



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Dates du Jury : 11 et 12 décembre 2001

Restructuration médicale et fusion d'établissements publics de santé

L'exemple des Hôpitaux du Léman

Caroline PEROYS

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE GENERAL D'UNE RESTRUCTURATION MÉDICALE LIÉE À UNE FUSION.....	7
CHAPITRE 1 : UNE CONTRAINTE JURIDIQUE ET INSTITUTIONNELLE TRÈS RELATIVE.....	7
1. <i>La fusion : une décision initiale aux contours définis.....</i>	8
1.1 <i>Le cadre juridique et les notions de coopération et fusion.....</i>	8
1.1.1 Les multiples formes de coopérations inter hospitalières	8
1.1.2 Les dispositions relatives à la fusion d'EPS et aux Centres Hospitaliers Intercommunaux.....	9
1.2 <i>Le cadre institutionnel et la décision initiale du DARH.....</i>	10
1.2.1 L'analyse des pouvoirs du DARH	10
1.2.2 Une application nuancée.....	11
2. <i>La restructuration médicale : une procédure de mise en œuvre souple, laissée à la discrétion de l'établissement.....</i>	12
2.1 <i>Entre vide juridique et grandes orientations fixées par l'ARH.....</i>	12
2.1.1 La « liberté juridique »	12
2.1.2 La négociation des axes de la restructuration médicale avec l'ARH	13
2.1.3 Le projet médical ou le véritable travail de concertation	14
2.2 <i>Le recours aux dispositions de droit commun</i>	15
2.2.1 Les règles ordinaires d'organisation des soins	15
2.2.2 L'amendement « liberté ».....	16
CHAPITRE 2 : LES RÉSISTANCES QUE DOIT SURMONTER LA RESTRUCTURATION	21
1. <i>Résistances externes : la commotion de l'environnement politique et social.....</i>	21
1.1 <i>Les enjeux politiques.....</i>	21
1.2 <i>La pression sociale</i>	22
2. <i>Résistances internes : les appréhensions du personnel.....</i>	23
2.1 <i>La confrontation des cultures d'établissement</i>	23
2.1.1 Les Hôpitaux du Léman à travers le prisme de la sociologie d'entreprise.....	23
2.1.2 La fusion ou l'entreprise en crise.....	24
2.2 <i>Les positions des différents protagonistes.....</i>	25
2.2.1 Les conflits médicaux et de services	25
2.2.2 Les inquiétudes du personnel non médical.....	26
2.2.3 La direction et la conduite du changement	27
2.3 <i>La résistance au changement ?</i>	28
2.3.1 Du deuil à la peur de l'avenir.....	28
2.3.2 Derrière la « résistance au changement »	30
DEUXIÈME PARTIE : LA RECHERCHE D'UNE POLITIQUE DE RESTRUCTURATION MÉDICALE.....	32
CHAPITRE 1 : LA RESTRUCTURATION DE L'ÉTABLISSEMENT : UNE STRATEGIE GLOBALE	34

1.	<i>La suppression des doublons.....</i>	34
2.	<i>Le maintien et le développement d'une activité de médecine à Evian</i>	35
3.	<i>La réorganisation des Urgences.....</i>	36
3.1	<i>La création d'un service unique</i>	36
3.2	<i>La fermeture des Urgences de nuit à Evian.....</i>	36
4.	<i>L'organisation des départements sur l'ensemble de l'établissement.....</i>	37
4.1	<i>La départementalisation : un choix du projet d'établissement</i>	38
4.2	<i>La déclinaison de la départementalisation.....</i>	39
CHAPITRE 2 : LA REVITALISATION DES DEUX FUTURS DÉPARTEMENTS DU SITE D'EVIAN.....		41
1.	<i>L'organisation spatiale</i>	42
2.	<i>L'organisation médicale.....</i>	44
2.1	<i>Une départementalisation en cours.....</i>	44
2.2	<i>La remise en cause d'une unité d'hospitalisation de courte durée</i>	44
2.3	<i>Le plateau de consultations : un service de proximité.....</i>	45
3.	<i>L'organisation soignante.....</i>	48
4.	<i>L'organisation administrative.....</i>	49
TROISIÈME PARTIE : MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION D'UNE POLITIQUE DE RESTRUCTURATION MÉDICALE.....		53
CHAPITRE 1 : LA MISE EN ŒUVRE ET LES RÉSULTATS DE LA POLITIQUE DE RESTRUCTURATION MÉDICALE.....		54
1.	<i>La mise en œuvre ou les derniers arbitrages.....</i>	54
1.1	<i>Les aléas de la mise en œuvre.....</i>	54
1.2	<i>La communication : un instrument qui reste central à cette étape</i>	54
2.	<i>Des résultats des fusions reflétant le climat de la négociation</i>	55
2.1	<i>L'expérience du CH Loire Vendée Océan : la stratégie donnant / donnant</i>	56
2.2.	<i>L'expérience des Hôpitaux du Mont Blanc : la fusion - absorption.....</i>	58
2.3	<i>L'expérience du CH de Cornouaille : la stratégie réaliste</i>	59
2.4	<i>L'expérience de Rumilly : la recherche d'un créneau de reconversion à tout prix</i>	60
CHAPITRE 2 : ÉVALUATION DES RESTRUCTURATIONS MÉDICALES APRES UNE FUSION		63
1.	<i>L'évaluation de la politique d'une fusion hospitalière donnée.....</i>	64
1.1	<i>Le suivi du COM : un outil d'évaluation de la politique d'un hôpital</i>	64
1.2	<i>Le suivi du contrat d'un hôpital fusionné, le cas des Hôpitaux du Léman.....</i>	64
2.	<i>L'évaluation de la politique globale de fusions hospitalières.....</i>	65
2.1	<i>Les restructurations médicales : une recomposition de l'offre de soins ?</i>	65
2.2	<i>Exemple de réponse : l'évaluation des Hôpitaux du Léman</i>	67
CONCLUSION		72

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CA : Conseil d'Administration

CH : Centre Hospitalier

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHIC : Centre Hospitalier Inter Communal

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CME : Commission Médicale d'Établissement

COM : Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

CTE : Comité technique d'Établissement

CSP : Code de la Santé Publique

DARH : Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation Sanitaire au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

DIM : Département d'Information Médicale

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Équivalent Temps Plein

GHM : Groupes Homogènes de Malades

GIE : Groupement d'Intérêt Économique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PH : Praticien Hospitalier

SAU : Service d'Accueil et d'Urgence

SIH : Syndicat Inter Hospitalier

SMUR : Secours Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROSS : Schéma d'Organisation Sanitaire et Sociale

UF : Unité Fonctionnelle

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPATOU : Unité Pour l'Accueil, le Traitement et l'Orientation des Urgences

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Claudine Esper, encadrant de ce mémoire, dont les utiles conseils ont enrichi cette réflexion. Ses patientes relectures nous ont été d'une aide précieuse.

Nous savons gré, également, aux nombreuses personnes qui nous ont accordé de leur disponibilité pour des entretiens. De peur de ne pas être exhaustive, nous nous voyons contrainte de leur adresser ce remerciement collectif.

INTRODUCTION

Un récent rapport du ministère de l'emploi et de la solidarité et du secrétariat d'Etat à la santé chiffre à 369 le nombre de restructurations hospitalières qui ont vu le jour entre 1998 et août 2000¹. Leur objectif : effacer les redondances dans le fonctionnement des établissements de santé. 94 de ces restructurations concernent des fusions. Derrière celles-ci, les enjeux sont majeurs : la survie de deux ou trois structures, leur meilleur développement, le maintien d'un secteur sanitaire ou encore la mise en œuvre d'un des axes de l'intercommunalité. Chacune de ces fusions implique un énorme travail et soulève des problèmes nombreux et complexes ; ces difficultés peuvent être parfois d'ordre politique, souvent juridique, toujours administratif, mais aussi comptable, budgétaire, économique, médical, technique, social, sociologique, culturel...

Parmi ces fusions on compte celle des Hôpitaux du Léman.

En effet, le 1^{er} janvier 1998, les hôpitaux de Thonon et d'Evian concrétisaient le défi d'une fusion des deux établissements. En février 2000, les Hôpitaux du Léman et le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Rhône Alpes signaient le contrat d'objectifs et de moyens, un document lourd de réflexion, de symbolique et d'engagement pour un établissement fusionné depuis seulement deux ans. Si la fusion juridique et administrative est effective depuis janvier 1998, la mise en œuvre de la fusion médicale n'est qu'en cours de réalisation.

Pascal Forcioli, directeur du CHI Eaubonne - Montmorency né d'une fusion récente (1998), constate qu'une fois décidées officiellement, les restructurations médicales ne cessent de nourrir des résistances et que leur effectivité ne peut être que le produit d'un processus complexe. « Ces réorganisations se mettent en place avec difficulté. Celles-ci sont liées tant à des problèmes de travaux que d'adaptation des personnels médicaux et non

¹ « Atlas 2000 des restructurations hospitalières », Rapport du ministère de l'emploi et de la solidarité et du secrétariat d'Etat à la santé. Le chiffre évoqué ne comprend pas les restructurations réalisées dans le cadre d'opérations logistiques.

médicaux, des pratiques médicales, soignantes et hôtelières et de l'organisation à des conditions d'exercice et de fonctionnement différentes d'un site à l'autre. »²

Aux Hôpitaux du Léman, les axes de la réorganisation médicale sont tracés, puisqu'ils sont décrits dans le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens signé en 2000. Cet établissement fusionné s'attache désormais à la délicate mise en œuvre de la redistribution des activités sur chaque site. Cette restructuration est d'autant plus sensible sur le site d'Evian que cet établissement s'est vu privé de son activité chirurgicale et obstétricale au profit d'un regroupement de ces spécialités sur Thonon.

Ce mémoire a donc pour objet de répondre à la problématique suivante : pour un hôpital qui perd son bloc opératoire et sa maternité lors d'une fusion, quelle peut être la stratégie de reconversion médicale ? Dans un tel cas est-il encore possible de suivre le schéma gagnant / gagnant préconisé par des professionnels dont Claudine Esper³. Autrement dit, comment la réorganisation de l'activité des départements d'Evian peut-elle répondre à la nécessité de revaloriser un hôpital qui n'a pas échappé à ce que Gilles Echardour⁴ dénomme « le syndrome du loup et de l'agneau »⁵ ? En effet, le début d'une démarche de coopération puis de fusion peut être teintée d'une certaine crainte de « cannibalisme »⁶. L'hôpital de moindre taille, ayant le sentiment d'une absorption par l'établissement le plus important, est meurtri.

Seule la restructuration médicale fera l'objet de cette étude. Mais il est bien évident que la fusion ne se résume pas à cet aspect, même si elle en est une composante essentielle. Ne seront pas abordés, par exemple, les problématiques des enjeux économiques et sanitaires d'une fusion, ni la réorganisation administrative, ni les problèmes de gestion des ressources humaines proprement dits. Il s'agira ici d'analyser les modalités de la restructuration médicale et sa mise en œuvre. Autrement dit, l'objet d'étude ne se limite pas à la contractualisation avec l'ARH sur les principes de la restructuration médicale mais

² Pascal Forcioli. « De la fusion à la réorganisation médicale et à la restructuration architecturale ». Gestion hospitalière, revue, décembre 1999, p 728 à 740

³ Claudine Esper, professeur à la faculté René Descartes de Paris V

⁴ Chargé de mission à l'ARH d'Ile de France

⁵ Cité par Monique Raikovic. in « Les fusions d'établissements ». Décision Santé, revue. Octobre 2000

⁶ Expression utilisée entre guillemets dans l'ouvrage collectif *Coopérations hospitalières : L'épreuve de vérité*. Paris : Masson / Inter édition, 1996. p82

comprend également le contenu du contrat, son évolution, sa réalisation, ses freins, ses formes juridiques...

Et, plus encore, l'étude sera centrée sur la reconversion des deux futurs départements du site d'Evian qui vont structurer et développer l'activité de ce site à l'avenir, à savoir le département des maladies métaboliques et celui de la neurologie - rhumatologie.

Pour analyser la décision et la mise en œuvre d'une restructuration médicale dans le cadre d'une fusion, le plan suivi a été bâti à partir des étapes du schéma décisionnel. La première étape est celle de l'analyse des contraintes et des marges de manoeuvre dans lesquelles s'insère le choix de restructuration (première partie). Il s'agit donc de réaliser une analyse du cadre général dans lequel s'inscrit une fusion aussi bien au niveau juridique et institutionnel que social ou politique. La deuxième étape du processus décisionnel est la prise de décision proprement dite, avec l'analyse des différents scénarii possibles et la succession des choix à opérer. La deuxième partie reprendra cette étape en développant le cas des Hôpitaux du Léman et en présentant à partir de quelles successions d'hypothèses la décision de restructuration sera prise. Enfin, les étapes suivantes du schéma décisionnel sont la mise en œuvre et l'évaluation de la politique. Dans la troisième partie, nous nous attacherons donc à réaliser une synthèse de quelques expériences relativement similaires à celle des Hôpitaux du Léman et à dégager des propositions de critères d'évaluation de la performance hospitalière en matière de restructuration médicale et de fusion.

METHODOLOGIE

La méthodologie adoptée comprend quatre grands axes de recherche :

- une recherche bibliographique
- une analyse systémique
- une analyse d'échelle
- une analyse comparative

◆ Une recherche bibliographique

Il existe encore peu d'écrits de synthèse sur ce sujet ou sur ces deux thèmes séparément. Les articles sont récents, comme en témoigne la bibliographie.

◆ Une analyse systémique

Comme l'expose Joël de Rosnay⁷, l'analyse systémique est une approche qui englobe la totalité des éléments du système étudié, ici le centre hospitalier fusionné et son environnement, ainsi que leur interactions et leurs interdépendances.

Elle replace l'étude de l'évolution des différents départements des Hôpitaux du Léman dans le contexte plus général de la fusion des deux établissements. Elle consiste en une réflexion sur la restructuration médicale globale de l'établissement à partir des enjeux, des perceptions, des stratégies de groupes (médecins, direction, syndicats, élus,...) Elle permet d'éviter l'écueil d'une analyse trop rationnelle ou trop isolée de la redistribution des disciplines médicales au sein d'hôpitaux concernés par une fusion.

Cette analyse a été réalisée à partir :

- de la participation aux réunions, notamment les réunions du groupe de travail sur la restructuration d'Evian menées par le chef d'établissement et une société de conseil,
- de la réflexion de l'équipe de direction,
- d'entretiens.

⁷ J. de Rosnay. Le macroscopie : vers une vision globale. Paris : seuil, 1977. p.92

• Une analyse d'échelle

Cette analyse porte sur une échelle plus fine, celle de deux départements du site Camille Blanc d'Evian : le département des maladies métaboliques et celui de la neurologie – rhumatologie.

◆ Une analyse comparative

Elle a été effectuée sur quelques hôpitaux qui ont vécu une fusion, à partir de questionnaires préétablis afin de faciliter les comparaisons. Cette enquête auprès d'autres établissements n'a pas été réalisée auprès des seuls directeurs passés et actuels, mais, dans la mesure du possible, auprès des chefs de service qui ont connu et œuvré pour la fusion, des présidents de Commission médicale d'établissement, des cadres ou praticiens de ces services, des maires... de manière à dégager une vue globale des différentes perceptions de la fusion. Ont été interrogés des hôpitaux qui présentaient une problématique similaire de fusion de deux établissements publics de taille moyenne.

- Centre Hospitalier Intercommunal Loire Vendée Océan : Challans (85) et Machecoul (44) : Hôpital d'environ 600 lits sur les deux sites
Fusion effective le 1^{er} janvier 1999
- Syndicat Inter hospitalier du Mont Blanc (74) : Chamonix et Sallanches
Syndicat d'un peu moins de 400 lits
Fusion prévue pour la fin 2001
- Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (29) : Quimper et Concarneau
Hôpital d'environ 1 355 lits et 30 places
Fusion effective le 1^{er} mars 1993

PREMIERE PARTIE : LE CADRE GENERAL D'UNE RESTRUCTURATION MEDICALE LIEE A UNE FUSION

Passant en revue l'ensemble des contraintes qui pèsent sur la décision et la mise en œuvre d'une restructuration médicale, on en retiendra deux grands types : les contraintes juridiques et institutionnelles, et les contraintes sociales et politiques autrement dit les contraintes humaines. Bien d'autres obstacles entravent la restructuration idéale, comme par exemple les contraintes architecturales. Ces contraintes, moindres dans leur impact et plus tardives dans leur effet sur la décision, ne seront abordées qu'en deuxième partie, dans le cas d'espèce. Dans cette première partie, il s'agira alors de relativiser les contraintes juridique et institutionnelle bien que ces dernières aient été souvent évoquées par les acteurs concernés (Chapitre 1), et de mettre en exergue les résistances sociales et politiques (Chapitre 2).

CHAPITRE 1 : UNE CONTRAINTE JURIDIQUE ET INSTITUTIONNELLE TRES RELATIVE

Dans l'horizon juridique des fusions, on note peu de formalisme textuel : hormis la décision initiale qui paraît relativement encadrée, la procédure de mise en œuvre reste souple, laissant ainsi une grande marge de liberté aux hommes de terrain.

1. La fusion : une décision initiale aux contours définis

Si, de prime abord, la décision de coopération ou de fusion hospitalière paraît encadrée, une analyse attentive nuance ce jugement : la coopération entre établissements publics de santé a été pourvue d'une riche gamme d'outils juridiques pour que chaque cas puisse disposer de la forme la plus adéquate ; la fusion en tant que telle est évoquée dans peu d'articles du Code de la Santé Publique (CSP) ; quant aux pouvoirs coercitifs du DARH, l'expérience prouve qu'ils sont exercés avec circonspection.

1.1 *Le cadre juridique et les notions de coopération et fusion*

Les textes relatifs aux rapprochements entre institutions sanitaires sont caractérisés par la pluralité des mesures offertes à la coopération inter hospitalière et la concision des références à la fusion et au Centre Hospitalier Intercommunaux qui en émanent.

1.1.1 *Les multiples formes de coopérations inter hospitalières*

Selon Gilles Calmes et Rémi Indart, « la fusion hospitalière est l'aboutissement d'une coopération réussie »⁸, une coopération lancée souvent de longues années auparavant. Les textes proposent un panel étendu de moyens juridiques, qui permet à de telles coopérations de se développer sous les formes qui leur conviennent le mieux : Groupement d'Intérêt Public (GIP), Groupement d'Intérêt Économique (GIE), Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), Syndicat Inter Hospitalier (SIH) ou convention.

Pour la coopération entre EPS, les formes juridiques les plus utilisées sont le GIP, le SIH ou la convention. Dans le rapport qui précède le vote de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 1999⁹, Claude Evin souligne que GIP et GIE servent généralement pour associer public et privé dans des démarches de coopération logistique ou de cogestion d'équipements. Mais cette forme de coopération reste d'utilisation modérée (40 GIP et 30 GIE sur l'ensemble du territoire, chiffres de 1999). La forme la plus souple de coopération, à

⁸ CALMES Gilles et INDART Rémi. Fusion hospitalière : l'aboutissement d'une coopération réussie. *Directeur d'hôpital*, n°46, octobre 1996

⁹ Rapport Claude EVIN avant la loi sur la Sécurité Sociale de 1999
Rapport Claude EVIN avant la loi sur la Sécurité Sociale de 2001

savoir la convention, prédomine, alors que le SIH connaît un relatif insuccès (60 en 1999) en raison de sa lourdeur et du fait qu'il est vécu comme une étape préalable à la fusion.

