas joué le rôle d'accompagnement que l'on attendait d'elle dans le cadre d'un processus de fusion.

Enfin, une dernière série de questions sollicitait **l'appréciation des interlocuteurs sur les conséquences de la fusion** pour les deux sites, sur sept thèmes déterminés :

- Diversité de l'offre de soins,
- Qualité,
- Sécurité,
- Proximité,
- Continuité,
- Organisation et gestion des structures,
- Conditions de travail du corps médical.

Pour l'hôpital des Feugrais, à Elbeuf, on constate que pour la plupart des rubriques, la fusion n'a pas eu d'impacts significatifs. Toutefois, le site tire certains bénéfices de l'opération, notamment dans le domaine de la continuité des soins et de la proximité. En revanche, la gestion et l'organisation de la structure ont pâti de l'opération.

Une réponse semble assez surprenante compte tenu du contexte de l'établissement et de l'impression générale. Le rapprochement entre les deux hôpitaux est estimé avoir amélioré ou n'avoir pas eu de conséquences sur les conditions de travail du personnel médical.

Pour le site de Louviers, la majorité des réponses fait clairement prévaloir une amélioration globale et significative des prestations, y compris en ce qui concerne l'organisation et la gestion ou les conditions de travail du personnel médical.

En résumé, le corps médical du centre hospitalier intercommunal ELBEUF - LOUVIERS / VAL DE REUIL, a trouvé au sein de l'hôpital une satisfaction, au moins partielle, de ses aspirations.

Il estime que la fusion était opportune pour augmenter la « masse critique » de l'établissement face au centre hospitalier universitaire de Rouen et assurer sa pérennité, tout en rendant plus rationnelle l'utilisation des ressources.

L'opération reste néanmoins marquée par le ressentiment lié à la gestion de l'opération par l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie. Ce souvenir rendra difficile l'établissement de rapports de confiance entre une partie du corps médical du centre hospitalier et l'équipe de l'agence, récemment renouvelée.

Le maintien d'un plateau technique complet, sans l'intervention d'un intervenant de droit privé comme prévu initialement, constitue la question la plus difficile à résoudre. Cette condition expressément à l'accord des représentants de la commune et du centre hospitalier de Louviers à la procédure de fusion, constitue le point d'achoppement de l'ensemble du processus :

- L'activité chirurgicale n'a jamais été réellement maintenue à Louviers, en raison du refus progressif des chirurgiens d'intervenir sur le site « pour des raisons de technicité, de matériel, de sécurité »,
- La question du maintien de la maternité est toujours au cœur des débats. L'équipe d'anesthésie avance des motifs liés à la qualité de la prise en charge, à la sécurité et aux exigences de maîtriser les dépenses de santé pour exiger une fermeture rapide. Cette volonté est relayée avec plus ou moins de convictions par l'ensemble du corps médical.

D'autres avis sont en faveur du maintien d'une maternité à Louviers : la fin de l'activité d'obstétrique, compte tenu de la saturation de la maternité des Feugrais (1 400 accouchements par an) et de la fermeture d'une maternité privée (700 accouchements par an) desservant un proche bassin de population, poserait un problème immédiat de prise en charge des 450 accouchements annuels.

A l'évidence l'agence régionale de l'hospitalisation est l'autorité légitime devant permettre de faire coïncider ces divergences.

~

~

~

SECONDE PARTIE

Vers l'adhésion du personnel médical :

Des expériences propres,
un ensemble d'exigences transposables

- 1) Le corps médical dans le champ hospitalier
 - A) Les médecins à l'hôpital, l'individuel dans le collectif
 - B) La communauté hospitalière, d'une légitimité, l'autre

- 2) Fusionner suppose une méthode, non un programme
 - A) Le projet médical : exercice imposé, figure libre
 - B) Une vision qui doit s'incarner « en interne »

L'étude des fusions hospitalières démontre le caractère particulier et unique de chaque cas. Toute opération renferme des difficultés et des opportunités propres, chaque procédure connaît des conditions de réussite et des risques d'échecs spécifiques. Il est illusoire de rechercher une recette ou un modèle applicable uniformément.

Chaque fusion est une histoire en soi, impliquant une culture et des acteurs humains avec leur nature et leur comportement ; chaque cas nous plonge au cœur de l'extrême complexité du « système hôpital ».

Néanmoins, comme le souligne Pascal FORCIOLI, directeur du centre hospitalier intercommunal d'EAUBONNE MONTMORENCY, né de la fusion au 1^{er} janvier 1998 de deux centres hospitaliers, « Il y a toujours « chez l'autre » quelque chose à retenir, un problème à éviter ou une clé pour réussir⁶ ».

Après avoir recueilli sous forme de questionnaires et d'entretiens, la vision du personnel médical du centre hospitalier intercommunal ELBEUF - LOUVIERS VAL DE REUIL et avoir rencontré un certain nombre d'interlocuteurs extérieurs, il semble possible de dégager certains facteurs et de connaître certains comportements permettant de faciliter l'adhésion du personnel médical à la démarche.

1) Le corps médical dans le champ hospitalier

Dans les démarches de restructuration ou de fusion, le corps médical se confronte — et parfois, s'oppose — à d'autres acteurs, ayant pouvoir de décision et légitimité à intervenir dans le devenir des établissements. Les élus, qui président le conseil d'administration, l'autorité de tutelle, notamment les agences régionales de

⁶ Pascal FORCIOLI – Fusion hospitalière mode d'emploi. Revue hospitalière de France, n° 6, novembre décembre 1999.

l'hospitalisation, et les directeurs, dont les pouvoirs ont été affirmés au fil des années, sont amenés à être les interlocuteurs de la communauté médicale.

Ces quatre groupes représentent des intérêts, des missions et des visions différentes les unes par rapport aux autres. Ces différences s'exacerbent parfois, on assiste alors à de véritables conflits de compétences sur les orientations stratégiques de l'hôpital.

A) Les médecins à l'hôpital, l'individuel et le collectif

Au 31 décembre 1998, l'effectif médical des établissements publics de santé s'élevait à 102 192 personnes, pour un équivalent temps plein de 70 091⁷.

Très souvent, on a recours à l'expression « corps médical » pour désigner l'ensemble des médecins d'un même établissement hospitalier. La notion de « corps » évoque dans ce cas un groupe homogène, organisé et soudé, dont les membres exercent une même profession et partagent une culture et des valeurs communes.