En effet, en prélude à la fusion, les professionnels ont souvent recours à un SIH voire au GIP. Gille Calmes et Rémi Indart citent en exemple le CH du Val d'Ariège (hôpitaux de Foix et de Pamiers), la fusion du CH de Digne-les-bains et du CHS des Alpes de Haute Provence, la fusion des hôpitaux d'Annemasse et de Bonneville,... La fusion des Hôpitaux du Léman se trouve dans ce cas de figure, puisqu'elle a été précédée d'un SIH dès 1993. Mais la fusion peut être également le simple prolongement de relations développées dans le cadre de conventions. C'est le cas des fusions des hôpitaux d'Avranches et de Granville, des hôpitaux de Poissy et de St Germain en Laye, du CH Nord Deux Sèvres, ou encore de la fusion des hôpitaux de Quimper et Concarneau.

1.1.2 Les dispositions relatives à la fusion d'EPS et aux Centres Hospitaliers Intercommunaux

Dans le Code de la Santé Publique, la notion de « fusion » apparaît à deux reprises. Dans la partie législative du Code de la Santé Publique, l'article L.6122-15, issu de la réforme hospitalière du 24 avril 1996, évoque le pouvoir du représentant de l'Etat ; ce dernier peut proposer à deux ou plusieurs établissements la création d'un nouvel établissement par fusion des établissements concernés :

« En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver la qualité des soins dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipements hospitaliers, le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou trois établissements publics de santé :

- 1) de conclure une convention de coopération ;
- 2) de créer un syndicat inter hospitalier ou un groupement d'intérêt public ;
- 3) de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel EPS par fusion des établissements concernés (...)

Dans la pratique, ce texte est rarement appliqué sous sa version coercitive. Une fusion ne peut en effet être menée à bien que si elle repose sur la volonté des différentes communautés hospitalières concernées, quand bien même ces volontés seraient fortement influencées par la pression extérieure de l'ARH.

Dans la partie réglementaire du Code de la Santé, la fusion est abordée à l'article R.714-1-2 dans les termes suivants :

« La transformation d'un ou plusieurs EPS
- soit de son ou de leur rattachement à une ou plusieurs collectivités territoriales différentes de la ou des collectivités territoriales d'origine,

- soit de leur fusion (...) ».

Claudine Esper attire l'attention sur le fait que la fusion est une transformation et non une suppression. Une telle distinction est loin d'être neutre. La fusion n'est donc pas envisagée comme l'absorption d'un établissement par un autre ; mais au contraire comme la création de concert d'un nouvel EPS. « La démarche est ainsi positive, avec l'ambition de se fondre dans un entité plus forte ».

Quant au statut des Centre Hospitaliers Intercommunaux, il est développé dans le CSP aux cinq articles suivants :

- Article L.6141-1 relatif à la création et à la gestion des EPS,
- Article L.6143-5 relatif à la composition du CA,
- Article R.714-1-1 relatif à la création des CHI par arrêté du DARH après avis des collectivités territoriales de rattachement et du CROSS,
- Article R.714-1-2 relatif à la transformation d'EPS par arrêté du DARH après avis des collectivités territoriales de rattachement et du CROSS,
- Article R. 714-2-2 relatif à la composition des CA des CHI.

Ces dispositions concernent principalement les condition de création des établissements intercommunaux. Sous réserve de ces articles, le droit commun est normalement applicable à cette catégorie d'établissements.

1.2 Le cadre institutionnel et la décision initiale du DARH

Toute la coercition qui entoure les fusions semble ainsi provenir des prérogatives du directeur de l'Agence Régionale, dont ce dernier fait, en réalité, rarement usage.

1.2.1 L'analyse des pouvoirs du DARH

L'article L.6122-15 suscitée énonce les pouvoirs que le directeur d'agence peut exercer en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût. Dans cette perspective, il peut notamment demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par la fusion des établissements concernés. Les conseils d'administration des établissements disposent d'un délai de trois mois pour se prononcer. Suite à la décision des conseils, qu'elle soit favorable ou non, le DARH prend un arrêté qui déclare officiellement la fusion. Cet arrêté comprend

non seulement un article qui prononce la fusion, mais également souvent un certain nombre d'articles qui précisent les grandes orientations des restructurations à effectuer.

La deuxième partie de l'article L.6122-15 apporte une description du pouvoir du DARH, seul à pouvoir décider d'une fusion et de sa concrétisation, quand bien même les établissements concernés n'en auraient jamais formulé la demande.

Dans la mesure où la demande de délibération faite aux conseils ne serait pas suivie d'effet, l'autorité de tutelle peut, après avoir recueilli l'avis du CROSS, arrêter, d'autorité, la fusion des EPS concernés.

1.2.2 Une application nuancée

L'ordonnance du 24 avril 1996 confère au directeur d'agence un pouvoir exorbitant de regroupement des établissements. Selon Pascal Forcioli, cette disposition est évidemment à considérer « comme une arme dissuasive qui, à l'image des armes de dissuasion, ne doit pas servir à la guerre mais doit contribuer à des solutions pacifiques ».¹⁰ En effet, la démarche de fusion ne peut être réussie que si elle fait l'objet d'un consensus des différents acteurs. En ce sens, la formulation adoptée par les rédacteurs de l'ordonnance n'est pas adaptée à la réalité du terrain. Si le DARH, l'équipe qui l'entoure et les services qui collaborent avec lui contribuent à la réalisation des projets de fusion, ce sont d'abord les hospitaliers qui sont maîtres du jeu. La fusion est la leur, il leur revient de s'auto-déterminer.

Mais, souvent quand ce consensus suit une maturation un peu trop lente, laissant perdurer un climat d'incertitude, la médiation du DARH apporte un nouveau souffle qui débloque la situation. De plus, celui-ci parraine en quelque sorte l'accord entre les hôpitaux, s'engageant dans un courrier aux présidents de CA sur des propositions d'orientations, des propositions susceptibles d'évoluer avec l'accord des différents partenaires. Enfin, si elle n'est pas souhaitable car signe de profondes rivalités, une intervention autoritaire du DARH peut se présenter comme la seule façon de sortir de conflits qui s'enlisent, comme c'est le cas actuellement aux Hôpitaux du Mont Blanc.

Selon Claudine Esper, les premiers engagements de la fusion se divisent en trois phases bien distinctes : « avant l'arrêté de fusion, l'arrêté de fusion et après l'arrêté de

¹⁰ FORCIOLI Pascal. Fusion hospitalière, mode d'emploi. *Revue Hospitalière de France*, novembre décembre 1999, n°6, p. 22-35

fusion. »¹¹ A la décision officielle du DARH succède donc « l'après arrêté », cette étape où la restructuration médicale prend forme et où l'inventivité prime.

2. La restructuration médicale : une procédure de mise en œuvre souple, laissée à la discrétion de l'établissement

Si la décision de fusion est relativement encadrée, en revanche, la procédure de fusion n'est pas décrite dans le code. Le processus de restructuration, entre autres politiques de la fusion, est donc laissé à l'entière initiative des établissements concernés.

2.1 Entre vide juridique et grandes orientations fixées par l'ARH

Peu décrit par les textes, le processus de restructuration médicale est au centre d'un jeu d'interaction entre liberté juridique, grandes orientations fixées par l'ARH et négociations internes. Il en résultera un projet médical, fruit d'une longue concertation.

2.1.1 La « liberté juridique »

Le vide juridique qui entoure les fusions est la cause d'un certain nombre de difficultés, sans qu'aucune solution univoque ne puisse être avancée : éventualités de procédures redondantes (nominations, autorisations d'équipements...), incertitudes juridiques sur quelques points qui exigent une lecture assidue des textes et un suivi attentif de la jurisprudence.

Par exemple, la liste des chefs de service membres de droit de la CME, est incertaine tant que le CA n'a pas délibéré sur la nouvelle organisation des services médicaux. En l'absence de texte réglementaire, les chefs de service en place sont souvent considérés

¹¹ Claudine Esper citée par Fabienne AUSSERRE in Les fusions, mode d'emploi. *Décision santé*, 1^{er} au 15 octobre 1999, n°149, p. 24-25

comme membres de droit de la nouvelle CME. Les PH sont ensuite renommés dans la nouvelle entité juridique par un arrêté ministériel collectif.

Autre exemple, en l'absence de textes dérogatoires, la fusion des patrimoines hospitaliers est soumise aux frais usuels d'honoraires du notaire et du conservateur des hypothèques, alors que les communautés de communes qui se mettent en place en sont dispensées. En effet, comme tous les établissements publics, les hôpitaux sont dispensés des droits d'enregistrement et autres taxes annexes. En revanche, les honoraires restent à la charge de l'établissement. Les honoraires du conservateur représentent 0,1 % du patrimoine hospitalier, un taux apparemment modeste mais qui constitue une somme importante pour un hôpital. Michel Meylan, député de Haute Savoie, a estimé anormal qu'on pénalise ainsi « les hôpitaux qui ont fait l'effort de fusionner afin d'alléger les coûts et d'améliorer le service pour la collectivité. » La question que ce parlementaire a posée à l'Assemblée nationale¹², n'a obtenu aucune réponse concrète sur le terrain sur le terrain à ce jour, malgré l'intérêt manifesté par le Secrétaire d'État à la Santé.

Mais ces vides juridiques constituent également des espaces de liberté qui permettent que les restructurations soient conduites par des hommes de terrain et non par des institutions. Les agences régionales fixent les grandes orientations à suivre mais ne doivent pas devenir les maîtres d'œuvre de ces opérations. On attend des ARH qu'elles poursuivent leur rôle de planification en fixant un cap suffisamment précis pour que les projets des établissements puissent gagner en crédibilité aux yeux de leurs personnels et prendre corps.¹³

2.1.2 La négociation des axes de la restructuration médicale avec l'ARH

Outre les attributions qu'il possède sur la décision de fusion, le DARH détient une autre prérogative : dans la mesure où il fixe les grands axes des restructurations et répartit les budgets, il dispose d'un pouvoir certain dans la redéfinition de l'offre. L'intervention de la tutelle, et notamment de l'ARH, en ce domaine peut être variable. L'ARH peut s'engager à soutenir financièrement les restructurations qu'elle souhaite exemplaires. Dans le cadre du COM, la restructuration pourra ainsi bénéficier de mesures financières particulières

¹² Assemblée nationale, 2^{ème} séance du 3 novembre 1997, relative à la loi de finances pour 1998. JO p.5247

¹³ GROUPE LAENNEC. Accompagner les restructurations - Carnets de route... *Gestions Hospitalières*, avril 1999, p. 261-265

permettant la relance des projets d'investissements et de construction, notamment. L'ARH semble alors s'ériger en principal acteur des restructurations.

En fait, le pouvoir de l'ARH est tout relatif, dans la mesure où, une fois encore, ses initiatives seraient vaines sans une appropriation de la politique de restructuration par les personnels impliqués. Les grandes orientations de restructuration médicale sont le fruit d'une riche négociation entre l'ARH, les représentants de la communauté médicale, les élus et l'équipe de direction. Les professionnels des Hôpitaux du Léman ont souligné à quel point ce cadrage contractuel du COM leur avait paru essentiel dans la réflexion de restructuration médicale qu'ils avaient menée. En effet, l'absence de cadrage aurait rendu plus difficile la démarche : d'une part parce qu'ils ressentaient la nécessité d'une décision forte imposée de l'extérieur et, d'autre part, parce que les engagements moraux et les projections incertaines avaient alors atteint leur limite. La négociation avec l'ARH conférait aux réflexions sur le projet médical un caractère sérieux et crédible.

D'après les entretiens réalisés, les équipes de direction en proie aux incertitudes de restructurations lourdes sont souvent dans l'expectative d'une décision forte. On notera cependant que le discours des hommes de terrain vis-à-vis de l'ARH est parfois empreint d'ambiguïté voire d'incohérence. Ils lui reprochent tout à la fois, et de tout décider sans concertation, et de ne pas décider assez.

2.1.3 Le projet médical ou le véritable travail de concertation

Au-delà de l'arrêté du directeur d'Agence qui prononce la fusion des hôpitaux, le projet médical apparaît comme le véritable acte fondateur du Centre Hospitalier Intercommunal. Il pose, en effet, les bases sur lesquelles ce nouvel établissement pourra se développer dans les cinq années à venir et s'adapter aux évolutions ultérieures. Élaborer le projet médical avant ou après la fusion juridique sont deux possibilités que l'on a rencontrées dans la pratique. La première solution paraît préférable en ce sens qu'elle confère plus de légitimité à la fusion. Cette solution paraît également moins préjudiciable à l'établissement de moindre taille dans la mesure où, avant la fusion, il dispose encore de la possibilité de faire poids dans la négociation.

Une démarche de ce type est la plupart du temps conçue dans le souci d'instaurer une large concertation entre l'équipe de direction, la communauté médicale et l'ensemble des personnels paramédicaux. Pour garantir les potentialités de cette concertation, certains hôpitaux requièrent l'aide d'un organisme extérieur, d'autres privilégient les seules ressources internes. Dans tous les cas, la démarche se doit d'être participative avec l'instauration d'un comité de pilotage et de groupes de travail.

Ces instances de concertation sont guidées dans leur réflexion par les lignes directrices imposées à la fois en externe par l'ARH et en interne par l'établissement. Pour les Hôpitaux du Léman, les exigences de l'ARH consistaient au regroupement du plateau technique sur Thonon et au développement des activités de médecine sur Evian. Une première négociation avait fixé les postulats internes : suppression des redondances fonctionnelles, maintien du même nombre de lits environ sur chaque site, recherche de nouvelles spécialités répondant aux besoins de la population.

La redistribution des activités médicales de l'établissement doit être accompagnée par une planification sur les cinq ans voire en prévision du projet médical suivant. Aux Hôpitaux du Léman, la plupart des transferts d'activités dépendent de l'agrandissement du plateau technique sur le site de Thonon.

2.2 Le recours aux dispositions de droit commun

Certaines dispositions ordinaires et particulières peuvent être reprises à bon escient à l'occasion d'une restructuration médicale. C'est le cas notamment des règles relatives à l'organisation des soins.

2.2.1 Les règles ordinaires d'organisation des soins

La fusion emporte nécessairement la recombinaison de tout ou partie de l'organisation des soins ; la direction est donc amenée à proposer des changements basés sur les dispositions de droit commun. La préparation de cette organisation ressort également de la CME, puisque cette commission a compétence pour proposer les restructurations médicales et médico-techniques. Ces restructurations doivent d'ailleurs figurer au projet médical de l'établissement élaboré en concertation avec la direction. En dernier lieu, c'est au Conseil d'administration qu'il appartiendra de délibérer sur les propositions présentées.

L'option de la fédération des services lors de la restructuration médicale est souvent privilégiée, dans la mesure où elle permet de faire évoluer sensiblement les structures existantes tout en n'affectant pas (au moins dans un premier temps) les fonctions de chef de service en place au moment de la fusion. Cette formule d'association est également retenue en raison de sa souplesse de fonctionnement, notamment en ce qu'elle permet de préserver la coexistence de plusieurs services. Cette solution a été adoptée, par exemple, dans le

cadre de la fusion des hôpitaux d'Eaubonne et Montmorency¹⁴. Dans le cas de la fusion Poissy - St germain en Laye, une solution mixte a été choisie : la plupart des regroupements prennent la forme la plus souple de la fédération, mais certains sont conçus par la mise en place plus contraignante de départements¹⁵.

Cependant, on ne peut se suffire d'un tel raisonnement. Quelle que soit sa forme juridique, la réorganisation des soins inter sites et par spécialité, parfois fortement suggérée par la tutelle, n'est pas neutre. Elle ne peut ni ne doit signifier une simple superposition de structures supplémentaires ; faute de quoi, on peut craindre quant à l'effectivité de la restructuration médicale. Il doit s'agir « d'une modification profonde des structures et des rapports de pouvoir, qui ne tarderont pas à apparaître probablement lors de l'élection future des chefs de départements des différentes spécialités médicales ».¹⁶

Souvent, en effet, la recomposition des services se heurte à son corollaire : la redistribution des chefferies et des représentations à la Commission médicale d'établissement. Un écueil que peut subtilement éviter le recours à l'amendement liberté.

2.2.2 L'amendement « liberté »

L'article L.6146-8 du Code de la Santé a été introduit dans la loi hospitalière du 31 juillet 1991 par un amendement du ministre B. Durieux. Devenu l'amendement « liberté », il consacre la faculté laissée aux établissements d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical dans le respect du projet médical, mais en dehors des règles définies par la loi. L'ordonnance du 24 avril 1996, en son article 48, conforte cet amendement liberté en levant les obstacles qui bloquaient une mise en œuvre aisée. Jusqu'alors, l'initiative de cette procédure dérogatoire n'appartenait qu'à la Commission Médicale siégeant en formation restreinte. Elle nécessitait, en outre, l'adoption du projet à la majorité des deux tiers après consultation du Comité technique. Désormais, l'initiative est partagée entre le président du Conseil d'administration, le président de la CME et le directeur. Si l'avis conforme de cette dernière commission en formation restreinte est

¹⁴ FORCIOLI Pascal. Fusion hospitalière, mode d'emploi. *Revue Hospitalière de France*, novembre décembre 1999, n°6, p. 22-35

¹⁵ LEFRANC Laura. Fusion et contractualisation au service de la restructuration hospitalière : le centre intercommunal de Poissy / St Germain-en-Laye. Mémoire ENSP, décembre 1998.

¹⁶ CALMES Gilles et LEFRANC Laura. Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p. 584-589

toujours indispensable, aucune majorité qualifiée n'est requise. Ainsi, les précautions pesant sur un amendement innovant sont levées.

Cette liberté a cependant été encadrée par la jurisprudence. Dans un jugement de 1997, le tribunal administratif de Poitiers¹⁷ a apporté une vision restrictive de cette disposition : on ne peut en faire usage pour imposer ce que la loi a par ailleurs laissé à l'initiative du chef de service. En effet, il n'est pas possible d'avoir recours à l'amendement liberté pour décider de la réorganisation interne d'un service sans l'accord du chef de service (compétence précisée aux articles L.6146-3 à L.6146-7).

Selon Jean-Marie Budet¹⁸, cette jurisprudence est « la démonstration que la réorganisation interne ne peut se fonder que sur la volonté des acteurs et leur adhésion individuelle à un projet collectif ».

Les praticiens des Hôpitaux du Léman, attachés à leur nomination ministérielle, craignaient que celle-ci ne soit remise en cause. Mais, il est bien évident que l'hôpital ne détient pas une telle prérogative par disposition dérogatoire. On reste bien dans le schéma ordinaire où le ministère nomme les praticiens, tandis que le CA décide de l'organisation médicale de l'établissement, autrement dit de la mise en place chefferies de services, de départements ou des coordinations de fédérations.

Bien qu'innovant et souple, cet amendement s'est révélé être un échec dans la mesure où, à notre connaissance, seuls deux hôpitaux l'ont mis à profit, à savoir Bayonne et les Hôpitaux du Léman. Cette déconvenue met en avant les difficultés des réorganisations médicales. Pourtant, cet outil juridique peut s'avérer constituer un très bon levier pour contourner certains obstacles à une réorganisation médicale, comme en témoigne l'exemple des Hôpitaux du Léman. A l'initiative du président de CME, les Hôpitaux du Léman ont profité de l'amendement liberté pour réorganiser l'hôpital et la CME, en faisant en sorte que la représentation à cette instance ne soit pas un frein à la fusion.