En fait, si la notion reste pertinente dans la mesure où l'expérience prouve que le personnel médical d'un établissement est capable de « faire corps » et de montrer la plus grande cohésion qui soit, il est indéniable que la profession se caractérise par son extrême diversité.

L'article L. 6152-1 du code de la santé publique précise les différentes catégories de personnels médicaux ayant vocation à exercer dans les établissements publics de santé : médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens.

Ces personnels, titulaires, contractuels ou attachés, sont soumis à une pluralité de statuts évoluant en fonction du lieu d'exercice (établissements hospitaliers, établissements hospitaliers et universitaires) et de la quotité de temps hebdomadaire consacrée à l'activité hospitalière (temps plein ou temps partiel).

⁷ Informations hospitalières, données et chiffres repères, édition 2000, Direction des hôpitaux, n° 53 mars 2000.

Bien que non-fonctionnaires, tous les médecins hospitaliers ont la qualité d'agent public et sont soumis aux contraintes du service public. Le code de déontologie médicale fixée par le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, leur est applicable.

Au sein d'un même statut, des façons différentes d'aborder les processus de changement peuvent naître de la décision du praticien de bénéficier ou non des droits dont il dispose. Un praticien hospitalier temps plein pourra décider d'exercer une activité libérale, de bénéficier de demi-journées d'activité d'intérêt général ; un praticien hospitalier temps partiel ou un attaché hospitalier pourra simultanément détenir un cabinet libéral ou exercer dans une clinique commerciale.

Outre ces aspects statutaires, l'exercice du métier médical recouvre une multitude de situations et de cadres différents qui évoluent en fonction de la formation, de la motivation et des valeurs auxquelles chacun se réfère. « Selon le mode d'exercice choisi, le médecin adoptera un style d'existence et même un état d'esprit particulier. Il n'est pas indifférent d'être psychiatre ou microchirurgien ophtalmologiste » soulignent Georges TCHOBROUTSKY et Olivier WONG.

Dans le rapport déjà cité remis à la direction des hôpitaux, Philippe GEMINEL, Pierre-Olivier ARCHER et Emmanuel REMOND, détaillent les différences pouvant exister entre les médecins hospitaliers dont la pratique s'inscrit dans un cycle d'intervention court, au sein d'un environnement concurrentiel (chirurgie, anesthésie réanimation, radiologie) et ceux dont la pratique s'inscrit dans un cycle à intervention longue, dans un environnement non concurrentiel (soins de suite, long séjour par exemple).

Les valeurs et sources de satisfaction sont différentes entre un chirurgien (technicité), un clinicien (confrontation à une pathologie complexe) ou un urgentiste (confrontation à des situations vitales). De cette diversité naît des divergences quant aux réformes à apporter au système hospitalier. Ainsi, si l'accueil du plus grand nombre est un objectif largement partagé, il entre parfois en concurrence, selon les disciplines, avec la priorité donnée à la recherche du plus haut niveau de technologie.

A cela s'ajoute le degré d'investissement de chacun dans la gestion de l'établissement. Certains praticiens assument un rôle réel au sein des différentes

instances, et notamment de la commission médicale d'établissement, d'autres conservent une distance notable avec la vie institutionnelle. L'approche des projets importants de l'hôpital en est radicalement changée, les premiers se trouvant de façon naturelle, plus directement impliqués que les seconds.

Dans les périodes d'incertitude que sont les fusions, cette multitude de facteurs et de façons d'exercer est ressentie plus durement en raison des tensions qui surviennent entre deux dimensions du métier, d'une part, la référence très fréquente au « colloque singulier » et à l'individualisme, et d'autre part, à la nécessité de fondre son exercice au sein d'un ensemble de contraintes collectives.

Ce décalage entre ce qui est attendu du corps médical dans les processus de changement et la façon dont il envisage son métier provient pour une large part du contenu de la formation initiale. Seuls les aspects les plus techniques et les plus scientifiques sont enseignés. Même si les choses sont actuellement en évolution, la référence à la possibilité d'une reconnaissance collective, à l'intérêt de la gestion ou du management de projet sont encore largement absents des enseignements obligatoires.

Certains interlocuteurs médicaux, très impliqués dans un processus de changement, regrettant l'absence de vision stratégique de leurs confrères estiment que l'écart entre ce qui caractérise l'exercice hospitalier actuel et la formation reçue par les praticiens ne pourra être comblé que sur une décennie, soit le temps nécessaire à l'émergence d'une nouvelle génération de médecins.

B) La communauté hospitalière, d'une légitimité l'autre

A l'exception de quelques établissements nationaux⁸, les établissements publics de santé sont des établissements publics locaux « communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ». Ils sont administrés par

un conseil d'administration et dirigés par un directeur, nommé après avis du président du conseil d'administration.

On assiste à des débats permanents sur le rôle de l'hôpital dans l'aménagement du territoire, sur la faculté d'intervention significative et controversée des présidents de conseil d'administration dans la vie hospitalière et sur le poids supposé excessif de la défense des intérêts locaux au détriment de l'intérêt général.

Dans le cadre des restructurations et des fusions, le rôle des maires est souvent contesté par le corps médical qui invoque le caractère « politique » des décisions de maintien ou d'abandon d'une activité donnée. Cet aspect est particulièrement présent en cas de maintien ou de fermeture des services d'urgences et surtout, des maternités.

La présidence de droit du conseil d'administration par le maire de la commune de rattachement ou par le président du conseil général en fonction du statut de l'établissement, a été confirmée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les quelques aménagements apportés, autorisant le maire ou le président du conseil général à renoncer s'ils le souhaitent, à la présidence du conseil d'administration ne suffisent pas à dissiper la volonté d'un texte qui consacre l'attachement aux racines locales, développé depuis la loi hospitalière du 7 août 1851.

Ainsi, selon René CAILLET et Bernard DELAETER « la nouvelle composition des conseils traduit (.../...) un renforcement des élus locaux. En particulier, la représentation des communes les plus importantes dans la clientèle de l'hôpital⁹. »

Le cadre est donc fixé sans ambiguïté, la volonté du législateur de maintenir l'ancrage de l'hôpital dans la collectivité territoriale est incontestable.

Le personnel médical doit accepter que le statut d'agent public impose une prise en considération de la réalité de l'hôpital dans tous ses aspects et que la loi et le mandat électif confèrent dans une démocratie la légitimité à intervenir, au sens étymologique du mot politique, dans « les affaires de la cité ».

⁸ Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts à Paris et hôpital national de Saint-Maurice dans le Val-de-Marne.

⁹ René CAILLET et Bernard DELAETER, Comprendre la réforme hospitalière du 24 avril 1996, A.S.P.E.P.S édition 1996.

Il est non moins nécessaire que les élus reconsidèrent et envisagent leur responsabilité sous un jour nouveau.

Ils doivent en particulier accepter le risque d'expliquer que des évolutions parfois douloureuses sont nécessaires pour assurer un service public de qualité et offrir un niveau de sécurité satisfaisant.

Dans le domaine toujours sensible des maternités, des évolutions apparaissent, montrant qu'une prise de position ferme de la part d'un élu, accompagnée d'une explication claire sur les raisons qui le poussent à accepter de mettre un terme à une activité n'offrant plus des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité, ne s'accompagne pas de façon systématique d'une sanction de l'opinion.

Des exemples peuvent étayer ce changement de comportement. On citera notamment le cas des maires de deux communes de Haute-Savoie : Bonneville et Evian qui acceptèrent à des moments très différents de leur mandat, d'assumer la fermeture de maternités. Le premier, un an avant la fin de son mandat ; le second un an après son élection. Tous deux ont été confirmés dans leurs fonctions à l'occasion des élections qui suivirent.

Au sein d'un autre département, La Meuse, le député, maire de Commercy, a initié dès 1988 une réflexion sur le devenir de l'hôpital local implanté sur sa commune. L'opération a été centrée sur le maintien de la qualité et de la sécurité. A l'issue, les décisions arrêtées consistaient à fermer la maternité et à mettre fin à l'activité chirurgicale, au profit du renforcement des consultations avancées de chirurgie et de gynécologie obstétrique. Ces options ne se sont pas accompagnées de sanctions des électeurs.

Rattachés à une collectivité publique, les établissements publics de santé sont soumis à l'action et au contrôle de l'Etat.

Au niveau central, l'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé consiste à arrêter les grandes orientations nationales et à élaborer la réglementation. Cette action se prolonge, comme pour les autres secteurs de l'intervention publique, au sein des régions et des départements.

Ainsi, les préfets ont disposé pendant très longtemps de pouvoirs étendus en matière d'hospitalisation. L'application de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a transféré l'essentiel de ces prérogatives aux agences régionales de l'hospitalisation (Cf. art. L. 6115-1 et suivants, du code de la santé publique).

Administrée par une commission exécutive composée à parité de représentants de l'Etat et de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie, chaque agence régionale est dirigée par un directeur nommé par décret en conseil des ministres. Afin d'exercer leurs prérogatives, les agences bénéficient de la mise à disposition des services déconcentrés de l'Etat, dès lors que leur intervention est nécessaire.

Désormais, une autorité de décision unique compétente pour l'hospitalisation publique et privée, a pour missions principales de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins à travers le S.R.O.S et le régime des autorisations, d'analyser et coordonner l'activité des établissements grâce aux contrats d'objectifs et de moyens, et de déterminer l'allocation des ressources à travers la campagne budgétaire.

Ces objectifs sont précisés chaque année dans une lettre de mission adressée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins aux agences régionales de l'hospitalisation.

Nous avons évoqué en introduction le mouvement important de restructuration de l'offre de soins initiée depuis la mise en place des agences et l'ampleur du travail effectué depuis leur création. L'étude de la fusion des centres hospitaliers d'Elbeuf et de Louviers Val de Reuil montre combien une gestion imprécise de l'opération par l'agence régionale peut entacher de façon durable la crédibilité et la légitimité du projet au sein de la communauté médicale.

Inspirées du rapport « santé 2010 » du commissariat général au plan, les agences régionales de l'hospitalisation ont été créées dans le souci d'instaurer un pouvoir de décision, détaché des contraintes et des pressions locales, apte à faire aboutir les restructurations et aménagements souhaités par l'Etat.

Le personnel médical estime que cet objectif n'est que partiellement atteint. Selon lui, si les agences ont le réel pouvoir de contraindre les établissements à entamer des restructurations — notamment au travers de l'allocation de ressources — les raisons et les motifs des interventions manquent parfois de transparence et restent étroitement liés aux pressions locales.

La plupart des médecins rencontrés regrettent l'absence d'une véritable autorité indépendante, capable d'arrêter de façon nette et précise les restructurations liées aux choix de la planification. Pour certains d'entre eux, et de façon inattendue, le rôle idéal des agences devrait être celui d'un « despote éclairé ».

Une des conditions permettant l'adhésion du personnel médical aux opérations de fusion et de restructuration réside dans la clarté des objectifs à atteindre et la transparence de la communication. Des décisions fermes seraient acceptées dans la mesure où elles permettraient de mettre un terme aux tensions locales et où elles seraient motivées par l'amélioration de la qualité des soins et la réponse aux exigences de la population. La plupart des médecins ne se posent pas en concurrents systématiques des décideurs politiques ou administratifs, mais se déclarent prêts à s'opposer à toutes décisions qu'ils estiment néfastes à la qualité de la prise en charge médicale.

Les opérations de restructuration ou de fusion sont également l'occasion pour la sphère médicale de travailler de concert ou de s'affronter avec le directeur de l'hôpital.

Apparus pour la première fois en 1941, les directeurs d'hôpital, dont les fonctions et les pouvoirs n'ont cessé de s'étendre, forment aujourd'hui « un corps professionnel doté d'une formation longue, d'une culture propre entretenue par nombre d'associations et de publications et d'une expertise « managériale »¹⁰ ».

La perception du corps de direction par le corps médical diffère en fonction de la taille de l'établissement. Dans les petits centres hospitaliers, le directeur est une personne proche, appréciée ou décriée mais accessible. Dans les centres hospitaliers universitaires, la direction est perçue comme lointaine mais légitime et

¹⁰ François-Xavier SCHWEYER, Le corps des directeurs d'hôpital, Cahiers de recherche de la MiRe n° 8, avril 2000.

compétente. C'est au sein des centres hospitaliers de grande taille que les relations sont les plus difficiles. On trouve alors de très nombreuses et très classiques difficultés de communication. Il est intéressant de noter que quelle que soit la taille de l'établissement, la qualité des relations s'améliore dès lors que les médecins s'impliquent plus activement dans la gestion de l'hôpital.