En effet, si cette dérogation est avant tout destinée à remodeler la structure médicale d'un établissement, dans les deux hôpitaux qui l'ont mise en œuvre, elle a été utilisée essentiellement pour renouveler le fonctionnement interne de la CME. Dans le cas des Hôpitaux du Léman, la mise en place progressive des départements dans l'établissement aurait fortement réduit la CME et la représentation des PH aurait été limitée. Et ce, alors même que de jeunes médecins regrettaient de ne pas être inclus dans la réflexion globale

¹⁷ Tribunal administratif de Poitiers, 27 février 1997.

Un jugement commenté dans l'article de BUDET J.M. Des limites à la réorganisation de l'hôpital. *Les cahiers hospitaliers*, novembre 1999, n°151, p33-34

¹⁸ id

d'un établissement en plein mouvement. A l'inverse, l'usage de l'amendement liberté permettait d'élargir l'assemblée et d'intégrer un maximum de praticiens.

Mais, ces commissions médicales couraient alors le risque de devenir des instances pléthoriques et ingérables. Plusieurs arguments nuancent cette crainte. Ces mêmes jeunes praticiens récemment nommés sont souvent les plus motivés, ce qui apporte davantage de dynamisme lors des réunions et permet plus facilement de soutenir des démarches innovantes. En outre, du fait de l'absentéisme habituel, l'assemblée ne comprend pas plus de 50 personnes aux Hôpitaux du Léman et 60 à 70 à Bayonne, ce qui reste tout à fait gérable. De plus, dans les deux cas, un bureau de CME a été mis en place pour préparer les dossiers avant de les proposer en débat à l'assemblée plénière. Enfin, conscient des difficultés d'une instance trop importante, le président de la CME des Hôpitaux du Léman fait valoir que, dans la mesure où l'hôpital est maître de son organisation médicale et, par ce biais, de la recomposition de la CME, il sera toujours possible de revenir à une commission plus restreinte.

Les deux ARH, sollicitées pour accord, ont demandé à ce que soit respecté le principe des deux collèges : celui des membres de droit et celui des PH élus. Ce principe a été réaffirmé par le ministère de l'emploi et de la solidarité dans un travail en cours réalisé par la DHOS. « La mise en œuvre des dispositions susvisées de l'article L. 6146.8 CSP ne permet pas de déroger au principe défini à l'article R 714.165-1 (1°) et (2°), d'une représentation d'une part, en qualité de membres de droit, des praticiens titulaires responsables de certaines structures médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et, d'autre part, d'un nombre égal de praticiens titulaires à temps plein ou à temps partiel, élus. »¹⁹

¹⁹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Le régime juridique des commissions médicales des établissements publics de santé et des syndicats interhospitaliers. Document de travail. 5 juillet 2001.

Pour les Hôpitaux du Léman, la composition de la CME est la suivante :

Collège des membres de droit

- chefs de département
- chefs de service
- responsables d'unité fonctionnelle
- coordonnateurs de fédération de services

Second collège

Tous les praticiens hospitaliers non membres du premier collège

Autres collèges ordinaires

- collège des assistants
- collège des attachés
- collège des internes

Comme on peut le noter, l'amendement est moins utilisé pour le surcroît de liberté qu'il procure en matière de réorganisation médicale proprement dite que, par extension, pour modifier les règles de représentation à la CME. Cet usage étendu de la proposition dérogatoire met en évidence la difficulté de faire coïncider une composition classique de la CME et l'organisation médicale libre.

Conclusion

Bien que parfois présenté comme une contrainte, le droit relatif aux coopérations peut se révéler être un véritable atout ; et les flous qui l'entourent peuvent être considérés comme bénéfiques, puisqu'ils laissent aux établissements des marges de manœuvre appréciables.

Un tel raisonnement, valable pour les fusions d'EPS perd complètement son sens dans le cas de rapprochements d'hôpitaux publics et de cliniques privées dans lesquels les retards juridiques constituent parfois un lourd handicap. La coopération publique / privé n'a pas d'autres assises juridiques que la convention ou le Groupement de Coopération Sanitaire. Cette dernière structure est intéressante mais ne permet pas la mise en commun

de l'activité soignante, et la clinique ouverte, une deuxième formule récemment revue mais toujours controversée. Pourtant, certaines coopérations, à l'instar du Centre Hospitalier du Haut Anjou, conduisent l'hôpital à acheter les biens, murs, équipement et exclusivité médicale à une clinique pour développer au sein de cette nouvelle structure une clinique ouverte et des prestations de services par les médecins libéraux. De nombreux aspects juridiques restent alors en suspend, comme par exemple la forme des instances ou la coexistence de différents statuts de personnel. Cependant, y compris dans ces cas de coopération public / privé, le droit ne doit pas constituer un obstacle infranchissable, la volonté des acteurs reste la clé de réussite d'opérations d'une telle envergure.

Nulle autre disposition que celles évoquées dans ce chapitre ne décrit le processus ou le mode d'emploi des fusions entre EPS. Il revient aux seuls acteurs concernés de mettre en œuvre une démarche qui n'est pas sans écueils ni difficultés.

CHAPITRE 2 : LES RESISTANCES QUE DOIT SURMONTER LA RESTRUCTURATION

La fusion impose de profonds changements internes : changements d'organisation, de valeurs, de règles, de comportements, de site et de culture. Autant d'évolutions qui se heurtent, dans tous les cas, à des résistances sociales très fortes. Ces freins au changement sont, de surcroît, portés et renforcés, ici par les questions électorales, là par la population choquée à l'idée de devoir céder une partie de l'offre publique de soins...

1. Résistances externes : la commotion de l'environnement politique et social

1.1 *Les enjeux politiques*

L'absence de conflit politique est une condition sine qua non de la réussite d'une fusion d'établissements hospitaliers reconnaît Pascal Forcioli²⁰ qui a vécu la fusion des hôpitaux de Eaubonne et Montmorency. Une fusion « politiquement calme » ; même si l'opposition de Montmorency a cherché à entrer en conflit avec le maire, même si un comité de défense de Montmorency a été institué pour constituer un lobby associant les usagers. Dans le cas des Hôpitaux du Léman, les conflits d'ordre politique ont également été réduits. En effet, les municipalités ne connaissent pas de rivalité de personnes. Les maires disposent chacun d'une majorité confortable. Et surtout, le maire d'Evian avait su comprendre que la survie de son hôpital ne pouvait être préservée que par une fusion avec l'hôpital thononais.

Il n'est pas utile d'insister sur des éléments connus de tous, mais il importe tout de même de rappeler que, en ce domaine comme ailleurs, il ne faut surtout pas réduire les enjeux politiques à des jeux politiques, des confrontations de personnes ou encore des rivalités de clochers. Défendre son hôpital pour un maire, c'est aussi défendre l'intérêt général de sa commune, veiller à son bon développement et au maintien de l'activité. Un hôpital constitue un enjeu important pour toute commune, un enjeu qui dépasse largement la

²⁰ FORCIOLI Pascal. Fusion d'hôpitaux et conflits à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, avril 1999, p. 256-260

question sanitaire. Il constitue une pièce maîtresse de la politique d'aménagement du territoire. Il suscite des arrivées de fonctionnaires qui vont s'installer sur la commune et faire construire une maison, comme le rappelle souvent le maire de Machecoul (Loire Atlantique), également praticien dans l'hôpital de la ville. Il contribue au rayonnement de la ville sur les communes avoisinantes. Il peut constituer un argument supplémentaire pour la construction d'infrastructure, tel un axe routier.

Ainsi, la dévolution controversée de la présidence des Conseils d'Administration aux maires prolonge la réflexion de la fusion vers le terrain de la politique communale. Ce débat sur les enjeux locaux est rapidement relayé par la population qui s'attache généralement au soutien actif de son hôpital.

1.2 La pression sociale

Souvent, la population défend ardemment «son » hôpital local ainsi que tous les services susceptibles de fermer lors de la fusion, et ce au détriment, parfois, d'une analyse des exigences sanitaires. Craignant la baisse de la qualité des soins (les potentiels risques dus à l'éloignement des structures hospitalières), la « désertification hospitalière » ainsi que des suppressions d'emplois, la plupart des populations concernées par une fusion hospitalière expriment leur mécontentement en manifestant dans la rue²¹, comme ont pu le faire les habitants du Chablais. Ces inquiétudes ont souvent été relayées par la presse, un media par lequel se sont exprimés les praticiens éviauais opposés à la fusion. On a alors pu assister à un dialogue de sourds avec les autorités supérieures (départementales et régionales), qui disaient inciter aux fusions en mettant en avant l'amélioration de la qualité des soins qui en était attendue.

Au-delà de ces faits connus, on passe peut-être trop vite sous silence la symbolique de l'hôpital pour une ville. En effet, l'hôpital occupe une place centrale dans la vie de la cité, voire contribue à son prestige, du fait de son histoire, de sa renommée ou de ses spécialités. A Evian, petite ville de 7.000 habitants, la réputation de l'hôpital s'est construite autour de l'activité de thermalisme, de dialyse et de néphrologie. Elle est donc étroitement liée à la renommée mondiale des eaux d'Evian. Et, en 1991, quand une maternité est mise en place dans l'hôpital, la Société des Eaux d'Evian, dont la publicité est orientée vers les parturientes et les nouveaux-nés, est partie prenante du projet. La décision de sa fermeture a pu paraître à certains comme une atteinte à la singularité de la ville.

²¹ Le Monde du 28 janvier 1995. Jean Michel Bezat. Les véritables restructurations hospitalières ne commenceront qu'après les municipales.

De même, le projet de l'hôpital de Chamonix dans les années 1990 était centré sur les spécificités montagnardes. Une identité à laquelle les praticiens et le personnel étaient attachés et à laquelle il leur sera difficile de renoncer pour redescendre vers l'hôpital de Sallanches.

2. Résistances internes : les appréhensions du personnel

2.1 *La confrontation des cultures d'établissement*

Tous les acteurs de fusion n'ont pas manqué de mettre en relief les difficultés engendrées par la confrontation de deux univers hospitaliers distincts. Et, ces affrontements culturels, toujours à l'œuvre, ne sont pas d'une compréhension aisée. L'analyse des cultures d'entreprises proposée par Renaud Sainsaulieu est un moyen parmi d'autres d'appréhender ce thème.

2.1.1 *Les Hôpitaux du Léman à travers le prisme de la sociologie d'entreprise*

La réflexion de l'équipe de Renaud Sainsaulieu présentée dans « l'entreprise en débat »²² fait prendre conscience des particularités culturelles de chaque entreprise. En proposant une typologie établie à partir d'une vaste enquête et comprenant cinq catégories d'entreprises type, ils déclinent les grandes tendances des cultures d'entreprise.

- L'entreprise duale est une figure de production à la fois classique et renouvelée des fonctionnements sociaux. Elle se caractérise par une division sociale du travail issue des modèles tayloriens, mais aussi par un mode de production en évolution dans une double recherche de productivité et de flexibilité. Les exemples types sont les entreprises du secteur tertiaire.
- L'entreprise bureaucratique : les auteurs insistent sur le fait que ce modèle a beaucoup évolué par rapport à notre représentation du terme « bureaucratique », objet de stigmatisation et de dénigrement. Aujourd'hui, ce type d'entreprise est indépendante et moins soucieuse de la règle. On y parle d'usager et les barrières de grade semblent s'effacer. Coexistent en son sein des univers sociaux plutôt différenciés et des sous-cultures de travail. Son secteur de prédilection est à l'évidence le service public : service public régalien, service public social, mais aussi service public marchand.

²² Renaud SAINSAULIEU (sous la direction de). *L'entreprise en débat*.

- L'entreprise modernisée apparaît comme un univers intégré, tout autant par les normes culturelles que par les règles formelles. Cet univers, derrière lequel on devine les grands univers de traditions industrielles, se caractérise par l'existence de milieux corporatistes, organisés autour de la tradition et de rites du métier. Ce type d'entreprise connaît aujourd'hui une dynamique de changement à la fois formelle et sociale.
- L'entreprise en crise présente les traits d'un univers contrasté entre une modernité qui s'affiche et une tradition qui résiste. La période de mutation d'un monde ancien vers un avenir incertain engendre, au sein de l'entreprise, un affrontement plus ou moins larvé des groupes sociaux.
- L'entreprise communauté surprend par l'originalité de son mode de fonctionnement. Les traits saillants de ce modèle sont la mobilisation individuelle et collective, la satisfaction au travail, l'attachement de tous au nom et à l'histoire, mais aussi une certaine performance économique. Ce modèle est incarné majoritairement par les PME.

Deux de ces catégories nous ont semblé appropriées à décrire chacun des deux hôpitaux de Thonon et d'Evian avant la fusion. Bien que Renaud Sainsaulieu n'ait pas réalisé la recherche qu'il compte entreprendre en sociologie hospitalière, nous nous risquons donc à illustrer la différence entre les deux sites des Hôpitaux du Léman au travers deux des cinq « mondes sociaux ».

L'hôpital de Thonon du début des années 90 relevait, nous semble-t-il, de manière classique à cette catégorie dont le service public est la prédilection à savoir l'entreprise bureaucratique, au sens revu et corrigé par les auteurs. L'hôpital d'Evian présentait une particularité supplémentaire : du fait de sa taille, de son histoire, du prestige de la ville, de « l'esprit de famille » qui l'animait, cet établissement nous semble se rapprocher de l'entreprise communauté décrite dans l'ouvrage suscit.

2.1.2 *La fusion ou l'entreprise en crise*

La fusion a fait évoluer les deux établissements vers une autre culture qui ne correspond pas à l'une des cultures des deux hôpitaux antérieurs. Pour l'instant, cette nouvelle culture est encore fortement caractérisée par un processus de mutation difficile, par un contraste entre une transformation de plus en plus sensible et une résistance qui ne s'estompe que progressivement. En témoigne par exemple les changements survenus dans la diffusion des informations au sein de l'établissement.

« L'hôpital ne nous appartient plus ». Accroissement de la taille de l'établissement, éloignement de la décision, difficulté à avoir une idée globale des changements en cours... ce

sont toutes ces questions que soulèvent cette phrase d'un membre du personnel. Du fait de la fusion, l'établissement a évolué de deux petites structures vers un établissement de plus grande importance. Dans les petites entités qui existaient antérieurement, la transmission des informations se faisait aisément de manière orale, le personnel voyait fréquemment le directeur et la structure administrative était bien connue de tous. Aujourd'hui, l'établissement fusionné, du fait de sa taille, exige une transmission de l'information davantage écrite, un changement pas toujours évident pour le personnel.

Selon Renaud Sainsaulieu, en incitant les personnels à adhérer à un projet, on excite leurs rapports sociaux, on crée de l'« intensité sociale » pour reprendre les termes durkheimiens. Plus ces frottements sont nombreux plus le résultats de la modernisation sera la conséquence des dynamiques sociales. Or comme on va le voir, pour chacun des acteurs, la fusion remet en cause d'importants enjeux.

2.2 *Les positions des différents protagonistes*

2.2.1 *Les conflits médicaux et de services*

L'accord de la communauté médicale sur le processus de restructuration médicale est fondamental et constitue un préalable incontournable. L'implication et l'engagement des médecins, en particulier du président de la CME, est, pour tous les directeurs interrogés, un point clef de réussite.

S'agissant du président de CME de la nouvelle structure, sa désignation est à la fois plus simple et plus complexe que celle du directeur, puisqu'il convient de constituer, après élections, une nouvelle CME au sein de laquelle le président est élu parmi ses pairs. C'est donc la démocratie qui règle les questions individuelles.²³

La remise en cause de l'organisation des soins pose inéluctablement la question de l'avenir de certaines chefferies. Il convient de rappeler que c'est le Conseil d'administration qui délibère sur l'organisation médicale et ses structures. A partir des propositions présentées par la CME et la direction, il peut décider de fusionner des services ou de les regrouper au sein de départements ou de fédérations. Il détient par ce fait même, le pouvoir de régler le devenir des chefferies de services. Cependant, il importe de souligner qu'il n'est statutairement pas possible que soit mis fin aux fonctions de chef de service en dehors des

²³ FORCIOLI Pascal. Fusion hospitalière, mode d'emploi. *Revue Hospitalière de France*, novembre décembre 1999, n°6, p. 22-35

cas énumérés à l'article R.714-21-21 du CSP²⁴. Les chefs de service titulaires détiennent une véritable protection au moment de la fusion.

Pour autant, il est légitime de s'interroger, lors du renouvellement des fonctions des intéressés, sur l'opportunité de reconduire ou de modifier la structure du service existant. De manière à ce qu'une telle question ne soit pas source de polémique inutile et de frein au changement, les différentes expériences semblent indiquer qu'il est préférable de négocier les évolutions avec les personnes concernées et de les faire figurer au projet médical de l'établissement. En tout état de cause, beaucoup d'hôpitaux ont choisi d'éviter les conflits juridiques et de personnels en respectant les structures en service, au moins pour la durée de fonction restant à courir à compter de la désignation des chefs de services et, pour certains, jusqu'à leur départ en retraite.

A côté du « combat des chefs », les personnels médicaux qui se trouvent dans des établissements différents au moment de la fusion ne sont pas nécessairement enclins à travailler ensemble. Dans une fusion, la direction a parfois plus de difficultés avec des conflits de services qu'au niveau global. C'est ce que Pascal Forcioli appelle « la pression des îlots de résistances ».²⁵ Parfois, le praticien impliqué vit la disparition de son service et sa délocalisation comme un échec personnel ou un complot, bien davantage que comme une nécessité sanitaire conjoncturelle. Ce déchirement est également partagé par le personnel non médical qui s'identifie à son établissement.

2.2.2 *Les inquiétudes du personnel non médical*

Dans la perspective de la fusion, les enjeux pour les individus ou l'ensemble du personnel peuvent être divers : crainte de perte de clientèle, d'influence, d'avantages matériels ; crainte liée au métier (perte des aspects valorisants du métier), craintes de remise en question des relations avec les collègues, crainte liée à l'organisation du temps de travail et à l'autonomie.²⁶ Les personnels redoutent, en outre, les kilomètres supplémentaires à parcourir pour se rendre sur le lieu de travail en cas d'affectation sur l'autre site. Pour tenir

²⁴ décret n° 92-819 du 20 août 1992. La question se pose différemment pour les chefs de service provisoirement nommés en application des dispositions de l'article R.714-21-22 ou R.714-21-23.

²⁵ FORCIOLI Pascal. Fusion d'hôpitaux et conflits à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, avril 1999, p. 256-260

²⁶ CALMES Gilles et LEFRANC Laura. Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p. 584-589

compte de cette dernière appréhension, les hôpitaux interrogés posaient comme principe le volontariat en matière de mobilité inter sites pour tous les personnels recrutés avant la fusion.

La gestion des personnels est donc particulièrement délicate en période de restructuration, d'autant que les statuts ne facilitent ni la flexibilité, ni la mobilité, ni le partage du temps de travail, comme le rappelle justement Nadine Barrata.²⁷ Et souvent, la question la plus difficile à percevoir est probablement la question de ce qu'on dénomme souvent «la résistance au changement », derrière laquelle se cache en réalité un deuil nécessaire et un certain nombre de facteurs rationnels.

2.2.3 La direction et la conduite du changement

La fusion de deux hôpitaux pose nécessairement la question de la direction de l'hôpital fusionné. Dans le cas des hôpitaux du Léman, elle n'a pas été conflictuelle. Mais, il est vrai que dans un certain nombre d'hôpitaux fusionnés cette question a suscité des tensions et des rivalités. C'est le cas, comme à Eaubonne Montmorency²⁸, lorsque les deux directeurs restent en poste et souhaitent tous deux prendre la chefferie de l'hôpital fusionné et quand, de surcroît, chaque maire soutient la candidature de son directeur.