En application de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur est chargé de mettre en œuvre la politique définie par le conseil d'administration et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Nous avons vu en introduction qu'il exerce son autorité sur l'ensemble des personnels, dans le respect des règles déontologiques et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Ces pouvoirs le désignent comme le coordonateur naturel des opérations de restructuration. Mais, comme le rappellent Béatrice FERMON et Yves JONCOUR, « si ce rôle semble dévolu en premier lieu au directeur de l'établissement, compte tenu de sa position spécifique de « gestionnaire des frontières de l'hôpital » (Mintzberg, 1982) il n'est pas sûr que les autres membres de l'organisation lui reconnaissent cette légitimité¹¹ ».

Concernant le personnel médical, il est en effet fréquent que l'intervention du directeur dans les aspects médicaux du processus interne de fusion, dans la réorganisation des structures et l'élaboration du projet médical soient contestée. Dans d'autres cas, et la fusion des centres hospitaliers d'Elbeuf et Louviers / Val de Reuil en est un exemple, le rôle du directeur reste perçu comme l'application stricto sensu de décisions prises « ailleurs » : le directeur, nommé pour faire aboutir le processus de fusion œuvre en ce sens, sans disposer d'une marge de manœuvre significative.

¹¹ Béatrice FERMON et Yves JONCOUR, Enjeux et limites des projets de restructuration externe : les enseignements d'un projet de fusion. L'hôpital stratège.

2) Fusionner suppose une méthode, non un programme

Les entretiens et la lecture des questionnaires, montrent que le corps médical perçoit son environnement comme porteur de menaces et d'inquiétudes et le décrit souvent en termes très durs. On fait ainsi appel au lexique militaire « hostilité » « défense de ce territoire » « invasion », chirurgical « amputation », ou plus familier, lorsqu'on dénonce « des vendus » qui « voulaient nous bouffer » !

Ces exemples anecdotiques montrent comment l'annonce d'une opération de fusion, en venant se plaquer sur ces représentations, peut déclencher blocages et rejets.

Le corps médical ne s'engage dans un tel processus qu'à partir de l'instant où il estime qu'il pourra être écouté et entendu. L'adhésion ne peut survenir que dans un climat de confiance, qui « se bâtit sur des éléments objectifs », comme l'a déclaré Mireille GUIGUAZ, présidente de la section accréditation de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (A.N.A.E.S), à l'occasion des premières assises nationales des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers, à Angoulême les 19 et 20 mai 2000. Afin de démontrer au personnel médical des établissements destinés à se rapprocher et à fusionner, que les objectifs fixés sont clairs, transparents et cohérents, et qu'il ne s'agit pas de « fusionner pour fusionner », il convient de recourir à une méthodologie précise permettant d'élaborer un vrai projet pour l'établissement et de trouver au sein des structures concernées, des acteurs le portant et l'incarnant.

Toujours selon Mireille GUIGUAZ, le médecin souhaite d'une part, être un vrai responsable et pour cela doit accepter de manager et de collaborer à un système d'action organisé et collectif, et d'autre part, être légitime et reconnu, en particulier en défendant la qualité des soins.

A) Le projet médical commun, exercice imposé, figure libre

La question de savoir à quel moment doit être élaboré le projet médical commun semble sans fondement. Il est difficilement concevable d'initier la démarche une fois la fusion prononcée. Que se passerait-il dans ce cas si une incompatibilité totale de culture ou de vision empêchait d'envisager un aboutissement du projet ? Que deviendrait un établissement né par fusion, dans l'impossibilité de faire collaborer la moindre unité médicale ?

Sans que cette solution représente la garantie absolue d'un fonctionnement sans heurts ni difficultés, la seule issue réside dans l'élaboration d'un projet médical commun, impliquant le corps médical très en amont du prononcé de la fusion. Comme dans le cas du centre hospitalier intercommunal ELBEUF - LOUVIERS VAL DE REUIL, la période transitoire du syndicat interhospitalier peut constituer un moment idéal pour développer le projet. Le travail s'inscrit alors dans un cadre suffisamment précis prouvant que le rapprochement est en marche, tout en confirmant que la priorité est donnée au médical sur le juridique.

La lecture de la loi hospitalière montre l'importance du projet médical dans la vie d'un établissement public de santé :

« Art. L 6144-1 : Dans chaque établissement public de santé, une commission médicale d'établissement :

1° Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec le schéma d'organisation sanitaire ;

.../... »

En servant de base au projet d'établissement, le projet médical contribue à la fois à traduire la volonté externe de planification du schéma d'organisation sanitaire et à définir les objectifs stratégiques internes à l'établissement. A ces fins, il doit permettre à la communauté médicale de se retrouver sur une plate-forme reconnue et partagée. « Si l'acte constitutif du nouvel établissement est bien l'arrêté

préfectoral prononçant la fusion, son acte fondateur est le projet d'établissement », indique Danièle LACROIX, directrice du centre hospitalier Meulan – Les Mureaux¹². Outre cet aspect de fondation d'un nouvel hôpital, l'adoption d'un projet médical permet de donner « du sens » à la fusion. A ce stade, ce qui peut survenir de pire est de laisser accroire que tous les choix sont déjà faits.

La méthode à mettre en place pour parvenir au projet médical est presque aussi importante que le projet lui-même. Les médecins interrogés sont précis sur leurs attentes. La méthode doit être rationnelle, maîtrisée ; elle doit permettre à chacun de s'exprimer, y compris — et surtout — en cas de désaccord. Il est essentiel d'assurer durant cette période le décryptage des intentions de tous les acteurs et d'objectiver tous les aspects qui peuvent l'être afin de rendre parfaitement lisible le discours de chacun.

Dans certains cas, la résistance opposée par le personnel médical constitue une attitude rationnelle¹³. Dans le cas du centre hospitalier intercommunal ELBEUF - LOUVIERS / VAL DE REUIL, quelques praticiens ont refusé d'adhérer au projet, non par crainte absolue d'un changement mais parce qu'ils estimaient que la réorganisation de l'offre de soins sur le bassin de population devait prendre une autre forme. En quelque sorte, le principe était acquis et un projet différent aurait reçu leur adhésion.

Dans d'autres cas, l'opposition au changement et le refus d'adhérer au processus revêtent une toute autre forme. On assiste alors à des comportements irrationnels, parfois caricaturaux ; un ensemble inextricable de rancœurs, de craintes, de conflits de personnes et de luttes stériles qui se déversent devant l'assemblée médusée de la communauté médicale. Les acteurs s'estimant les plus menacés étant alors capables des comportements les plus excessifs. Il s'agit là de la « part d'ombre », marginale mais inévitable, que l'on rencontre chaque fois qu'une collectivité humaine est concernée.

Aucune démarche ne peut avoir la prétention de supprimer ce type de problème. En revanche on doit faire en sorte qu'une méthode crédible, précise, et

¹² DH magazine n° 66, août septembre 1999.

¹³ Voir annexe 3.

cohérente inverse le rapport de force en passe d'être instauré et permette de marginaliser les comportements minoritaires les plus extrêmes. Si une adhésion massive ne peut-être trouvée, il faut rechercher l'adhésion du plus grande nombre.

La communication menée durant cette phase doit être la plus régulière et la plus transparente possible. Il est particulièrement important que chacun des intervenants accède à un même niveau d'information, afin de limiter les risques de manipulation des plus fermes opposants au projet.

B) Une vision qui doit s'incarner « en interne »

Si les processus de fusion intéressent des communautés à la fois très différentes et légitimes à intervenir, il est indispensable que le projet présenté au corps médical puisse s'incarner au sein des établissements.

Le contexte global de l'établissement est à prendre en considération. L'environnement sous tous ses aspects, la gestion des projets passés, les engagements pris autrefois, la façon dont l'organisation est structurée sont déterminants.

Des établissements très cloisonnés seront confrontés à plus de difficultés que d'autres, dont les différentes unités auront l'habitude de communiquer de façon régulière et dont l'ouverture vers l'environnement permettra une plus grande adaptabilité aux changements.

Concernant les acteurs, le rapport du groupe de travail sur l'avenir de l'hôpital, réuni autour d'Alain BACQUET, conseiller d'Etat, et rendu public au mois de juin 2000, rappelle l'importance d'une excellente collaboration et coordination entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. En temps normal, cette collaboration « conditionne le fonctionnement optimal de l'hôpital » ; en période de fusion, elle devient un gage essentiel de réussite.

Le fonctionnement du binôme directeur – président de commission médicale d'établissement, l'écoute mutuelle et le refus de la peur de perdre ou de voir

se dissoudre les identités respectives peuvent parvenir à faire s'incarner le projet de fusion.

L'objectif est plus difficile qu'il ne paraît, chacun se demandant jusqu'où adhérer aux idées de l'autre, jusqu'à quel point entendre ses arguments sans prêter le flanc à la manipulation. Cette difficulté est rencontrée tant par le directeur que par le président de la commission médicale d'établissement.

Si cette collaboration est indispensable, elle n'est pas non plus sans risques. François-Xavier SCHWEYER, dans l'article déjà cité, souligne que cette « relation avec le président de la commission médicale d'établissement reste souvent périlleuse, car d'une part, la position du président de la commission médicale d'établissement est fragile ou ses marges de manœuvre limitées, et, d'autre part, un partenariat réussi avec le directeur ne peut s'afficher au risque de heurter la culture médicale dominante et d'être suspectée de trahison ».

La voie de la collaboration est étroite ; il s'agit d'assurer la légitimité et la représentativité du président de la commission médicale d'établissement et ne pas aboutir, par une relation trop « idyllique », à laisser penser au corps médical que ses intérêts particuliers ne sont plus représentés ou défendus.

Le recours à un consultant extérieur, même si ce choix est parfois contesté, peut représenter un double avantage.

D'une part, il permet grâce à son apport méthodologique et à son regard extérieur, d'assurer une médiation entre les intérêts divergents apparaissant au sein du corps médical sans que le président de la commission médicale d'établissement soit contraint de s'exposer de façon trop ouverte.

D'autre part, en cas de graves problèmes survenant en cours de processus et de blocages importants, le consultant peut assumer un rôle de « fusible » ; son départ ouvrant alors de nouvelles perspectives.

~

~

~

CONCLUSION

Il est normal qu'une fusion, comme tout processus de changement, engendre des résistances. Sur le plan de l'organisation médicale, ces résistances, ce refus d'adhérer au projet peuvent dans certains cas bloquer de façon durable le processus.

Le soin à apporter à ce type d'opération et le souci d'y associer le personnel médical sont d'autant plus importants que les fusions et les autres formes de collaboration ou de rapprochement sont appelées à se multiplier.

Fonctionnant sur le mode d'un mécanisme « à cliquet », chaque étape de la procédure rend plus difficile, voire impossible, un retour à la situation précédente. Une mauvaise gestion du temps ou du processus risque de plonger les structures en cause dans un compromis incertain mais durable.

Certains des interlocuteurs soulignent que « L'hôpital public est fort, plus fort qu'il ne croit, quand il est lucide », cette lucidité de tous les acteurs est indispensable afin que puissent être menées à leur terme les restructurations nécessaires.

La solution de l'adhésion réside dans un dialogue renouvelé, où chacun accepte le rôle de ses interlocuteurs :

- Veiller à la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients pour le corps médical,
- Répondre aux impératifs de l'aménagement du territoire et de l'ancrage dans la collectivité, pour les élus,
- Gérer le ou les établissements pour le directeur et son équipe, en collaboration avec le président de la commission médicale d'établissement,
- Coordonner et planifier, recentrer l'action générale lorsqu'elle s'éloigne des objectifs arrêtés par l'Etat, pour les agences de l'hospitalisation.

Le public quant à lui, recherche et accède de plus en plus aisément aux informations touchant au fonctionnement des hôpitaux¹⁴. Les attentes résident dans une amélioration de la qualité et la garantie de conditions de sécurité satisfaisantes.

Il devient à la fois indispensable et possible d'ouvrir le débat et de redéfinir le lexique employé par tous : sécurité, proximité, qualité et service rendu.