En tout état de cause, l'équipe de direction doit continuer à faire fonctionner l'ancienne structure, tout en incitant les gens à préparer la nouvelle structure ; elle doit par, ailleurs, présenter une vision claire de l'organisation vers laquelle elle souhaite tendre.²⁹

En effet, c'est à elle qu'incombe la mission de conduire le changement comme le soulignent Georges Arbus et Denis Debrosse.

« La réussite du changement demande que l'équipe de direction en fasse une priorité et s'organise en conséquence. Elle seule est à même de favoriser la mise en place d'une dynamique d'innovation, de se positionner en interface entre le monde extérieur et l'hôpital. Elle seule peut veiller à la bonne lisibilité par tous des attentes de l'environnement, des potentialités internes et à leur traduction en objectifs de

²⁷ BARATTA Nadine. Recomposition hospitalière : le grand chantier. *Décision Santé*, janvier 1999, n°139, p.14-18

²⁸ FORCIOLI Pascal. Fusion d'hôpitaux et conflits à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, avril 1999, p. 256-260

²⁹ GROUPE LAENNEC. Accompagner les restructurations - Carnets de route... *Gestions Hospitalières*, avril 1999, p. 261-265

changement. C'est elle qui peut initier et conduire les principales étapes d'évolution des pratiques et des organisations »³⁰

2.3 La résistance au changement ?

2.3.1 Du deuil à la peur de l'avenir

Comme le retrace le groupe Laënnec³¹, la fermeture d'un ou plusieurs services, voire d'un hôpital, possède une dimension émotionnelle loin d'être négligeable. «L'attachement fort d'un groupe à un lieu, comme espace de relations sociales établies entre les gens, d'une histoire partagée, complexifie les choses, suscite des réflexes collectifs. Voir tomber ce que l'on a construit, ce dans quoi on a vécu, touche au tréfonds de l'être ». L'émotion et la douleur sont inévitables et nécessaires. Les nier ne sert à rien, il faut au contraire leur permettre de s'exprimer et accompagner les personnels si l'on ne veut pas que le passage soit encore plus douloureux. Ainsi seulement, le « deuil » pourra se faire.

Car, il s'agit bien d'un deuil, comme en témoigne cette « nécrologie » inscrite l'année passée sur une discrète affiche de la maternité d'Evian :

*« Nécrologie :
La mort annoncée d'une maternité
Nous avons le regret de vous annoncer que plus jamais il n'y aura d'Evianais !!!
Que si vous voulez vous pouvez vous rassembler, défiler et crier votre désaccord !!!
Que cette mort annoncée d'une maternité jalouée nous fasse réfléchir sur le devenir
d'une cité sans nouveaux nés !!! »*

Le vécu des Hôpitaux du Léman permet d'éclairer ce que cette notion de deuil peut recouvrir. Bien que le principe même de la fusion ait désormais cessé d'être condamné (hormis quelques agents, surtout des médecins et des sages-femmes) ; il a existé et existe encore incontestablement un deuil de l'ensemble du personnel de cet établissement. A l'importante rivalité Evian / Thonon de l'avant fusion ont succédé toutes les étapes du deuil :

³⁰ ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis. *Réussir le changement à l'hôpital*. Liège : Masson, 1996. p.103

³¹ GROUPE LAENNEC. Accompagner les restructurations - Carnets de route... *Gestions Hospitalières*, avril 1999, p. 261-265

activité intense et pétitions, puis grande tristesse, et découragement voire désinvestissement...

Ce deuil est vécu de manière très différente selon les individus. Son intensité varie en fonction de nombreux critères. La situation hiérarchique est une variable importante : pour beaucoup à l'hôpital, la fusion reste avant tout « une affaire de médecins ». Ce sentiment de deuil évolue également selon l'implication des agents dans l'hôpital, leur situation (titulaire ou contractuel), leur ancienneté aux hôpitaux du Léman (le personnel récemment embauché est moins réservé vis-à-vis de la fusion)...

On pourrait avoir l'impression de prime abord que le personnel d'Evian aurait plus de difficulté à accepter la fusion que l'Hôpital de Thonon dans la mesure où les Evianais souffriraient du sentiment d'absorption par l'hôpital de Thonon, l'établissement le plus important des deux. Les Evianais ont effectivement ressenti une impression d'absorption. Mais, au fur et à mesure, les Thononais se sont aperçus qu'ils étaient plus concernés qu'ils ne l'imaginaient sans doute au départ.

Le deuil se manifeste très peu de manière nostalgique ou sentimentale contrairement aux paroles exprimées dans la nécrologie de la maternité. Curieusement, le sentiment de nostalgie du personnel évianais est exprimé pour une période antérieure, celle du faste temps où l'hôpital se situait au prestigieux hôtel « L'Ermitage ». Il semble que l'expression nostalgique du deuil soit davantage destinée à mobiliser la population environnante. Les raisons du deuil des agents hospitaliers sont sûrement plus personnelles et plus professionnelles. La difficulté du personnel consiste désormais à se positionner personnellement en fonction de ce nouveau contexte. Certains soignants du bloc d'Evian, par exemple, sont tiraillés entre le choix de rester travailler à Evian dans les services de soins ou de partir au bloc de Thonon. Ils doutent de leur capacité à changer d'activité. Le regret de leur bonne ambiance de travail, la crainte de travailler dans une équipe plus grande revient souvent dans les propos du personnel. Les agents concernés de près par les restructurations se montrent inquiets quant à leur devenir. En fait, peu à peu, le sentiment de deuil se transforme en une peur de l'avenir.

Si, au départ, les réactions ont pu être vives face à la décision de fusion, aujourd'hui, l'idée semble plus ou moins acceptée. Régulièrement, le personnel répète : « on n'a rien contre les Thononais », « On n'a rien contre les Evianais ». Manifestement, la Dranse, cette rivière qui sépare les deux villes et qui sert de prétexte aux opposants à la fusion, se traverse désormais. Les mentalités ont évolué. Les échanges entre les deux établissements ont largement contribué à cette évolution : les réunions, les formations en commun, le regroupement des syndicats, les échanges de personnel entre services ont été bénéfiques.

2.3.2 Derrière la « résistance au changement »

Actuellement, aux Hôpitaux du Léman, bon nombre des membres du personnel utilisent encore davantage leur énergie à se défendre qu'à accepter le changement. Dans les discours, le changement est acquis ; dans les faits, c'est un peu moins sûr. La récente fermeture de l'accueil de nuit des urgences à Evian, par exemple, illustre cette difficulté à accepter un changement inéluctable. Les personnels n'osaient plus exprimer leur difficulté à accepter la fusion. Ils restaient pourtant prisonniers de leur fonction d'opposition et se cristallisaient sur chaque détail de l'organisation de cette fermeture.

Face à de telles réactions, on a tendance à ériger la résistance aux changements au rang « d'invariant anthropologique » selon une expression de Frédéric de Coninck³² : les hommes dans leur ensemble et quasiment par nature seraient résistants au changement. Cette hypothèse forte et contestable entrave souvent la neutralité d'une analyse sur les difficultés rencontrées et des manières d'y faire face. Ce postulat sert de rideau de fumée et renforce les situations de blocage auxquelles on est déjà parvenu. L'auteur s'appuie sur sa connaissance du terrain pour revisiter cette notion de « résistance au changement » et en rend compte, non pas au titre d'un invariant anthropologique, mais comme un symptôme d'une situation particulière. Pour justifier l'attitude des employés, il recherche, au-delà de la résistance, les véritables arguments des salariés qui « résistent » au changement. Pour lui, la plupart des raisons invoquées sont légitimes : l'incertitude face à l'avenir, le manque d'information sur les enjeux, l'insuffisance des moyens pour mettre en œuvre les changements ou encore la perception d'une certaine injustice, voilà autant de facteurs de « résistance ».

Parmi ces difficultés, l'injustice la plus criante aux yeux des personnels est le fait qu'ils perçoivent leur entreprise, ici l'hôpital, comme ayant un avenir dessiné tandis que leur sort est incertain. Pour autant, il paraît nécessaire, du fait de la demande expresse du personnel, d'informer celui-ci sur le devenir de leur établissement ; et ce alors même que la direction ne dispose pas encore de réponse précise pour chaque agent. Or, pour les personnels, leur devenir reste leur préoccupation première alors que la direction est dans un premier temps essentiellement préoccupée par des modifications de grandes ampleurs. Ce

³² CONINCK (de) Frédéric. Les bonnes raisons de résister au changement. *Revue française de gestion*, septembre octobre 1998, p. 162-168

décalage rend particulièrement difficile toute communication, au moins pendant un certain temps.

Ainsi, selon Frédéric de Coninck, les acteurs ne sont pas attachés de façon passive à leur routine : tous sont prêts à changer rapidement s'ils y trouvent leur compte. Mais, en revanche, on résistera en fonction des risques encourus par le changement. Ceci suppose également un bon accompagnement et une formation adéquate ; un vaste problème que nous n'étudierons pas ici.

Conclusion

« S'il est ressenti comme un échec, tout projet de restructuration est d'avance condamné ». Ces propos d'un homme de terrain, le directeur du CH de Nevers³³, mettent l'accent sur la nécessité d'obtenir l'adhésion des professionnels en général, et des praticiens en particulier, préalablement à toute entreprise de restructuration. Une telle adhésion ne pourra être que la résultante du compromis considéré comme le moins mauvais par les divers partenaires concernés, et devra surmonter ce que l'on tient souvent à tort pour une résistance naturelle aux changements.

Il ne faut pas sous-estimer le temps nécessaire à la création d'une nouvelle culture d'établissement. On ne passe pas aisément d'une culture à une autre. L'adaptation des hommes, des structures et des pratiques n'est que progressive. Plusieurs facteurs peuvent cependant accélérer le processus : rotation des cadres, brassage progressif des équipes, mutation de lieux d'exercice, réorganisation des modes de fonctionnement et de travail.

Et si, dans la fusion, la vraie difficulté provient des freins humains, ce sont ces mêmes hommes qui sont aussi le vecteur du changement. Car, il est bien évident qu'aucune coopération n'aboutira sans la volonté et la conviction des personnels concernés.

³³ Propos cités par Monique RAIKOVIC in « Pour des restructurations de qualité ». *Décision Santé*, 15 au 30 novembre 1997, n°121, p. 26-29

DEUXIEME PARTIE : LA RECHERCHE D'UNE POLITIQUE DE RESTRUCTURATION MEDICALE

Dans un hôpital tiraillé par les résistances internes et externes décrites dans la partie précédente, les solutions de restructuration peuvent difficilement être dictées par la seule raison. Ne pas tenir compte des intérêts et des motivations des acteurs conduirait inéluctablement à l'échec ; alors que la négociation incessante de la restructuration rallie plus aisément les avis divergents et confère à la solution un certain pragmatisme.

En même temps, la fusion entre hôpitaux publics doit s'attacher, dans l'intérêt du malade, à opérer des regroupements logiques (services de chirurgie, de médecine, cœur et poumons, mère et enfant) et à neutraliser le dédain éventuel de l'un ou l'autre établissement concerné (refus d'aller sur le site voisin, mépris des activités qui s'y déroulent). Le saupoudrage de lits et d'activités sur différents sites, au nom d'un pseudo équilibre médical ménageant les agents, est préjudiciable aux patients : ils s'y perdent par manque de clarté dans la répartition des activités soignantes. En outre, cherchant un compromis à tout prix, une telle politique aboutit à des résultats contraires au but recherché. Elle décrédibilise la nécessité de la fusion aux yeux des agents, ce qui rend la mise en œuvre encore plus ardue.

La décision politique doit donc opérer un équilibre entre la recherche de l'adhésion d'un maximum d'agents et une rationalité dans la répartition.

Pour dépasser «le syndrome du loup et de l'agneau »³⁴ et permettre au nouvel établissement de retrouver une cohérence, la direction des Hôpitaux du Léman a opté pour deux stratégies principales :

- Le premier axe est le choix d'une restructuration globale des établissements fusionnés (Chapitre 1)
- Le deuxième axe est la recherche d'une nouvelle dynamique du site d'Evian (Chapitre 2).

³⁴ Propos de Gilles Echardour cité par Monique Raikovic. in « Les fusions d'établissements », Décision Santé, revue. Octobre 2000

Présentation de la fusion des Hôpitaux du Léman

Présentation de la situation géographique, démographique et sanitaire en annexe 1.

L'hôpital d'Evian

L'hôpital d'Evian, petite ville de 5 000 habitants et mondialement connue, s'est développé à partir des années 60 autour de la néphrologie. Ses 20 postes de dialyse attiraient des patients de trois départements. En outre, il prenait en charge des curistes et assurait les soins pré et post greffe rénale. Il s'est diversifié par l'absorption de la clinique locale (chirurgie générale) puis avec l'implantation de l'urologie et de la médecine interne à orientation cardiologique.

A la signature du COM en 1998, l'hôpital comportait :

152 Lits de MCO + 12 places

156 Lits de moyen séjour, long séjour, cure médicale et maison de retraite

L'hôpital de Thonon

L'hôpital de Thonon s'est développé à la fin des années 60. C'est un centre hospitalier général, moins spécialisé et plus classique. Son champs d'activité recouvre :

- l'activité MCO avec :
 - services de chirurgie orthopédique, digestive et viscérale, gynécologique, ORL
 - services de médecine : gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie et infectiologie, médecine interne
 - pédiatrie,
 - urgences, SMUR, réanimation polyvalente
- la psychiatrie : psychiatrie adulte et pédopsychiatrie
- le moyen et le long séjour.

Chronologie de la fusion :

1993 : création d'un syndicat inter hospitalier pour gérer la blanchisserie commune

1994 : premiers projets médicaux de chaque établissement et lettre du préfet

1995 : protocole d'accord sur la répartition des activités, grandes tractations

1997 : syndicat inter hospitalier à vocation générale, direction unique et lettre de cadrage du DARH à la fin de l'année

01/01/1998 : fusion, naissance des Hôpitaux du Léman, budget unique

1999 : Projet d'établissement de l'établissement fusionné et lettre du DARH

02/2000 : signature du COM

CHAPITRE 1 : LA RESTRUCTURATION DE L'ETABLISSEMENT : UNE STRATEGIE GLOBALE

Suppression des doublons (maternité, bloc opératoire, cardiologie,...), développement de nouvelles activités sur les deux sites (neurologie, rhumatologie, soins palliatifs,...), nouvelles répartitions des activités sur les deux sites : autant de bouleversements qui affectaient de nombreux services de chacun des sites. Parallèlement, un certain nombre de services n'étaient pas directement concernés par la fusion, c'est le cas des services de psychiatrie sur Thonon ou des services de néphrologie et d'endocrinologie sur Evian.

De là deux grandes stratégies de restructurations étaient possibles pour le nouvel établissement :

- 1) la réorganisation progressive des différents services concernés par la fusion. Un choix que certains établissements fusionnés ont suivi.
- 2) la restructuration globale de l'établissement, y compris des services qui n'étaient pas particulièrement concernés par la fusion au départ. Une telle restructuration passe par une recomposition de l'activité par pôles, ou dans le cas présent par départements.

Ce chapitre montrera comment, au fur et à mesure des décisions prises, l'hôpital s'est orienté vers une restructuration d'ensemble qui a permis au nouvel établissement fusionné en 1998 de trouver toute sa cohérence.

1. La suppression des doublons

Si fusion il y a, c'est avant tout pour améliorer la sécurité sanitaire, optimiser la répartition des soins et réagir aux restrictions en personnel et en moyens financiers. Le but premier d'une restructuration médicale est donc d'assurer une complémentarité dans la répartition des activités sur les deux sites ; et, si possible, de supprimer les doublons d'activité.

Les premières réflexions sur la répartition des activités entre les hôpitaux d'Evian et de Thonon ont été réalisées par une société de conseil qui rendit ses conclusions en 1993. Il n'était alors nullement question de la fermeture du bloc opératoire et de la maternité sur Evian. Les trois scénarii présentés conservaient la redondance de la maternité toute nouvellement créée sur le site d'Evian, et répartissaient les activités chirurgicales et

médicales sur les deux sites de manière à maintenir l'équilibre préexistant. Le préfet du département³⁵ se montra alors favorable à une telle répartition où étaient conservés un certain nombre de services en doublons. Pour autant, ce compromis n'obtint pas de consensus du fait de l'opposition de l'hôpital de Thonon et des propositions divergentes des médecins inspecteurs départemental et régional... La période de 1994 à 1997 fut marquée par l'opposition et l'incertitude. Dans ce climat, les directeurs et le comité de pilotage continuaient à réfléchir. Et, malgré tout, deux avancées majeures se concrétisèrent : la création d'un service commun d'Urgences en 1995 et un échange de services. Pour supprimer le doublon de cardiologie, le service du praticien évianais fut redéployé sur l'hôpital de Thonon, tandis qu'en échange le service de médecine interne thononais fut déplacé sur l'autre site. Durant ces années, les négociations suivait la stratégie donnant / donnant.

Puis en 1997, le couperet tombe, le DARH de Rhône Alpes, estimant que le partage des plateaux techniques n'est plus envisageable pour des questions de sécurité et d'optimisation des soins, demande que la chirurgie et l'obstétrique soient regroupés sur le site de Thonon et qu'en contrepartie les services de médecine soient développés sur Evian.

2. Le maintien et le développement d'une activité de médecine à Evian

Le maintien des activités de médecine, hormis la cardiologie, étant un principe acté, restait à déterminer quels seraient les services de médecine de Thonon qui viendraient compenser à Evian le départ du bloc opératoire et de la maternité. La communauté médicale raisonnait encore suivant la logique donnant / donnant, branches par branches, et restaient sur une idée de petites unités. La difficulté à dépasser la logique de service fut accentuée par le fait qu'aucun service de Thonon ne se portait volontaire pour se déplacer sur le site d'Evian.

Un compromis, qui s'avèrerait non viable, fut fait pour permettre de clore le projet médical : le département de pneumo-gastro serait divisé et réparti sur les deux sites.

Le développement de l'activité de médecine à Thonon fut également rendu possible par l'idée d'y implanter des services nouveaux : la neurologie, la rhumatologie, les soins palliatifs, les soins de suite et de réadaptation à orientation neurologique ...

Déjà plusieurs années auparavant, l'activité thermale de l'hôpital d'Evian avait été supprimée pour en laisser l'apanage aux centres thermaux des villes de Thonon et d'Evian.

³⁵ Annexe 1, lettre du préfet de département de 1994

Cette discipline médicale ne répondait plus aux exigences des missions de l'hôpital public. En revanche, le développement d'une activité de rhumatologie fut acceptée et placée sur le site d'Evian dans la logique du transfert des activités de médecine sur ce site. Elle a nécessité la création d'un poste de praticien hospitalier dans cette spécialité, poste négocié avec le COM. Cette création permettra de corréliser l'activité hospitalière avec celle des établissements thermaux d'Evian et de Thonon qui ont obtenu l'agrément de rhumatologie du Ministère de la Santé.

3. La réorganisation des Urgences

3.1 La création d'un service unique

L'organisation des Urgences des Hôpitaux du Léman a été arrêtée en 1995 et concrétisée à la fin de cette même année. Ce fut une des premières réalisations de la fusion. Il avait été alors établi que les appels des urgences seraient centralisés à Thonon et que le service mobile d'urgences (SMUR) y serait également implanté. Mais une équipe d'urgences était maintenue de part et d'autre de la Dranse, et les patients pouvaient être orientés pour leur hospitalisation vers l'établissement de leur choix. Cette dernière possibilité n'a plus d'intérêt aujourd'hui du fait de la complémentarité des sites : les patients vont sur le site de la spécialité de laquelle ils relèvent. Malgré le regroupement des moyens, les exigences du SAU ne purent être réunies, les Hôpitaux du Léman obtinrent une qualification d'UPATOU renforcé, de même que les Hôpitaux du Mont Blanc et l'hôpital d'Annemasse – Bonneville.

3.2 La fermeture des Urgences de nuit à Evian

En 2001, une nouvelle étape a été franchie : la fermeture de nuit des urgences d'Evian. Pour avoir co-animé cette fermeture, nous avons senti, par la crispation sur les détails, que la plaie n'était pas encore refermée pour le personnel évianais. Derrière une absence d'opposition franche se cachait une douleur latente. Cette fermeture avait été décidée par le Conseil d'administration. Les horaires arrêtés (9 h à 20 h 30) sont plus réduits que ceux proposés par le Conseil d'administration au départ. Et ce, pour tenir compte de l'horaire en 12 h des infirmières et des heures d'ouvertures de l'accueil.

Après deux mois de fermeture, l'évaluation montre que des patients se présentent encore à l'hôpital pour des urgences en dehors de ces horaires. L'effort de communication est donc à poursuivre. La communication interne doit également être relancée de manière à expliciter à nouveau le bien-fondé de ce changement aux praticiens et aux infirmières encore quelque peu réticents.

La fermeture le week-end, réclamée par les Urgences thononaises a été envisagée. L'ensemble du personnel a admis l'idée que la décision sera prise prochainement. Nous pensons, pour notre part, qu'il serait intéressant de le faire le plus rapidement possible, en profitant de la fin de la saison estivale de manière à éviter le report d'une solution inéluctable, difficile à vivre pour le personnel. En outre, nous nous interrogeons sur la pertinence, désormais, d'un service dénommé « Urgences ». Quand tous les cas lourds sont orientés vers Thonon, quand le service évianais est fermé la nuit et prochainement le week-end : peut-on encore parler de services d'« Urgences » ? Nous pensons qu'il serait préférable, pour clarifier les objectifs, de s'orienter vers un « Accueil de jour », un service qui s'apparente au cabinet médical. Comme le faisait remarquer le maire de Machecoul (Loire Atlantique), également praticien à l'hôpital de la ville : un hôpital public ne peut pas faire moins qu'un cabinet de ville, il doit faire au moins l'équivalent. C'est précisément vers une structure qui s'apparente à ce besoin que le site d'Evian devrait se tourner aujourd'hui, nous semble-t-il. Cet accueil de jour pourrait être coordonné avec la mise en place du plateau de consultation (projet détaillé en chapitre 2 de la 2^{ème} partie). Une analyse de l'activité des Urgences d'Evian analyse une telle reconversion : entre un tiers et la moitié de l'activité des Urgences d'Evian sont des consultations de suite de soins. Cette part d'activité ne relève pas véritablement de l'urgence mais correspond à une demande de consultations de proximité.

4. L'organisation des départements sur l'ensemble de l'établissement

Les premières tractations sur le partage d'activité entre les deux sites se heurtaient à une difficulté majeure : elles étaient basées sur les services en place, sans réflexion d'ensemble. A l'initiative de la tutelle, les Hôpitaux du Léman se sont orientés vers une réflexion globale où tous les services se regrouperaient en entités plus importantes : les pôles. Cette notion de pôle ne détient aucun contenu juridique, mais les Agences Régionales les utilisent probablement à dessein pour laisser libre champ aux hôpitaux. Ces derniers sont en effet amenés ensuite à lui donner consistance. Les Hôpitaux du Léman ont choisi pour cela de faire évoluer ces pôles vers des départements, une notion juridique plus définie.

Comme on l'a vu en première partie, la départementalisation et la suppression des chefferies qu'elle suppose ont été acceptées dans l'établissement sans difficulté majeure dans la mesure où une nouvelle organisation de la CME était mise en place parallèlement.

4.1 La départementalisation : un choix du projet d'établissement

Dans le projet d'établissement (2000-2005), il a été prévu un regroupement des services en pôles d'activité destinés à faciliter le partage des compétences médicales et la réorganisation de la prise en charge du patient.

Les regroupements prévus étaient les suivants :

- Pôle de chirurgie qui regrouperait les services d'hospitalisation de chirurgie
- Pôle des maladies métaboliques regroupant :
 - L'UF d'endocrinologie,
 - L'UF de néphrologie et de dialyse
 - L'UF de l'hypertension des maladies métaboliques
- Pôle de neurologie-rhumatologie auquel aurait été rattachée l'activité de réadaptation.
- Pôle de pneumologie gastro-entérologie et cardiologie.

Déjà il était prévu dans le projet d'établissement que ces pôles évoluent en départements dans les 5 ans, après une phase expérimentale avec des départements pilotes :

- janvier 2000 : création de deux départements (maladies métaboliques, anesthésie-réanimation, urgences).
- 2001-2003 : La mise en place d'une structure de déconcentration
- 2003-2004 : La généralisation de l'organisation en départements. A ce jour, six départements sont d'ores et déjà mis en place.

Les pôles tels qu'ils ont été décrits dans le projet d'établissement ne correspondent pas exactement aux départements qui ont été mis en place. Ces pôles étaient de taille trop importante pour permettre une véritable concertation médicale en leur sein. Si ces départements sont de dimension plus réduite aujourd'hui, ils restent cependant de taille très hétérogène et, pour certains, sans doute encore trop importants. Cette hétérogénéité pose de réels problèmes pour travailler sur la réorganisation des départements. Chacun demandera une organisation particulière, aussi bien au niveau de l'encadrement soignant qu'en matière de fonctionnement des équipes ou encore de délégation de gestion...

Par ailleurs, les médecins devront entendre que remplacer trois services par un département composé d'une dizaine d'UF n'est pas plus gérable. La réfection du fichier structure déjà entreprise globalement au moment de la fusion, demandera encore pour quelques temps une attention particulière ; des modifications a minima seraient préférables.

4.2 La déclinaison de la départementalisation

La généralisation de la départementalisation a pour corollaire une déclinaison aboutie de la notion de département. Ce nouveau paradigme est à l'origine d'un mouvement global et auto-entretenu qui se caractérise par le regroupement de services, la mise en place des conseils de département, une première réflexion sur la délégation de gestion au sein de ces nouvelles entités et sur le rôle de l'encadrement soignant.

Des conseils de département (art. L 6146-2 et L 6146-3 du CSP) ont été constitués dans les premiers départements créés, permettant de concrétiser une volonté de concertation interne. Les premiers projets de départements sont en gestation.

Un travail sur la délégation de gestion au sein d'un département est actuellement en cours. Une réflexion a été lancée dans l'équipe de direction et deux demi-journées de formation sont prévues à l'intention des médecins.

Conclusion

Peu à peu, la préférence pour une restructuration globale s'est profilée dans l'esprit de l'équipe de direction. Si le défi à relever apparaît conséquent, il n'en demeure pas moins que les avantages indéniables qu'offre ce choix ont réussi à emporter l'adhésion des décideurs. Ce choix permet de revitaliser l'ensemble de l'établissement, de ne pas isoler les services les plus concernés par la fusion de ceux qui le sont moins, de moderniser les façons de faire et les modes de management, de s'adapter aux autres exigences actuelles (politique d'accréditation, délégation de gestion, regroupement des services dans des pôles de spécialités...). Mettre l'accent sur cette dimension de la fusion permet, sinon de la reléguer au second plan, au moins d'atténuer le lot de frustration et autres formes de rétivité qui l'accompagnent nécessairement.

Cette décision a eu un coût important pour le nouvel établissement, qui se surajoutait à celui de l'agrandissement du plateau technique. Le changement d'une organisation (regroupement de services en département ou en fédérations de services) nécessite

d'investir dans l'immobilier et dans l'équipement. Mais ces investissements sont aussi une des conditions de réussite de la fusion, car « on ne fait accepter le changement aux médecins et au personnel qu'à condition de leur offrir un outil séduisant »³⁶, qu'à condition qu'ils y trouvent un intérêt.

Malgré les coûts humains et financiers, l'équipe de direction des Hôpitaux du Léman considère aujourd'hui qu'elle n'aurait pas pu parvenir aux résultats actuels sans procéder par cette restructuration globale.

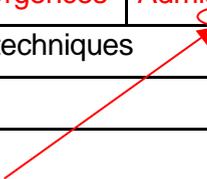
³⁶ CALMES Gilles et LEFRANC Laura. Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p. 584-589

CHAPITRE 2 : LA REVITALISATION DES DEUX FUTURS DEPARTEMENTS DU SITE D'EVIAN

Le nouveau plateau technique ne pouvant accueillir les activités chirurgicale et obstétricale d'Evian avant 2004, il est prévu que les services actuels restent en fonctionnement jusqu'à cette date. L'organisation actuelle de l'hôpital évianais est donc la suivante :

Bâtiment A			Bâtiment B			
			Administration	+ 4		
Maternité		Neurologie	Convalescents	Endocrinologie	+ 3	
Travaux	Maternité	Chirurgie		Néphrologie	+ 2	
Parking		Chirurgie		Dialyse	+ 1	
Parking		Radio Urgences	Admissions	Restaurant	Cuisine	0
Parking		Locaux techniques		Pharmacie		- 1
Services				Technique	- 2	

Entrée Principale



A l'avenir, deux grands départements structureront l'hôpital d'Evian : le département des maladies métaboliques (néphrologie, endocrinologie, dialyse) et le département de neurologie et rhumatologie. En apparence, la question de la restructuration de ces départements était simple, dans la mesure où ces services n'étaient pas réellement concernés par la fusion. En effet, avant la fusion ces activités n'étaient pratiquées qu'à l'hôpital Camille Blanc d'Evian. Cependant, le bâtiment A dans lequel se situe la neurologie, la rhumatologie et la chirurgie actuellement nécessitait des travaux de réhabilitation, une opportunité pour repenser dans sa globalité l'avenir du site lui-même.

1. L'organisation spatiale

La vétusté et l'exiguïté des locaux du bâtiment A d'Evian exigeaient des travaux prévus depuis plusieurs années. L'étude de restructuration du bâtiment coïncida avec la répartition des activités au sein des deux départements en cours de mise en place situés sur les bâtiments A et B. Les hypothèses de travail étaient les suivantes :

- Mise en œuvre d'un département de neurologie – rhumatologie de 43 lits environs dont 10 lits d'hospitalisation de semaine + consultations et explorations fonctionnelles associées
- Mise en œuvre d'un département de néphrologie – endocrinologie de 43 lits environ d'hospitalisation complète + consultations et soins associés
- Maintien de l'activité de dialyse à 20 postes.

A l'initiative du programmiste, engagé pour penser les travaux et l'organisation du site, deux scénarios ont été analysés.

1) Un premier scénario développant un département par bâtiment : département de neurologie – rhumatologie dans le bâtiment A, à la place de la chirurgie actuellement.

2) Un second scénario développant les départements par plateaux horizontaux.

Scénario 1 : Départements par plateaux horizontaux

	Bâtiment A			Bâtiment B	
+ 4				Administration	
+ 3	Département neurologie – rhumatologie				
+ 2	Département des maladies métaboliques				
+ 1	Consultations centralisées			Dialyse	
0	Imagerie	Urgences	HALL	Self	Cuisine
- 1	Locaux divers : vestiaires – archivage – stockages - logistique				

Scénario 2 : Départements par bâtiments

Bâtiment A			Bâtiment B		
+ 4				Administration	
+ 3	Département neuro - rhumato		Endocrinologie hospitalisations +consult.		
+ 2	Département neuro - rhumato		Néphrologie hospitalisation		
+ 1		Consult neuro-rhumato	Dialyse	Consult. Néphro	
0	Imagerie	Urgences	HALL	Self	Cuisine
- 1	Locaux divers : vestiaires – archivage – stockages - logistique				

Suite à une étude de faisabilité, la société a proposé un état comparatif des deux scénarios. Le scénario « horizontal » présente un certain nombre d'avantages supplémentaires :

- Au niveau confort hôtelier : le nombre de chambres à 1 lit est supérieur, environ 10 lits supplémentaires, toutes les chambres sont équipées en cabinet de toilettes et douche individuelle (si on laisse le bâtiment B en l'état, ce ne sera pas le cas),
- Le service de la dialyse récupère des surfaces pour une éventuelle extension ultérieure,
- Le site est plus lisible pour les patients aussi bien pour l'hospitalisation et que les consultations données sur un plateau centralisé (les consultants ne repassent pas par le hall),
- La centralisation des locaux de consultations permet un suivi plus aisé du dossier du patient, un archivage chaud commun et un site de paiement unique,
- Les secrétariats pourront être partagés dans un même département,
- Les locaux logistique et de détente pourront être communs,
- L'utilisation des lits sur un même département sera marquée par une plus grande souplesse.

La décision finale n'est pas encore prise compte tenu du surcoût de l'opération transversale : 10 millions supplémentaires sur un coût total de 33 millions toutes dépenses comprises pour le scénario le plus cher. Cependant, la différence financière entre les deux scénarii n'est pas si importante, rapportée aux avantages attendus du premier scénario. En outre, il faudra reprendre le bâtiment B dans quelques années, puisque les chambres ne correspondent plus aux préconisations en vigueur. L'échelonnement des travaux suivant

des phases successives devrait permettre d'étaler les financements. Une solution que choisira sans doute la direction.

2. L'organisation médicale

2.1 Une départementalisation en cours

L'organisation médicale des deux futurs départements est maintenant bien établie.

Le pôle des maladies métaboliques, du fait de la forte implication des médecins et de l'historique de l'hôpital, est depuis longtemps bien ancré dans le paysage sanitaire de la région. Ce département s'est naturellement et rapidement mis en place, même s'il stagne un peu aujourd'hui.

Malgré l'exiguïté et la vétusté des locaux, le rhumatologue, recruté récemment, a commencé à développer son activité, complétant ainsi celle du neurologue arrivé quelques années auparavant. Il était prévu dans le projet d'établissement que les activités de neurologie et rhumatologie s'organisent en un pôle qui comprendrait également un service de soins de suite à orientation neurologique. Deux solutions sont donc possibles pour faire évoluer cet ensemble sous une forme juridique :

- un département de trois UF
 - UF de neurologie
 - UF de rhumatologie
 - UF de soins de suite à orientation neurologique
- Une fédération avec un département de neurologie et rhumatologie (43 lits) et un service de convalescence (34 lits)

Quelle que soit la forme choisie, il nous semble préférable que la structure soit de taille la plus semblable possible aux autres.

2.2 La remise en cause d'une unité d'hospitalisation de courte durée

Une incertitude demeurerait cependant dans le projet de ces deux départements : la faisabilité d'un hôpital de jour et / ou de semaine à l'instar de celui de Thonon.

Pour que la mise en place d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) soit intéressante pour l'établissement, il faut qu'elle recouvre un secteur d'environ 11 lits, ce qui correspond à l'organisation du travail soignant prévue dans les futurs départements. Dans une analyse³⁷ nous démontrons qu'il est prématuré de penser à un tel mode de prise en charge. En effet, les simulations effectuées à partir de l'activité actuelle des trois services parviennent à la faible moyenne de 3,8 patients par jour. Et, si l'on tient compte uniquement des séjours programmés (les seuls à entrer dans le champs d'un hôpital de jour ou de semaine), ce taux d'occupation tombe à 1,4 patients. Les évolutions de l'activité en perspective jouent en faveur d'une plus grande souplesse : ouverture de lits de convalescence et d'une maison de retraite, augmentation du nombre de lits des services. Ces évolutions pourraient conduire à songer à une UHCD dans l'avenir, mais peu d'éléments fiables permettent de l'assurer aujourd'hui.

2.3 *Le plateau de consultations : un service de proximité*

L'hypothèse de restructuration horizontale laissant libre un étage du bâtiment A, le programmiste eut l'idée d'y implanter un plateau de consultation. Cette proposition présente plusieurs avantages que nous avons soulignés³⁸. Le premier était surtout une simplification du parcours du patient. En effet, en unifiant toutes les consultations dans une même zone, il est possible d'y installer un accueil administratif. Le consultant n'a alors plus besoin de passer au bureau des entrées situé au rez-de-chaussée pour se faire enregistrer, chercher ensuite le bureau du médecin dans les étages et repasser au bureau des entrées pour régler sa consultation. Au contraire dans cette hypothèse, il se rendra directement au premier étage, où il bénéficiera une prise en charge médicale et administrative. Les pré admissions pour les hospitalisations décidées lors de ces consultations se feront également dans ce cadre. Les médecins ont rapidement adhéré à cette idée, c'est elle qui commence à les rallier au choix d'une répartition horizontale des activités alors qu'ils l'estimaient auparavant trop coûteuse par rapport au gain. Les praticiens y trouvaient également un autre avantage : les locaux et le matériel pourraient y être aisément mis en place, compte tenu de l'espace disponible.

Mais, au delà des questions d'organisation administrative et de simplification du parcours du patient, la réflexion sur le plateau de consultations renouvelait le questionnement sur la répartition des activités médicales sur les deux sites. En effet,

³⁷ en annexe n°2

³⁸ en annexe n° 2

l'activité de médecine au sens large reste partagée sur les deux sites. Les praticiens de l'hôpital évienais se plaignent d'un manque d'avis de la part de leur confrères thononais et craignent qu'avec la mise en place effective de la restructuration, les liens avec les services de médecine des deux sites ne se distendent encore davantage. La réflexion sur le plateau de consultations d'Evian³⁹, nous a permis de mettre à jour les incertitudes en ce domaine et de réfléchir sur les liens à garantir avec le département de médecine interne de Thonon.

Les praticiens évienais trouvent naturellement leur place sur le plateau de consultations. Mais qu'advenait-il des consultations des praticiens de médecine (pneumologie, gastro-entérologie et cardiologie) situés à Thonon ? Actuellement, des vacataires et des assistants de ces spécialités assurent les consultations internes pour les patients d'Evian. Des consultations externes en cardiologie sont effectuées par un praticien de Thonon et un médecin de ville sous convention. Mais, il nous paraîtrait intéressant dans ce cadre de développer une véritable antenne du département de Thonon sur le site évienais. Cette antenne de consultations interne et externe favoriserait les avis médicaux et les échanges entre les deux sites et permettrait de développer par la même occasion un service de proximité pour la population éviennaise.

Les PH d'Evian demandent à ce que soit développée une activité d'exploration fonctionnelle cardiaque, hypertension et holter. Cette activité est actuellement réalisée essentiellement sur le site de Thonon. Un développement sur le site évienais ne serait pas sans un coût à évaluer (rapport entre le coût de déplacements en ambulance vers Thonon et le coût du matériel d'exploration fonctionnelle cardiaque). Par ailleurs, ce fort développement de la cardiologie, dont la prise en charge médicale reste à définir, semble apporter une nuance à l'intérêt de transférer ce service sur Thonon et montrer la limite entre choix politique et logique médicale. Mais ce serait confondre le développement d'une bonne antenne de spécialité et le positionnement d'un service d'hospitalisation.

Dans la note située en annexe nous avons réfléchi à une organisation a minima du plateau de consultations, mais suivant l'expérience d'autres hôpitaux fusionnés, il nous semblerait intéressant de développer davantage l'offre de consultations de spécialités. En effet, cette offre est peu coûteuse pour l'hôpital (aménagement de bureaux), elle rendrait un service de proximité à la population et permettrait de faire admettre sans trop de douleur la fermeture de la maternité et des services de chirurgie.