~

~

~

¹⁴ On pense notamment aux numéros spéciaux de la revue « Sciences et avenir » et à la polémique survenue lors du départ de l'équipe de journalistes en charge de cette étude vers la rédaction du quotidien « Le Figaro ».

Bibliographie

- ✓ **BAUDET (Marie-Béatrice), LARONCHE (Martine)** – Pourquoi les fusions ne tiennent pas leurs promesses ?. Le Monde, Cahier spécial économie. 18 mai 1999.
- ✓ **CHERIFI (Arezki)** – Le nouvel hôpital de l'agglomération elbeuvienne, essai d'analyse, après sa construction, des changements dans un nouvel hôpital situé dans une agglomération en mutation. Mémoire de fin d'assistantat. E.N.S.P 1990.
- ✓ **CONTANDRIOPOULOS (André-Pierre), SOUTEYRAND (Yves)** – L'hôpital stratège, dynamiques locales et offre de soins. Ministère du travail et des affaires sociales (MIRE, Direction des hôpitaux) 1997.
- ✓ **FREIDSON (Eliot)** – La profession médicale. Payot 1984.
- ✓ **GEMINEL (Philippe), ARCHER (Pierre-Olivier), REMOND Emmanuel** – Les praticiens hospitaliers, portrait d'une profession. Etude sur le thème « rôle, place et identité du praticien hospitalier ». Direction des hôpitaux. 1993.
- ✓ **LE TAILLANDIER (Vincent)** – Le praticien hospitalier. Berger-Levrault, 2^e éd. 1996.
- ✓ **MARECHAL (Jean-Pierre)** – Réformer l'hôpital. Hermes, 1996.
- ✓ **MORIN (Edgar), LE MOIGNE (Jean-Louis)** – Comprendre la complexité dans les organisations de soins. ASPEPS Edition, 1997.
- ✓ **TCHOBROUTSKY (Georges), WONG (Olivier)** – Le métier de médecin. Presse universitaire de France, Que sais-je n°2812. 1996.
- ✓ **VERDIER (Nicolas)** – Histoire de l'hôpital-Hospice d'Elbeuf de 1870 à 1939. centre hospitalier d'Elbeuf, 1995.

- ✓ On pourra également se référer au document réalisé par Mark KIDEL, intitulé « Les hôpitaux meurent aussi » (Les films d'ici, La Sept – Arte, 1999).

~

~

~

Remerciements...

... au docteur **Vincent LAJARIGE**, président de la commission médicale d'établissement de l'hôpital – clinique Val de Seine à Lillebonne, qui a accepté d'encadrer la préparation de ce mémoire.

... à messieurs **Jean-Yves AUTRET**, maître de stage et **Bruno BARRAL**, directeur, pour leurs apports respectifs et complémentaires.

... à **l'ensemble du personnel médical du centre hospitalier intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil**, au docteur **Philippe DAVID** et à mademoiselle **Annie VIVIER**, président et vice-président de la commission médicale d'établissement.

... à madame **Michèle GUILLOU**, messieurs **Marc BREMONT** et **Joël CLEMENT**, de l'école nationale de la santé publique, pour avoir guidé mes premières recherches.

... à toutes les personnes qui dans le cadre de la préparation de ce mémoire, m'ont fait bénéficier de leur approche et de leur expérience, notamment :

- ✓ Le docteur **Jacques BRIERE**, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Fécamp (Seine – Maritime),
- ✓ Monsieur **Henri CARREAUX THUILLIER**, chargé de mission auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie,
- ✓ Le docteur **Brigitte GEFFROY**, médecin inspecteur départemental de la santé, direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Seine-Maritime,
- ✓ Le docteur **Jean-Yves GRALL**, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Chateaubriant (Loire-Atlantique),

- ✓ Le docteur **Gandhour MAJDALANI**, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier d'Evreux (Eure),
- ✓ Monsieur **Louis OMNES**, directeur de l'hôpital européen Georges Pompidou, Paris,
- ✓ Le docteur **Guy RENO**, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier intercommunal de Poissy – Saint Germain en Laye (Yvelines),
- ✓ Monsieur **Hervé RIMBERT**, Consultant, Générale d'innovation, Groupe « LA CREATIQUE ».

Annexe 1

Les données ci-dessous rappellent la situation comparée des deux établissements, après la création d'un syndicat interhospitalier (1^{er} janvier 1998) et avant la fusion juridique (1^{er} janvier 1999) :

	Centre hospitalier d'Elbeuf « Hôpital des Feugrais »	Centre hospitalier intercommunal Louviers / Val de Reuil
➤ CAPACITE : M.C.O	265 lits dont 3 lits d'I.V.G et 16 places en hôpital de jour	77 lits dont 3 lits d'I.V.G
Moyen séjour	60 lits	30 lits
Long séjour	60 lits	44 lits
Secteur social	191 lits	199 lits
➤ ACTIVITE : Nombre d'entrées M.C.O	18 547	2 873
Dont : séances	2 704	234
Naissances	1 241	500
Consultations externes	124 455	6 588
Passages aux S.A.U	30 000	
Interventions au bloc opératoire	5 000	
➤ MOYENS : (section d'exploitat° tous budgets confondus)	350 000 000.00 F	100 000 000.00 F
➤ VALEUR Pt I.S.A	10,71	12,70

Annexe 2

- Questionnaire transmis au personnel médical du centre hospitalier intercommunal ELBEUF - LOUVIERS / VAL DE REUIL.

Le caractère nominatif était laissé à l'appréciation des destinataires.

L'envoi a été effectué sous pli nominatif individuel ; un courrier précisait le cadre du travail entrepris et les conditions d'exploitation des réponses.

- Grille de recueil des résultats.

1 – VOTRE PROFESSION, VOS CHOIX, LE CADRE DE VOTRE EXERCICE.

➤ Comment définissez-vous les valeurs de référence de votre profession ?

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

➤ Depuis combien de temps exercez-vous au centre hospitalier Elbeuf / Louviers / Val de Reuil ou dans l'une de ses composantes ?

.....

➤ Pour quelles raisons avez vous choisi d'exercer :

- ✓ Dans le secteur hospitalier public ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

✓ Au centre hospitalier Elbeuf Louviers Val de Reuil ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

➤ Vos attentes ont-elles trouvé satisfaction ?