La mise en place d'une antenne de gynécologie paraît de prime abord moins intéressante que les antennes de médecine dans la mesure où aucun avis gynécologique,

³⁹ 3^{ème} note de l'annexe n°2, la note présentée était destinée à faire un état minimal des locaux nécessaires. Mais dans le cas d'un surplus d'espace disponible, pourquoi ne pas penser à plus de type de consultations...

sauf rares exceptions, ne sera demandé par les praticiens évianais. Par contre, elle pourrait constituer un service de proximité à la population évianaise, comme cela s'est fait dans d'autres hôpitaux fusionnés. Par ailleurs, il serait peut-être dommage de ne pas continuer les cours de préparation en piscine sur le site évianais, compte tenu des conditions proposées par l'espace thermal de la ville.

Le maintien de consultations chirurgicales, discuté dans l'équipe de direction, assurerait un service de proximité à la population évianaise. Cette activité pourrait être maintenue dans la mesure où elle est sans surcoût puisque l'hôpital dispose du matériel nécessaire pour les deux sites.

Enfin, depuis longtemps déjà le service de pédopsychiatrie avait fait la demande d'une création d'antenne sur Evian. Demandant alors des moyens supplémentaires, cette demande avait été refusée par la DDASS en 1994. Aujourd'hui, son implantation sur le plateau en cas de bureaux vacants serait peu coûteuse : réfection de pièces pour les aménager en bureaux et un coin pour enfants dans les salles d'attentes. Le personnel serait celui qui intervient actuellement sur Thonon. Le chef de service rappelle sa disponibilité pour un tel projet.

Enfin, la mise en place de consultations de psychiatrie et de pédopsychiatrie, de soins palliatifs et d'évaluation gériatrique nous paraît importante car elle permet l'extension des réseaux et des prises en charge et correspond à la vocation même des équipes mobiles.

En conclusion, à l'instar des établissements fusionnés étudiés, il nous paraît intéressant de mettre en place le maximum d'antennes des activités thononaises sur le site d'Evian, seule véritable façon de garantir les liens entre les disciplines des deux sites. Ces antennes ne représentent pas un coût excessif pour l'hôpital : les locaux nécessaires existent. Pour ce projet, tout dépend de la disponibilité des praticiens, une disponibilité qui pourrait être discutée et mise à l'ordre du jour des futurs conseils de département.

Ce plateau de consultations serait à mettre en étroite relation avec le service « d'accueil de jour ». En effet, la mise en place de ce plateau de consultations permettrait de faire accepter plus facilement la conversion des Urgences d'Evian en accueil de jour. En outre, il paraîtrait intéressant, dans la mesure du possible, de développer les consultations sur Evian avant même la mise en place du plateau de consultation en 2004, pour faire coïncider au mieux ces consultations avec la transformation des Urgences d'Evian. Ces consultations pourraient éventuellement se dérouler dans les locaux du service d'Urgences.

Une lecture un peu rapide pourrait faire croire au retour vers des services en doublon. Ce serait confondre service complet d'hospitalisation, avec présence d'un plateau technique performant à disposition, et antennes de consultations, destinées simplement à rendre un service de proximité à la population sans surcoût excessif pour l'hôpital.

3. L'organisation soignante

Les missions qui sont dévolues aux cadres de santé les positionnent comme des rouages essentiels du changement dans les hôpitaux. Or, actuellement, la direction dresse avec les cadres des Hôpitaux du Léman un constat insatisfaisant : les équipes soignantes sont, en majorité, petites et cloisonnées, les fonctions des cadres ne sont pas unifiées, leur formation est parfois ancienne et leur positionnement institutionnel mal établi. Consciente de l'enjeu, la direction des Hôpitaux du Léman s'est engagée dans une vaste réflexion menée lors de forums de discussion (« les journées cadres », enquête,...). Elle a amorcé également, pour ce qui nous concerne ici, une réflexion sur le futur rôle du cadre dans les départements. Mais comme nous l'avons remarqué précédemment, la différence de taille entre les départements entrave cette réflexion. Selon une expérience testée sur certains groupements de services, un cadre peut gérer raisonnablement une équipe qui prend en charge une quarantaine de patients par le biais de délégations (délégations pour les commandes, le matériel...) et avec l'aide d'infirmières référentes. Mais pour une petite centaine de lits, il n'est évidemment pas possible de faire se corréliser la taille du département et le statut et rôle du cadre infirmier « de proximité ». La direction s'interroge sur la désignation d'une coordinatrice de département, sous le statut d'un cadre infirmier supérieur ou bien d'une fonction transversale assurée à tour de rôle par les cadres infirmières des unités fonctionnelles.

La question des cadres des départements d'Evian est plus simple, puisque ces départements ont des activités organisées autour d'une quarantaine de lits, secteurs pour lesquels il a été défini qu'un cadre infirmier aidé de référentes conviendrait. En effet, l'étage de neurologie- rhumatologie comprendra 43 lits, celui des maladies métaboliques 43 également et l'unité de convalescence en aura 34 environ.

Reste encore à définir le rôle des infirmières référentes en soins : cette fonction est-elle assumée par une alternance à déterminer ou attribuée à une personne précise. Dans le second cas, faut-il penser une forme de reconnaissance pour cette fonction particulière ? Quoi qu'il en soit, le poste de l'infirmière référente est à définir.

Les équipes soignantes redoutent souvent le moment où elles devront travailler dans des équipes plus grandes, celles des départements. Lors du travail préalable sur l'organisation des départements, des divergences de point de vue émergeaient entre la direction et les équipes : ces dernières avaient tendance à revenir sans cesse sur leur fonctionnement antérieur alors que la direction pensait par exemple à regrouper les pièces de détente d'un même département de manière à faciliter la concertation.

4. L'organisation administrative

Une organisation administrative nouvelle consiste à décentraliser le bureau des entrées en l'éclatant dans les différents services de l'établissement de manière à rapprocher l'activité administrative des services de soins. Mais, cette décentralisation suppose un regroupement en entités suffisamment grandes. Les restructurations des services aux Hôpitaux du Léman a relancé cette préoccupation.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'hypothèse d'une répartition horizontale des départements permet d'envisager un plateau de consultations au premier étage de l'hôpital d'Evian. Un des intérêts majeurs d'un tel espace dédié aux soins externes repose justement sur une prise en charge complète du patient, prise en charge aussi bien médicale qu'administrative. Le transfert au niveau + 1 de tout ou partie du bureau des entrées restait donc à étudier. L'analyse de cette délocalisation s'est appuyée sur un certain nombre d'hypothèses qui sont développées dans la note située en annexe 3⁴⁰.

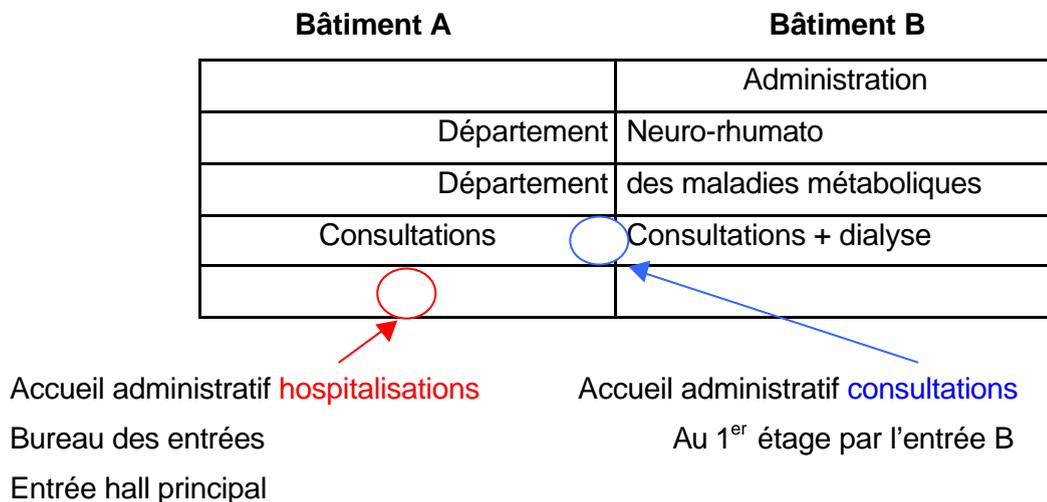
Trois scénarii de localisation de l'accueil administratif étaient notamment envisageables.

Le premier scénario consiste à transférer du rez-de-chaussée vers le premier étage l'accueil des consultants et celui des hospitalisés. Cette hypothèse a été envisagée pour la cas où l'accueil administratif de consultation ne justifierait pas la présence d'un agent toute la journée. Cette possibilité peut être écartée d'emblée. Le temps estimé est proche d'un Équivalent Temps Plein pour les seules activités de consultations des deux départements. De plus, l'élargissement du plateau de consultations aux antennes des services thononais, jugé opportun, augmente en proportion la tâche de l'agent administratif. Ne pas implanter l'accueil administratif des hospitalisations au niveau des services concernés complexifie excessivement le parcours du patient. Mieux vaut laisser la prise en charge administrative des hospitalisations au rez-de-chaussée. Enfin, du même coup, c'est le bureau des entrées du rez-de-chaussée qui ne justifie plus d'une activité suffisante. Or, il doit être maintenu pour

⁴⁰ Note sur la localisation de l'accueil administratif dans les deux futurs départements de médecine d'Evian. En annexe

l'accueil des patients dans le hall et pour un certains nombres d'activités comme les urgences et l'imagerie. L'intérêt de ce scénario est donc très discutable.

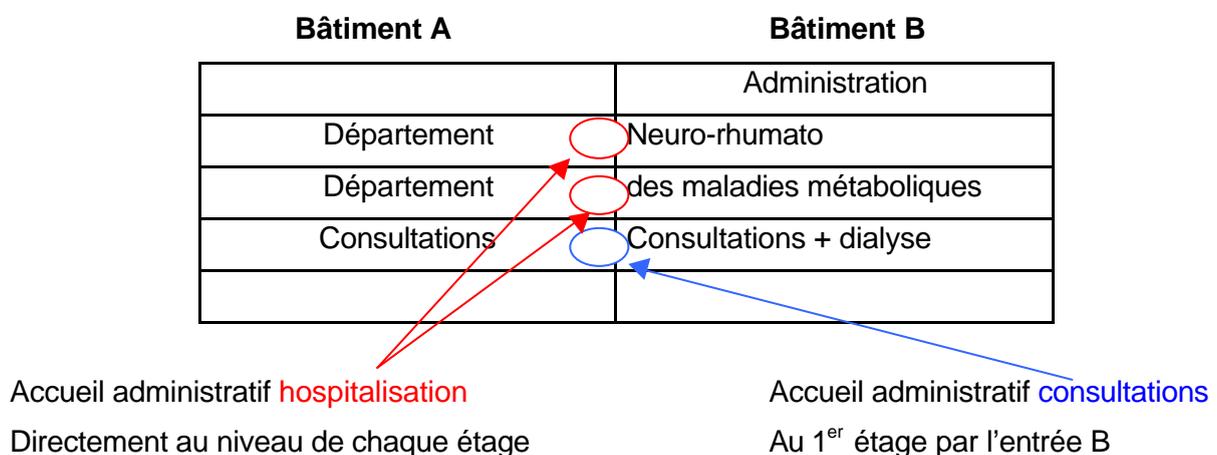
Le second scénario consiste à transférer l'accueil administratif des consultations au niveau du premier étage, les facturations des hospitalisations restant gérées au niveau du bureau des entrées.



Ce scénario, possible au niveau du temps agent, permet d'améliorer la lisibilité et la cohérence du parcours du patient. On peut, en effet, envisager de distinguer les entrées et les parcours de la manière suivante :

- L'accueil administratif des hospitalisés s'effectue par le bureau des entrées avec une entrée dans le hall du bâtiment A (entrée principale).
- L'accueil administratif des consultations est réalisé au niveau du plateau de consultations auquel les patients pourrait accéder par l'ascenseur ou l'escalier de l'entrée B.

Le dernier scénario consiste à délocaliser l'accueil administratif, non seulement au niveau du plateau de consultation, mais également au niveau de chaque département d'hospitalisation.



Ainsi, le patient bénéficierait d'une prise en charge administrative à l'étage où il reçoit les soins. Idéalement, ce scénario est aussi fortement consommateur en personnel. En effet, le travail administratif relatif aux hospitalisés d'un étage ne légitime pas la présence d'un agent sur une journée, ni même une demi-journée. Ce scénario serait éventuellement envisageable à la condition de redéfinir complètement les tâches entre secrétariat médical et accueil administratif.

La seconde hypothèse semble présenter des garanties de faisabilité plus sûres. La simplification du parcours du patient est un intérêt non négligeable. Dans tous les cas, aucune solution de décentralisation de l'accueil administratif ne peut être pensée en faisant abstraction du rôle des secrétariats médicaux puisque, rapprochés dans l'espace, les deux accueils administratif et médical ne pourront coexister qu'en se réorganisant.

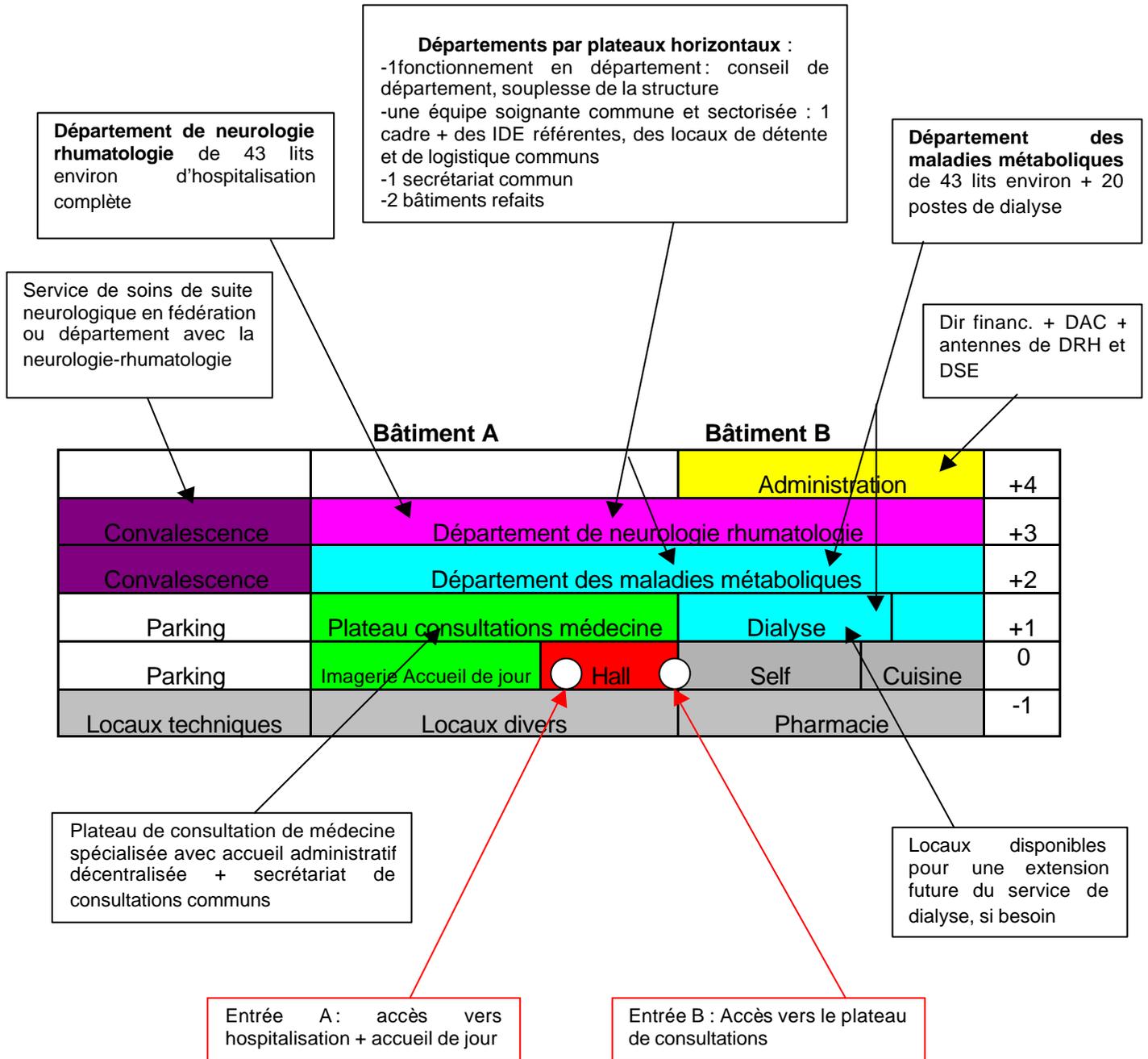
Conclusion

La départementalisation n'est pas la mise en place d'une simple coopération entre les anciens services mais bien la fusion de ces services, une fusion qui oblige à repenser aussi bien l'organisation médicale que soignante ou administrative.

Une synthèse des hypothèses privilégiées dessine le devenir possible des deux départements en 2004. Tableau en page suivante.

Le site d'Evian à l'horizon 2004

Selon les proposition avancées



Un site cohérent de médecine spécialisée

TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION D'UNE POLITIQUE DE RESTRUCTURATION MEDICALE

Conclure le projet médical est une chose. L'appliquer en est une autre. D'autant qu'il est souvent nécessaire de mettre en œuvre rapidement le projet médical, afin de rendre irréversibles les décisions de réorganisation médicale et médico-technique. Malgré la précision du projet d'établissement et du COM, un certain nombre d'arbitrages doivent encore être opérés lors de la mise en œuvre du projet (Chapitre 1).

Avec la mise en place des contrats d'objectifs et de moyens et des projets d'établissement, c'est une nouvelle dynamique que la tutelle tente d'insuffler aux hôpitaux : celle des objectifs négociés à atteindre et donc celle de la démarche d'évaluation. Aucune politique hospitalière, une fois mise en œuvre, ne peut désormais se passer de démarche d'évaluation. Il ne s'agit donc plus d'une simple et bonne application des directives, mais de l'atteinte de résultats en fonction des objectifs négociés et des moyens déployés. Le suivi des COM sera l'occasion de réaliser une première évaluation de chaque fusion. Nous proposerons ensuite un certain nombre de critères de manière à dresser les prémisses d'un bilan de ces fusions et restructurations médicales. (Chapitre 2)

CHAPITRE 1 : LA MISE EN ŒUVRE ET LES RESULTATS DE LA POLITIQUE DE RESTRUCTURATION MEDICALE

1. La mise en œuvre ou les derniers arbitrages

1.1 *Les aléas de la mise en œuvre*

Les objectifs définis sur le long terme par le projet d'établissement, et plus particulièrement par le projet médical, vont après la décision être appliqués ; pour ce faire, ils vont être précisés voire parfois nuancés en fonction de l'atteinte totale ou partielle des objectifs intermédiaires et dans le respect des échéances fixées.

Cette marge de manœuvre d'évolution est le reflet de la capacité d'un contrat d'objectifs à s'adapter de façon maîtrisée à la réalité et à la dynamique des organisations. Par ailleurs, pour pouvoir établir le projet médical et signer avec l'ARH un contrat d'objectifs, un certain nombre de compromis sont faits entre les différents partenaires. Ces compromis ne sont pas toujours ceux qui sont le plus marqués par le sceau de la rationalité ou qui apparaissent les plus viables. Ainsi, si l'hôpital de Machecoul a suivi fidèlement la restructuration médicale qui avait été décidée dans le projet médical et le contrat d'objectifs, le site d'Evian, pour sa part, a connu une évolution sensiblement différente, dans la mesure où le partage d'un service de médecine sur les deux sites, envisagé dans le COM, s'est avéré difficilement réalisable.