✓ Si oui, comment ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

✓ Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 – L'OPERATION DE FUSION

1 – L'OPPORTUNITE.

- Selon vous, fallait-il fusionner les établissements d'Elbeuf et de Louviers – Val de Reuil ?

Oui

Non

Sans opinion

- ✓ Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Votre avis a-t-il changé au cours du processus ?

Oui

Non

Sans opinion

- ✓ Si oui, de quelle façon ?

.....

.....

.....

.....

2 – LA METHODOLOGIE UTILISEE.

➤ La méthode vous a semblé :

- Participative
- Incitative
- Autoritaire
- A l'écoute de vos préoccupations
- Sans opinion

➤ Etait-elle adaptée à la situation ?

- Oui Non Sans opinion

➤ Le rythme du processus de fusion vous a semblé

- Trop lent Trop rapide Adapté Sans opinion

➤ Avez-vous le sentiment d'avoir été intégré au processus de changement ?

- Oui Non Sans opinion

✓ Si oui, avez-vous le sentiment que votre contribution a été entendue ?

- Oui Non Sans opinion

.....

.....

.....

.....

.....

3 – LA COMMUNICATION.

- Comment qualifiez-vous la communication pratiquée vers le corps médical pendant cette période, par :

La tutelle	Précise	<input type="checkbox"/>	Imprécise	<input type="checkbox"/>
	Transparente	<input type="checkbox"/>	Opaque	<input type="checkbox"/>
	Suffisante	<input type="checkbox"/>	Insuffisante	<input type="checkbox"/>
	Adaptée	<input type="checkbox"/>	Inadaptée	<input type="checkbox"/>
	En temps	<input type="checkbox"/>	Tardive	<input type="checkbox"/>
	Sans opinion	<input type="checkbox"/>		

La direction	Précise	<input type="checkbox"/>	Imprécise	<input type="checkbox"/>
	Transparente	<input type="checkbox"/>	Opaque	<input type="checkbox"/>
	Suffisante	<input type="checkbox"/>	Insuffisante	<input type="checkbox"/>
	Adaptée	<input type="checkbox"/>	Inadaptée	<input type="checkbox"/>
	En temps	<input type="checkbox"/>	Tardive	<input type="checkbox"/>
	Sans opinion	<input type="checkbox"/>		

Le bureau de C.M.E	Précise	<input type="checkbox"/>	Imprécise	<input type="checkbox"/>
	Transparente	<input type="checkbox"/>	Opaque	<input type="checkbox"/>
	Suffisante	<input type="checkbox"/>	Insuffisante	<input type="checkbox"/>
	Adaptée	<input type="checkbox"/>	Inadaptée	<input type="checkbox"/>
	En temps	<input type="checkbox"/>	Tardive	<input type="checkbox"/>
	Sans opinion	<input type="checkbox"/>		

- D'une façon générale, estimez-vous avoir été bien informé du déroulement de la procédure de fusion ?

✓ quantitativement : Oui Non
qualitativement : Oui Non
Sans opinion

➤ La commission médicale d'établissement a-t-elle joué le rôle que vous en attendiez ?

Oui

Non

Sans opinion

Pourquoi ?.....
.....
.....
.....

➤ Le directeur ?

Oui

Non

Sans opinion

Pourquoi ?.....
.....
.....
.....

➤ Les chefs de service ?

Oui

Non

Sans opinion

Pourquoi ?.....
.....
.....
.....

➤ La tutelle ?

Oui

Non

Sans opinion

Pourquoi ?.....
.....
.....
.....

Nombre de questionnaires envoyés sous pli nominatif :	97
Nombre de questionnaires complétés et retournés :	27
Taux de réponse :	27,84%

1 – VOTRE PROFESSION, VOS CHOIX, LE CADRE DE VOTRE EXERCICE.

Comment définissez-vous les valeurs de référence de votre profession ?

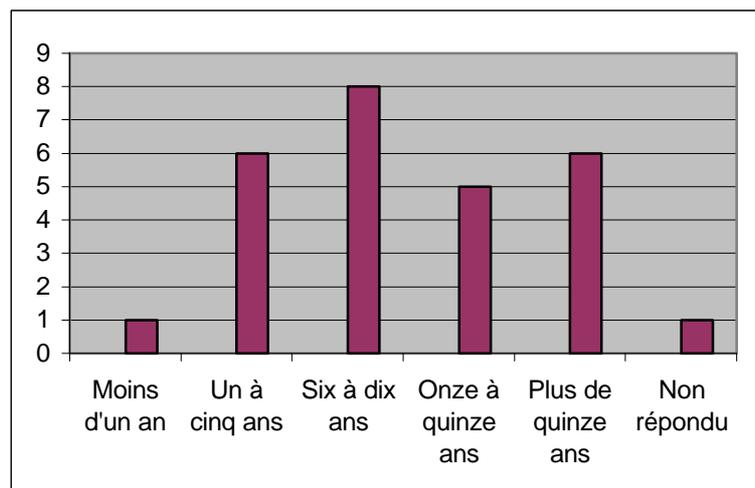
(Nombre de fois où le terme est cité)

Disponibilité	8	Sociabilité	1
Compétence	7	Humilité	1
Intérêt technique, scientifique ou pratique	5	Evolutivité	1
Humanité	5	Equité	1
Qualité fiabilité efficacité Service public, égalité d'accès aux soins	5	Collectivité	1
Interactivité, travail en équipe	4	Utilité	1
Sécurité	3	Déontologie	1
Rigueur	3	Respect avec le personnel	1
Responsabilité	3	Effcience	1
Indépendance	2	Enseign rech	1
Intégrité	2	Résist. Phys.	1
Vigilance	2	Rapidité	1
Constance	1	Confiance avec le patient	1
		Générosité	1

Depuis combien de temps exercez-vous au centre hospitalier Elbeuf - Louviers / Val de Reuil, ou dans l'une de ses composantes ?

Moins d'un an
Un à cinq ans
Six à dix ans
Onze à quinze ans
Plus de quinze ans
Non répondu

1
6
8
5
6
1



Pour quelles raisons avez vous choisi d'exercer ? :

Dans le secteur hospitalier public ? (Nombre de fois où le motif est invoqué)

Intérêt pour le travail en équipe pluridisciplinaire	13
Intérêt, culturel, scientifique ou professionnel	11
Intérêt pour le service public	5
Refus de mêler pratique médicale et aspect lucratif	4
Absence de choix (ex: diplôme ou nationalité)	3
Diversité des tâches	3
Plateau technique	2
Enseignement et recherche clinique	2
Qualité des soins ou de prise en charge du patient	2
Continuité logique de l'internat et du clinicat	2
Opportunité de recrutement	1
Sécurité de l'emploi	1
Intérêt pour la gestion	1

Au centre hospitalier Elbeuf Louviers Val de Reuil ? (Nombre de fois où le motif est invoqué)

Situation géographique	17
Opportunité professionnelle (poste, chefferie...)	15
Taille et type d'établissement	8
Rapports humains	4
Plateau technique	1
Absence de choix	1
Réputation de l'établissement	1

Vos attentes ont-elles trouvé satisfaction ?

Oui ?	19	Non ?	0	Partiellement	8
-------	----	-------	---	---------------	---

2 – L'OPERATION DE FUSION

1 – L'OPPORTUNITE.

Selon vous, fallait-il fusionner les centres hospitaliers d'Elbeuf et de Louviers – Val de Reuil ?

Oui	19	Non	0	Sans opinion	8
-----	----	-----	---	--------------	---

Votre avis a-t-il changé au cours du processus ?

Oui	5	Non	17	Sans opinion	5
-----	---	-----	----	--------------	---

Si oui, de quelle façon ?

Positif vers négatif	5	(forte adhésion à moindre adhésion)
Négatif vers positif		(forte opposition à moindre opposition)

2 – LA METHODOLOGIE UTILISEE.

La méthode vous a semblé (Plusieurs réponses possibles, nombre de fois où le terme est coché) :

Incitative	11
Participative	10
Autoritaire	9
A l'écoute de vos préoccupations	1
Sans opinion	8

Etait-elle adaptée à la situation ?

Oui	10	Non	5	Sans opinion	12
-----	----	-----	---	--------------	----

Le rythme du processus de fusion vous a semblé :

Trop lent	7
Adapté	5
Trop rapide	3
Sans opinion	12

Avez-vous le sentiment d'avoir été intégré au processus de changement ?

Oui	17
Non	6
Sans opinion	4

Si oui, avez-vous le sentiment que votre contribution a été entendue ?

Oui	6
Non	9
Sans opinion	12

3 – LA COMMUNICATION.

Comment qualifiez-vous la communication pratiquée vers le corps médical pendant cette période, par : (Plusieurs réponses possibles)

La tutelle	Adaptée	1	Imprécise	14
	Transparente	0	Insuffisante	9
	Suffisante	0	Opaque	8
	Précise	0	Inadaptée	7
	En temps	0	Tardive	5
	Sans opinion	10		

La direction	Précise	9	Insuffisante	6
	Transparente	7	Opaque	3
	Adaptée	7	Imprécise	1
	Suffisante	5	Inadaptée	1
	En temps	4	Tardive	2
	Sans opinion	8		

Le bureau de C.M.E	Transparente	8	Insuffisante	4
	Précise	6	Tardive	2
	Adaptée	6	Opaque	1
	En temps	4	Inadaptée	1
	Suffisante	3	Imprécise	0
	Sans opinion	11		

D'une façon générale, estimez-vous avoir été bien informé du déroulement de la procédure ? (Une ou deux réponses possibles)

Quantitativement :	Oui	13	Non	5
Qualitativement :	Oui	9	Non	9
	Sans opinion	9		

La commission médicale d'établissement a-t-elle joué le rôle que vous en attendiez ?

Oui	10	Non	4	Sans opinion	13
-----	----	-----	---	--------------	----

Le directeur ?

Oui	9	Non	5	Sans opinion	13
-----	---	-----	---	--------------	----

Les chefs de service ?

Oui	7	Non	4	Sans opinion	16
-----	---	-----	---	--------------	----

La tutelle ?

Oui	0	Non	15	Sans opinion	12
-----	---	-----	----	--------------	----

4 – LES CONSEQUENCES.

Concernant les thèmes et les sites ci-dessous, quel regard portez vous sur les conséquences de la fusion :

	Conséquences pour le site d'ELBEUF			Conséquences pour le site de LOUVIERS		
	<i>Positives</i>	<i>Négatives</i>	<i>Sans</i>	<i>Positives</i>	<i>Négatives</i>	<i>Sans</i>
Diversité de l'offre de soins	7		18	20	2	3
Qualité	5	4	14	20	2	2
Sécurité	5	4	14	19	3	1
Proximité	8	2	15	16	5	3
Continuité	11	1	13	13	4	5
Organisation et gestion des structures concernées	7	11	5	14	7	1
Conditions de travail du corps médical	7	8	7	13	4	5

Annexe 3

Ce tableau s'inspire de l'article publié par Frédéric de KONINCK, sociologue, professeur à l'école nationale des ponts et chaussées, dans le numéro hors série de la revue Sciences Humaines consacré au changement (HS n° 28, mars avril mai 2000).

Selon son approche, une négociation précoce permet de mettre à plat les modes de fonctionnement puis d'établir les priorités de la démarche. Cette méthode intègre les résistances au changement comme légitimes et justifiées de façon à éviter le blocage survenant lorsque ces résistances sont considérées comme un « invariant anthropologique ».

La démarche présentée par F. de KONINCK, est transposable au monde hospitalier.

ATTENTES DES ACTEURS FACE AU CHANGEMENT		MOYENS DE LIMITER LES RESISTANCES
INTERET	<u>Immédiat</u> : financier..., <u>Différé et/ou permanent</u> : assurance de retrouver un « territoire », légitimité des acteurs en présence...	Ouvrir le débat sur l'évolution nécessaire. Reconnaître l'expertise de chaque acteur.
SENTIMENT DE JUSTICE	Qualité de l'arbitrage et clarté des règles, transparences. Reconnaissance concrète et pratique de la valeur de chacun.	Utiliser des règles d'argumentation permettant à chacun d'avancer ses suggestions (association à l'élaboration du projet)
MOTIVATION	Effets du système et jeux d'intérêts : Passés : projets précédents, échecs, engagements pris et non tenus. Futurs : Clarté de l'engagement, pérennité du projet proposé.	Surmonter les craintes en « investissant » sur chacun