Enfin, la mise en œuvre du COM connaît également divers aléas, qui constituent autant d'éléments retardant le bon déroulement de la restructuration prévue : difficultés de recrutement d'un praticien ou d'infirmières, retard des travaux, échéances municipales...

1.2 *La communication : un instrument qui reste central à cette étape*

Qu'elles interviennent avant ou après la signature du contrat d'objectifs, les modifications sont difficiles à faire admettre aux personnels. Ceux-ci sont en attente d'une politique claire, à partir de laquelle ils peuvent anticiper le devenir de leur service. Ils

manifestent également une certaine impatience à partir du moment où la restructuration de leur site et de leur service est ébauchée, elle doit être mise en œuvre rapidement.

La communication n'est alors pas toujours aisée. D'un côté, le personnel réclame une vision claire de l'organisation vers laquelle la direction s'oriente, une vision qui lui permette d'entrevoir clairement les améliorations attendues. De l'autre côté, lors de la mise à plat des différents scénarii de restructuration, la direction évoque des hypothèses auxquelles il faudra peut-être renoncer par la suite. Impliquer le personnel très en amont de la décision de restructuration rend donc la prise de décision plus longue et plus difficile.

L'équipe de direction des Hôpitaux du Léman s'est interrogée sur le bien-fondé de faire partager au personnel les hésitations de la politique d'établissement lors de la restructuration du site d'Evian. Mais, si la participation du personnel à la réflexion a tendance à rendre la décision plus ardue, l'implication des agents facilite sa mise en œuvre. Michel Crozier et Erhard Friedberg, dans leur fameuse analyse « L'acteur et le système », démontrent en effet que les personnes acceptent mieux un changement lorsqu'elles ont participé à sa conception.⁴¹

2. Des résultats des fusions reflétant le climat de la négociation

Pour présenter une analyse des résultats d'une restructuration médicale, nous avons choisi de mener ici une étude comparative. Les exemples de fusions hospitalières qui ont été retenus, l'ont été pour les points communs qu'ils présentent avec les hôpitaux du Léman. Tous sont des fusions « complètes » en ce sens où bloc opératoire et maternité ont été fermés dans l'hôpital de moindre taille. Ces fusions diffèrent d'autres fusions, telle celle d'Eaubonne Montmorency, dans la mesure où, parmi leurs objectifs, figure la revitalisation d'un hôpital qui perd ce que l'on considère souvent, à tort, comme les fleurons de l'activité hospitalière.

⁴¹ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977. En particulier le chapitre consacré au « changement comme phénomène systémique ».

2.1 L'expérience du CH Loire Vendée Océan : la stratégie donnant / donnant

En 1992, alors qu'une société d'audit rendait ses premières conclusions sur la situation de l'hôpital machecoulais, les deux villes de Challans et de Machecoul se connaissaient à peine. Elles ne se situaient pas dans les mêmes circonscriptions départementales, l'une en Loire-Atlantique, l'autre en Vendée. Elles avaient chacune des bassins de population propres, la population machecoulaise se dirigeant alors davantage vers Nantes que vers Challans.

Mais, compte tenu de la vétusté des locaux, de la pression tutélaire et des difficultés éprouvées par l'hôpital pour répondre aux exigences sanitaires, la maternité de l'hôpital machecoulais dut fermer ses portes, malgré l'opposition locale. En échange, la ville a demandé à ce que les lits de maternité perdus soient convertis en lits de moyens séjours. Elle a également exigé la présence d'un gynécologue à mi-temps et d'une sage-femme, pour maintenir sur place des préparations à l'accouchement. Dès 1993, c'est la chirurgie qui est sur la sellette. Les locaux sont eux aussi obsolètes, et la permanence chirurgicale n'est plus assurée que par des remplaçants. Contre la fermeture du bloc, la municipalité exige une compensation d'activité et le maintien d'une masse salariale identique, notamment un nombre identique de praticiens. Pour ce faire, le maire de la ville, également médecin à l'hôpital, est parti en quête de créneaux nouveaux pour « un projet raisonnable ». Les ambitions des cardiologues de Challans se sont alors présentées comme une opportunité. Ces derniers envisageaient de mettre en place une unité de rééducation cardiovasculaire sans pouvoir y parvenir, faute de locaux et d'entente avec le CHU de Nantes, lequel entrevoyait en ce projet une concurrence latente. L'idée des cardiologues de Challans a incité l'hôpital de Machecoul à présenter une demande d'un service de rééducation cardiaque qui a été agréé. Mais, sous la pression nantaise, l'établissement en a fait un service autonome et non une unité sous la coupe des cardiologues de Challans. Cette situation a rendu délicate la coordination en cardiologie entre les praticiens des deux sites. Toujours dans la recherche de créneaux nouveaux, l'hôpital a mis en place ce qu'il appelle « le cheminement en soins de la personne âgée », une structure dynamique sur un créneau de reconversion classique : ce grand département d'une centaine de lits répartis sur plusieurs sites suit une même méthodologie et permet une grande continuité des soins. L'hôpital de Machecoul a su initier des complémentarités avec son homologue vendéen pour développer un plateau de consultations, comme autant d'antennes des différentes spécialités du site challandais. Pour compléter ce plateau de consultations, un accueil de jour fut donc ouvert cinq jours par semaine en remplacement de l'ancien service des urgences, les urgences lourdes continuant bien sûr à être orientées sur Challans. Cette idée

était soutenue par la mairie qui estimait qu'un hôpital de proximité ne pouvait pas fermer sa porte et faire moins qu'un cabinet généraliste. Malgré le refus de participation opposé par les médecins généralistes machecoulais, la réticence des spécialistes challandais et les premières hésitations de la DDASS, le service fonctionne désormais, assurant un service de proximité apprécié par la population. Enfin, un service de soins palliatifs fut mis en place à Machecoul dans le cadre des accords de la communauté d'établissements à laquelle appartient l'établissement fusionné. Ce service s'intégrait parfaitement dans la logique d'un partage entre le court séjour à Challans et le moyen et long séjour ainsi que la fin de vie à Machecoul.

Pour bâtir ce projet, la fusion ne s'est pas appuyée sur l'expérience d'un SIH mais sur sept années de coopération et de préparation du projet médical. Une trentaine de conventions ont progressivement rapproché les deux structures. La concertation a été assurée par la constitution de sept groupes de travail représentant chacun les deux établissements. Ces groupes étaient animés par la direction et un organisme extérieur. Les différents groupes avaient chacun en charge l'un des thèmes suivants :

- 1) La stratégie et les missions du CHIC : globalité de la prise en charge, communication entre les services, transmission du dossier médical
- 2) La composition des instances consultatives et décisionnelles
- 3) Les relations du CHIC avec les organismes extérieurs
- 4) Les questions relatives au personnel : affectation et mouvement du personnel, organisation du travail, gestion des carrières
- 5) Organisation médicale et développement du plateau de consultations médicales avancées + la pharmacie
- 6) Les métiers et l'organisation de l'établissement
- 7) Les questions administratives, financières et techniques.

L'objectif de la démarche était de soulever les principales questions posées par la fusion des deux établissements et de dégager les solutions adéquates dans le cadre d'une démarche managériale gagnant / gagnant. Cette concertation insatiable a permis de rendre effective la fusion au 1^{er} janvier 1999. En l'attente de la signature du COM sur la base du nouveau projet médical en cours d'élaboration. La négociation avec l'ARH s'est conclue par un protocole d'accord accordant au nouvel établissement les crédits nécessaires à sa restructuration.

2.2. *L'expérience des Hôpitaux du Mont Blanc : la fusion - absorption*

La spécificité de la fusion des Hôpitaux du Mont Blanc tient sans doute au caractère particulier de l'hôpital de Chamonix, un hôpital de haute montagne, dont les nouveaux bâtiments ont été inaugurés en novembre 1994. Dès son ouverture, cet hôpital était l'objet de discours dubitatifs sur la pérennité des services alors ouverts. Ces doutes se sont accrus avec les graves problèmes financiers auxquels l'hôpital fut très rapidement confronté. Dans le même temps, l'hôpital de Sallanches, distant de 25 kilomètres, connaissait aussi des difficultés budgétaires. Déjà lors de l'examen des projets de reconstruction de l'hôpital de Chamonix et d'agrandissement du plateau technique de l'hôpital de Sallanches, la tutelle avait posé la condition d'un SIH destiné à développer une complémentarité entre les deux hôpitaux de la vallée de l'Arve. Ce syndicat inter hospitalier est né le 1^{er} novembre 1993. Mais le début de la réelle coopération date de 1996, où, dans l'espoir d'atteindre une masse critique pour être classé SAU, les deux services d'urgences ont dû se rapprocher. Puis la fermeture de la maternité chamoniarde fut précipitée par l'impossibilité de maintenir ouvert le bloc opératoire 24 h / 24, faute de moyens financiers et de personnel. Cette fermeture effectuée par le SIH a été l'objet d'un recours de la mairie chamoniarde devant le tribunal administratif de Grenoble. Empreints d'une grande mansuétude, les juges ont estimé que cette décision n'avait rien d'illégal. Pourtant cette décision ne relève pas des attributions d'un SIH ; la loi a élargi le champ de compétence des syndicats inter hospitalier en précisant que leur attributions sont définies « par délibérations concordantes des conseils d'administration qui en font partie ». Mais dans le cas présent, la mairie de Chamonix n'avait pas donné son accord pour l'élargissement des compétences du syndicat inter hospitalier.

Suite à la fermeture de la maternité, différents scénarii de restructuration médicale furent proposés par chaque hôpital et municipalité. Par exemple, le projet du président de CME chamoniard proposait un échange. Il acceptait de voir partir la maternité sur Sallanches pour développer à Chamonix un pôle de l'appareil locomoteur (chirurgie traumatologique et orthopédique, médecine rhumatologique). Aucune des solutions proposées ne parvint à faire un consensus, toutes étaient trop coûteuses aux yeux de l'ARH et du président du syndicat inter hospitalier. La période d'incertitude se prolongea jusqu'à la fin de l'année 2000 où l'ARH est intervenue, laissant sous-entendre que le service de chirurgie orthopédique de Chamonix devrait bientôt fermer ses portes. Cette décision devrait être rendue officielle à partir d'octobre 2001.

La transformation de l'hôpital de Chamonix devrait s'orienter vers une médecine de proximité pour personnes âgées, une augmentation des places de maison de retraite, et une implantation de Soins de suite et de réadaptation, « services techniques qui ne sont pas bien couverts dans cette haute vallée de l'Arve »⁴², selon Philippe Ritter, le DARH de Rhône – Alpes. Le service de médecine addictive devrait être maintenu, ainsi qu'un service de périnatalité et de « petites urgences » du fait de l'activité touristique de haute montagne. Apprenant cette décision tutélaire, six chamoniards ont démissionné du Conseil d'administration du SIH. L'assemblée restante se maintient au-dessus du seuil du quorum. Mais, en principe toutes démissions doivent être remplacées dans le mois. Comment rendre cette disposition effective si la municipalité s'y oppose ? La seule issue de cette crise grave sera la création d'un centre hospitalier intercommunal. Comme il n'est guère probable que la mairie rende un avis favorable à la création d'un CHI, l'ARH devrait trancher rapidement et imposer une fusion dont la maturation aura été particulièrement douloureuse. Les écueils de cette fusion tiennent sans doute en ce que celle-ci impose un amoindrissement réel du récent hôpital de Chamonix.

2.3 L'expérience du CH de Cornouaille : la stratégie réaliste

Le Centre Hospitalier de Cornouaille appartient à la première vague de fusion d'hôpitaux, puisque la fusion fut réalisée le 1^{er} mars 1993. Rejetée par le personnel et la population locale, cette fusion s'est imposée d'elle-même, compte tenu de la situation dans laquelle se trouvait le centre hospitalier de Concarneau : personnels médicaux vieillissant et bloc opératoire reposant sur la seule activité des remplaçants. Après le départ de deux jeunes gynécologues, la maternité a rapidement décliné faute d'agrément du ministère pour remplacer les deux praticiens. Quelques chirurgiens ont tenté le défi d'une relance de l'activité, mais sans succès. In extremis, et sans recours à un syndicat inter hospitalier, l'accord de fusion a été signé. La précipitation et la situation du CH de Concarneau n'ont pas permis la recherche de créneau particulier lors des négociations. Après avoir cédé ses services de chirurgie, de maternité et de pédiatrie, cet établissement a donc été orienté vers des activités classiques de moyen séjour à connotation palliative, de soins de suite orthopédiques, de médecine (50 lits de pneumologie, gastro-entérologie et médecine interne) et d'alcoologie. L'établissement concarnois a bien conservé son plateau technique

⁴² Carole VARVIER. « On ne déshabille pas Pierre pour habiller Paul... », entretien avec Philippe Ritter, directeur de l'Agence Régionale Rhône Alpes, à propos de la fusion des Hôpitaux du Mont Blanc. Le Faucigny, 2 mars 2000.

(imagerie, laboratoire et pharmacie) pour répondre aux besoins du service de « petites urgences » maintenu sur le site. Un plateau de consultations externes complet a été mis en place : toutes les disciplines, sauf la cardiologie, y sont représentées. Mais la composition de la CME montre la difficulté des PH quimpérois d'associer leur homologues concarnois. L'échéance fixée à 5 ans pour la prime multi sites n'est pas de nature à favoriser les coopérations. Cet exemple démontre, s'il en était besoin, combien est longue la mise en place d'une fusion.

2.4 L'expérience de Rumilly : la recherche d'un créneau de reconversion à tout prix⁴³

Nous avons souhaité ajouter à notre tableau comparatif l'expérience du CH de Rumilly, qui diffère des autres exemples, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une fusion, mais qui s'en rapproche par la restructuration globale qu'a connue le CH. La proximité du CH d'Annecy et la diminution progressive des activités chirurgicales condamnaient inéluctablement ce CH au déclassement en hôpital local ou en maison de retraite. Mais, loin de se laisser gagner par la fatalité, les personnels et les élus ont su transformer ce déclin annoncé pour le CH en une réelle opportunité.

En 1989, quand le représentant de l'État évoqua le sombre avenir de la chirurgie et des urgences, la nouvelle rappela la plaie mal cicatrisée de la fermeture de la maternité en 1975. Pourtant, cette injonction se justifiait dans la mesure où la fréquentation du CH décroissait rapidement du fait de la forte attractivité du pôle hospitalier d'Annecy. Face à cette issue fatale, le CH sut à nouveau mobiliser toutes les énergies pour repenser l'offre de soins. Un débat fut donc initié au sein de l'établissement et de ses instances sur la nécessité de rationaliser les activités chirurgicales et médicales. Certains, pragmatiques, envisageaient la reconversion en hôpital local ou en centre de gériatrie. Puis, sous l'impulsion de la tutelle et de la CRAM, une réflexion s'engagea dans une troisième voie : la possibilité de développer des disciplines complémentaires à celles d'Annecy. En 1993, en réponse à la fermeture des services de chirurgie et d'urgences, un service d'accueil des consultants externes et des unités de rééducation cardiovasculaire et de comas chroniques furent ouverts. En effet, l'institution avait opté pour une mutation complète et innovante, entièrement réorientée vers les soins de suite très spécialisés et la prise en charge des

⁴³ PHILIBERT Alain. « L'expérience de mort approchée (EMA) d'un centre hospitalier de proximité ». Gestions Hospitalières, octobre 2000.

comas chroniques. Cette évolution concrétisait l'objectif de complémentarité et de non-concurrence avec l'hôpital d'Annecy. Dans le même temps, le CH de Rumilly organisait des antennes de consultation, y compris en chirurgie, de manière à faire bénéficier la population des environs de services externes de proximité. Le service de soins externes, ouvert 6 jours sur 7 à raison de 11 heures par jour, accueille plus de consultants que ne le faisaient les urgences ouvertes en permanence. Le succès de la première reconversion incita l'établissement à déposer, en 1995, une demande d'autorisation pour la création d'une unité de soins de suite neurologiques. Constatant les carences de l'offre hospitalière en ce domaine et le nouveau dynamisme de l'hôpital, le CROSS se prononça à l'unanimité en faveur de ce projet. L'autorisation fut accordée par le préfet de région en 1995, soit 3 ans seulement après la reconversion. Le nouveau service est entré en fonctionnement en octobre 1997.

Les bénéfices de cette reconversion sont évidents : l'hôpital de Rumilly a su trouver une véritable place sur la carte hospitalière. Ayant innové dans des activités déficitaires, qui requièrent un grand savoir-faire, le CH est sorti de l'anonymat pour devenir un pôle de référence. Le succès de la reconversion se traduit par une augmentation soutenue de l'activité (taux d'occupation de 90% en 1995, soit 30% d'augmentation en 10 ans, quand la durée des séjours diminuait de 25% sur la même période). Dans le même temps, les unités de réanimation et de chirurgie (cardiaque et neurologique) de la région ont vu leurs lits se désencombrer plus aisément de patients en attente de soins de suite et de rééducation.

Conclusion

De cette analyse comparative on tire un certain nombre d'enseignements.

Comme on pouvait s'y attendre, la reconversion du site qui, lors d'une fusion, perd ses services dits « phares » passe la plupart du temps par un redéploiement des services de maisons de retraite, de soins de suite et de rééducation, de moyens séjours et de médecine. Certains établissements ont su rendre dynamique et attractive ce type d'activité, à l'instar du CH Loire Vendée Océan.

Certaines fusions parviennent à se redéployer sur des créneaux particuliers, souvent autour de soins de suite et rééducation très spécialisés, par exemple rééducation cardiovasculaire à Machecoul (44) et à Rumilly (74), ou autour de disciplines médicales spécialisées, en complémentarité et non concurrence avec l'autre site : c'est le cas des disciplines de neurologie, rhumatologie, endocrinologie et néphrologie aux Hôpitaux du

Léman (74) ou l'unité de comas chronique de Rumilly (74). Dans ces deux cas, ces reconversions ont été perçues comme salvatrices par les personnels.

La question des urgences est souvent chronique. Les expériences relatées ci-dessus mettent en exergue l'attachement des personnel et des populations locales sinon au maintien d'urgences, du moins au maintien d'un accueil au moins équivalent à celui d'un cabinet médical voire plus. Les équipes de direction semblent hésiter un peu sur le champ de définition de ces services. L'hôpital de Machecoul l'a rebaptisé « accueil de jour », une requalification qui est sans doute relativement claire pour la population et qui montre la volonté de maintenir une structure de prise en charge minimale pour les personnes qui se présentent.

Enfin, la fusion est souvent l'occasion de mettre en place, sur le site de moindre taille, des consultations externes de « proximité ». Outre les services qu'elles rendent à la population, ces antennes des spécialités de l'autre site permettent une complémentarité plus aisée entre les disciplines des deux sites.

Mais une restructuration médicale d'une telle ampleur exige que les projets médicaux des établissements désormais fusionnés soient totalement revus, une remise en cause considérable qui suppose, en amont, d'impliquer le personnel par une communication patiente et attentive, d'élaborer une stratégie derrière laquelle tout le personnel puisse se reconnaître in fine et de faire face à un bouleversement sans équivalent de toutes les fonctions de l'hôpital aussi bien médicale et soignante que logistique ou administrative. De multiples éléments, comme la remise à plat du système informatique ou l'harmonisation des règles de gestion de ressources humaines, conditionnent également la réussite de la démarche.

Mais les bénéfices sont à la hauteur des efforts. Les établissements fusionnés selon le modèle gagnant / gagnant ont vu s'élargir leur bassin de clientèle, augmenter leur taux d'occupation et revitaliser leurs différents sites. Le développement de services de moyens et longs séjours apporte souvent un véritable réponse aux besoins des populations. En outre, ce désencombrement des patients en attente de suite de soins est de nature à réduire le coût des hospitalisations. Enfin, une telle dynamique permet aux hôpitaux insérés dans une mauvaise passe, de retrouver leur place dans la carte hospitalière et ainsi de préserver l'emploi et le maintien d'un personnel qualifié.

CHAPITRE 2 : EVALUATION DES RESTRUCTURATIONS MEDICALES APRES UNE FUSION

Les fusions œuvrent-elles en faveur d'une réelle amélioration de la qualité des soins ? Les restructurations répondent-elles à une véritable recomposition des soins ? Permettent-elles de réaliser des économies ? Ces questionnements reviennent souvent à l'esprit de ceux qui consacrent leurs énergies et leurs moyens financiers à cette fin. Les premières réponses se feront probablement attendre encore un peu puisque, en matière de fusion, « les résultats ne peuvent être vraiment évalués que dix ou quinze ans après », estime, à juste titre, Bruno Barral, directeur d'hôpital.⁴⁴ Or seules les premières fusions parviennent à cette échéance. De plus, et surtout, les fusions hospitalières présenteront de fortes résistances à toute tentative d'évaluation. Nous pouvons reprendre en ce domaine les préoccupations d'une société d'audit canadienne, « Price Waterhouse Coopers »⁴⁵, selon laquelle il est difficile au Canada d'évaluer les fusions dans le secteur hospitalier du pays, notamment pour les raisons suivantes :

- bon nombre de fusions d'hôpitaux sont imposées par le gouvernement, sans analyse de rentabilisation clairement énoncée,
- les nombreuses parties intéressées ont souvent des points de vue et des objectifs très différents,
- les ressources disponibles pour la mise en œuvre de ces fusions sont souvent limitées,
- la réussite et les résultats attendus sont rarement bien définis au préalable.

En France, nous disposons cependant d'un premier outil d'évaluation d'une fusion et de la restructuration médicale qu'elle suppose : le suivi des contrats d'objectifs et de moyens. Imposée à tout établissement qui contractualise avec l'Agence de sa région, cette procédure est un premier moyen pour mettre en regard la politique de l'établissement hospitalier fusionné avec les objectifs qui lui était assignés.

⁴⁴ BARRAL Bruno. Les difficultés juridiques et pratiques rencontrées lors d'une fusion inter hospitalière. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p.611-615

⁴⁵ <http://www.pwcglobal.com> : Rubrique « Leçons tirées des fusions d'hôpitaux au Canada », site de la société d'audit « Price Waterhouse Coopers »

Deux autres grands types d'analyse devraient, à notre avis, compléter cette première analyse : une évaluation de la performance de la restructuration médicale et une évaluation des gains financiers réalisés par cette opération. Dans la suite de notre étude, seule la première des deux analyses sera développée.

1. L'évaluation de la politique d'une fusion hospitalière donnée

1.1 Le suivi du COM : un outil d'évaluation de la politique d'un hôpital

L'article L.6114-1 du CSP résultant de l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit que les ARH concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui planifient les projets d'évolution d'un établissement donné durant les cinq années à venir. Une circulaire de janvier 1997⁴⁶, relative à ces contrats d'objectifs et de moyens, précise que le contrat doit balayer un champ très large en termes d'activités, de budget, de plan social. Dans ce cadre, la circulaire ajoute que l'hôpital doit disposer d'un dispositif d'évaluation qui reprend toutes ces dimensions.

Concrètement, ce suivi suppose que les parties au contrat, à savoir la tutelle et l'hôpital, se rencontrent à intervalles réguliers (échéances fixées dans le contrat souvent) pour établir de concert un bilan des réalisations, et procéder, le cas échéant, à l'analyse des écarts, les résultats de cette analyse conditionnant la conservation ou non des financements négociés.

Avec le suivi du COM, l'évaluation régulière par la tutelle des politiques de l'hôpital change de nature : elle ne consiste plus à contrôler la bonne application des textes et des recommandations de la tutelle, mais les résultats atteints en fonction de critères souvent définis dans le contrat lui-même. Cette forme d'évaluation est à mettre en parallèle avec d'autres techniques nouvelles d'évaluation en secteur hospitalier comme l'accréditation.

1.2 Le suivi du contrat d'un hôpital fusionné, le cas des Hôpitaux du Léman

Dans le cas des Hôpitaux du Léman, le suivi du COM, effectué lors de réunions entre la DDASS et l'équipe de direction, reprend des objectifs liés en grande partie à la fusion des

⁴⁶ circulaire DH/EO n°97-22 du 13 janvier 1997

deux hôpitaux. Des « fiches actions » élaborées dans le contrat lui-même servent de base à la discussion. Elles déclinent les objectifs à atteindre et les échéances des actions intermédiaires ; et reprennent également des points importants de la fusion : regroupement des activités anesthésiques, centralisation de la stérilisation, départementalisation, fusion des maternités, mise en place de la rhumatologie...

2. L'évaluation de la politique globale de fusions hospitalières

Les restructurations médicales des fusions correspondent-elles à une recomposition de l'offre de soins ou à une recomposition du tissu hospitalier ? Ces restructurations sont-elles une réponse pertinente à la recherche d'économies en milieu sanitaire ? Tels sont probablement les deux grands thèmes sur lesquels doit porter une évaluation de la politique nationale de fusions hospitalières. Le deuxième point, relatif à un sujet que nous avons écarté de la problématique étudiée, exigerait une vaste réflexion, dont nous nous contenterons d'évoquer les écueils. En revanche, nous nous attacherons à esquisser les critères permettant d'évaluer la réalité des restructurations inter hospitalières.

2.1 Les restructurations médicales : une recomposition de l'offre de soins ?

Cinq grands principes nous semblent devoir guider l'élaboration d'une liste de critères destinés à évaluer la pertinence des fusions hospitalières. Pour chacun des critères, il importe, en effet, de s'assurer de :

- son intérêt : le critère doit refléter un point important de la fusion,
 - sa simplicité : la question doit être facilement comprise,
 - sa faisabilité : la réponse doit être aisée,
 - son économie : les critères ne doivent pas être trop nombreux,
 - son caractère exploitable : la réponse doit être facile à analyser et à comparer.
- C'est pourquoi, les items retenus ont souvent été déclinés en trois réponses possibles gradées de la plus défavorable à la plus favorable à la fusion.

Nous nous proposons de regrouper ces différents critères en quatre grands domaines d'analyse :

- La satisfaction des usagers,
- La réponse aux objectifs de santé publique,
- Le rayonnement médical,

- La vie sociale de l'établissement.

Référentiel 1 : La satisfaction des usagers

Comme nous l'avons évoqué en première partie, le positionnement de la population vis-à-vis de la fusion est souvent ambivalent. Souvent, elle défend massivement son hôpital local et tous les services susceptibles de fermer, au détriment parfois d'une analyse sur les exigences sanitaires. On notera cependant que les usagers peuvent s'avérer ensuite très satisfaits des soins prodigués par les services de l'établissement fusionné. Quoi qu'il en soit, cet ensemble de critères apporte des indications utiles pour un service public qui entend placer le patient au cœur de sa politique. Des indicateurs peuvent donner une idée de la satisfaction des usagers. Les questionnaires de sortie, en premier lieu : ils ont été instaurés précisément pour mettre en adéquation les évolutions de l'hôpital aux demandes des patients. Le suivi des réclamations pourrait constituer un deuxième critère à la condition de tenir compte du phénomène de société qui le caractérise. La famille et les patients ont tendance à porter plainte de plus en plus fréquemment. L'augmentation ou la diminution des réclamations doit donc être particulièrement sensible pour qu'elle ait une signification réelle pour l'hôpital. Enfin, la contestation sociale extérieure (grèves, manifestations, contestations écrites,...) peut refléter le climat qui entoure la fusion.

Référentiel 2 : La réponse aux besoins de santé publique

La réponse apportée par la fusion aux objectifs de santé publique du pays ne doivent pas être analysés au niveau local ou national, mais au niveau régional, c'est-à-dire à l'échelon auquel sont décidées toutes les formes de planification (CROSS, SROSS, autorisations d'équipements radiologiques ou de création d'un poste de PH...). L'évaluation consiste alors à analyser l'écart ou la concordance entre la restructuration et les exigences régionales pour le secteur sanitaire concerné.

Comme nous le notions plus haut, la fusion ne doit pas avoir pour simple objectif la recomposition du tissu hospitalier, mais bien la recomposition de l'offre de soins. Il importe donc de trouver des critères d'évaluation qui attestent de la bonne complémentarité de la répartition des activités médicales entre les différents sites de l'établissement. Il peut s'agir, par exemple, d'évaluer la suppression des doublons ou le type d'organisation des soins. En outre, une bonne restructuration repose sur l'adhésion des médecins : leur disponibilité à se déplacer d'un site à l'autre et l'unification des tableaux de garde peuvent le démontrer. Enfin, la performance médicale peut être analysée à travers le prisme des nouveaux outils que sont l'accréditation ou les certifications d'assurance qualité.

Référentiel 3 : Le rayonnement médical

Pour être pertinente, la restructuration de l'offre doit non seulement répondre aux objectifs régionaux de santé et correspondre à une réelle recombinaison de l'offre de soins, mais elle doit aussi être en mesure d'attirer les spécialistes qui font vivre la structure et les patients qui lui donnent sa raison d'être. Il nous est donc paru important d'analyser le rayonnement de l'hôpital au travers de divers critères. De manière générale, l'attractivité peut être mesurée par le rang de classement de l'hôpital dans sa région. L'attractivité de l'hôpital peut être mesurée par l'évolution du recours aux remplaçants, du nombre de postes vacants et du nombre de spécialistes. Toutefois, ces items doivent être nuancés par les tendances de la démographie médicale et les difficultés de recrutement de la région. L'aire géographique des patients donne un aperçu de la reconnaissance de la performance hospitalière obtenue. On ne jugera pas de la même manière la fusion du Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres, qui a connu une sévère fuite de la population (témoignage du directeur), et la fusion du Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, qui a élargi l'aire de recrutement de patients de certains services, comme en rééducation cardiaque (témoignage du maire de Machecoul).

Référentiel 4 : La vie sociale de l'établissement

Enfin, une restructuration médicale ne peut perdurer que par la volonté du personnel concerné laquelle est fortement influencée par le climat de l'hôpital. En outre, évaluer la vie sociale d'un établissement permet souvent de mesurer l'avancement de la fusion. Différents indicateurs simples révèlent le climat social de l'hôpital fusionné : les conflits sociaux, la vie des amicales du personnel et des syndicats, le climat des instances, ou encore l'absentéisme.

2.2 Exemple de réponse : l'évaluation des Hôpitaux du Léman

Pour valider la faisabilité des critères d'évaluation, nous proposons une évaluation de la fusion des Hôpitaux du Léman en septembre 2001.

Référentiel 1 : La satisfaction des usagers

1) Suivi des questionnaires de sorties

Appréciation générale : *plutôt bonne*

2) Suivi du contentieux

% augmentation du nombre des réclamations

% maintien

% diminution

Évolution pas significative

3) Suivi des contestations sociales extérieures

% poursuite des grèves

% articles de journaux contre la fusion

= pas de mouvement particulier

Référentiel 2 : les réponses aux besoins de santé publique

1) Le nombre de spécialités sur l'hôpital fusionné est

= en augmentation

% stable

% en diminution

2) Les gardes de spécialistes sont

% encore en doublons entre les différents sites avec éventuellement le maintien de garde de généralistes

% en grande partie, unifiées sur l'ensemble des sites

= uniques pour l'ensemble des sites

3) Les doublons entre les spécialités de chaque site sont :

= maintenus partiellement

% en grande partie, supprimés

% totalement supprimés

Raisons du maintien des doublons : l'attente de construction du nouveau plateau technique sur le site de Thonon. Ils seront supprimés définitivement par la suite à l'exception de l'imagerie, présente sur les deux sites, et des antennes de consultations des services de Thonon sur le site d'Evian, que l'on ne peut considérer comme des doublons de services.

5) Les activités en doublons avant la fusion ont été

% préservées dans leur anciens services ?

% rassemblées en fédérations

= unifiées en départements ou en nouveaux services

6) L'appréciation des visiteurs de l'ANAES est : ...

La visite des experts ANAES n'a pas encore été effectuée aux Hôpitaux du Léman.

Référentiel 3 : Le rayonnement médical de l'hôpital

- 1) L'évolution du rang de l'hôpital par rapport aux autres établissements du département ou de la région est
- 2) L'attractivité médicale du nouveau centre
Le nombre de remplaçants est % en augmentation
% stable
% en diminution
pas de remplaçants na avant ni après la fusion.
Le nombre de postes vacants est
= en augmentation
% stable
% en diminution
Cette augmentation n'est pas due à la fusion mais à la difficulté de recruter, difficulté d'autant plus sensible pour une région frontalière de la Suisse.
Le nombre de spécialistes est
= en augmentation
% stable
% en diminution
- 3) L'aire géographique de recrutement des patients correspond à
% une fuite de la population
= un maintien du recrutement sur le bassin de population des deux hôpitaux réunis
% un élargissement de l'aire géographique de recrutement de l'un ou des hôpitaux fusionnés

Référentiel 4 : La vie sociale de l'établissement

- 1) Suivi des conflits sociaux relatifs à la fusion
% en augmentation
% en continuité
= en diminution
- 2) Les amicales du personnel des établissements
s'ignorent
= s'informent
% ont fusionné
- 3) Les syndicats des établissements
% s'ignorent
% s'informent
= ont fusionné
- 4) Le climat des instances de l'hôpital fusionné met en exergue
% le maintien de clans entres les hôpitaux fusionnés
% une cohabitation courtoise des personnels de chaque site
= l'absence de différence dans l'appartenance à un site ou à un autre

5) Le degré d'acceptation de la fusion par la majorité de l'établissement

% la révolte ou le refus de la fusion

= le deuil des établissements d'avant la fusion, la nostalgie et la peur de l'avenir

= l'acceptation de la fusion voire l'oubli progressif de la fusion

6) L'évolution de l'absentéisme est

= -1fonctionnement en département: conseil de département, souplesse de la structure en augmentation

% stable

% en diminution

Conclusion

L'exploitation des résultats doit être datée et l'évaluation doit être renouvelée à plusieurs reprises, de manière régulière si possible. Car les résultats sont évolutifs au cours du temps, la dynamique de changement étant la caractéristique même d'une bonne restructuration.

L'ébauche de réflexion sur les critères d'évaluation des fusions hospitalières que nous proposons devrait être accompagnée d'un travail statistique et économique, lequel n'entre pas dans notre champ de compétence. En effet, comme nous l'avons précisé en introduction, toute analyse de restructuration médicale doit être couplée avec une évaluation financière de la fusion sur le long terme. Dans un premier temps, toute fusion exige un certain nombre de moyens financiers ; ce n'est qu'ensuite qu'elle permettra de faire éventuellement des économies d'échelle.

Mais la mise au point de critères d'évaluation financière des fusions ne manquera pas de se heurter à un certain nombre d'écueils :

- Comment évaluer les économies réalisées, puisque, par définition, se sont des dépenses qui n'ont pas été réalisées ? Par exemple, quel aurait été le coût de la remise aux normes d'un bloc opératoire que l'on a fermé grâce à la fusion ?
- Comment évaluer des économies d'échelle dans le temps ? Par exemple, la fusion par reconstruction sur un seul site génère probablement des économies supérieures à long terme, mais représente un surcoût à court terme ?
- Comment tenir compte de la situation préalable à la fusion ?
- Comment prendre en compte les effets des aides extérieures apportées ?

➤ Quels sont les comptes budgétaires clés à analyser ? ...

Les deux types d'évaluation médicale et financière ne classeront probablement pas les hôpitaux de la même manière. Une revitalisation de l'hôpital de moindre taille coûte probablement plus cher (en transport, frais de gestion et autres) que sa transformation en maison de retraite ou que la reconstruction d'un site unique.

CONCLUSION

Il nous semble impensable de pouvoir tirer de leçons des restructurations médicales analysées en intra. Aucune situation d'établissement n'est identique à une autre. En outre, on peut légitimement s'interroger sur la pertinence de propositions visant à établir des modèles de solutions à une démarche qui repose avant tout sur la volonté des acteurs de terrain. Néanmoins, les exemples des Hôpitaux du Léman et des restructurations médicales évoquées ont le mérite de montrer qu'il n'est pas impossible de concilier des impératifs a priori opposés, maîtrise des coûts de santé et amélioration de l'offre de soins, tout en préservant l'intérêt du malade. L'exemple des Hôpitaux du Léman ou le cas de la fusion Challans – Machecoul ou encore la restructuration complète de l'hôpital de Rumilly mettent en exergue la possibilité de dépasser le syndrome du loup et de l'agneau. L'hôpital de moindre taille qui voit son activité chirurgicale et obstétricale notamment décliner au profit d'un établissement de plus grande importance n'est pas condamné par avance. L'activité de MCO n'est pas la seule fin d'un hôpital général, loin s'en faut. Une restructuration vers le secteur des soins de suite spécialisés, le développement de services de médecine spécialisée, la mise en place d'une structure dynamique et attractive pour les personnes âgées ou encore le remplacement d'un service d'urgences par un accueil de jour et un plateau de consultations, sont autant de créneaux à investir pour revitaliser un établissement en perte de vitesse. Mais, pour en arriver là il faut que soit réunis de nombreux facteurs à commencer par la détermination des différents conseils d'administration et leurs présidents, les élus locaux, de la communauté médicale et de la direction. Un directeur, confronté à de telles restructuration, en tirait une sorte de règle résumée en quelques mots, « la règle des six C » :

- Clairvoyance, pour effectuer le bon choix ;
- Communication, pour démontrer les vertus de ce choix ;
- Compétence, pour gérer une opération logue et difficile ;
- Complémentarité pour consolider en externe les innovations internes ;
- Confiance, pour croire en un avenir pour le moins incertain,
- Courage, pour assurer des décisions impopulaires. »

Les résultats obtenus par les fusions qui ont tenté de suivre une démarche gagnant / gagnant font apparaître de nombreux bénéfices aux hôpitaux restructurés : élargissement, du bassin de clientèle, retour à un taux d'occupation intéressant, maintien de l'emploi et du personnel qualifié sur le site de moindre taille et donc préservation d'une attractivité et insertion dans une dynamique de rapprochements et de complémentarité... Mais, seule une véritable évaluation de la politique générale de fusion inter hospitalière permettra de juger de la performance de cette démarche lourde à mettre en œuvre au sein des hôpitaux. Deux axes nous semble devoir guider une telle évaluation : l'analyse de la performance de la restructuration médicale et l'analyse financière de la fusion.

Inscrits dans cette dynamique de fusion, les Hôpitaux du Léman semble en bonne voie dans la mise en œuvre de la fusion qui scellera définitivement l'alliance des deux sites. Les évolutions proposées pour le site d'Evian visent à contribuer à cet élan de complémentarité et à renforcer la clarté de son avenir. Nous souhaitons à cet établissement de tirer à terme le maximum de bénéfices de cette longue période de restructurations.

Bibliographie

❖ OUVRAGES

Ouvrages généraux

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système.* Paris : Seuil, 1977. En particulier le chapitre consacré au « changement comme phénomène systémique ».

DUPONT Marc, ESPER Claudine, MUZZIN Louise, PAIRE Christian. *Droit hospitalier : établissements publics et privés.* Lonrai : Dalloz, 1999

ROSNAY (de) Joël, *Le microscope : vers une vision globale.* Paris : Seuil, 1977. 321p.

SAINSAULIEU Renaud ouvrage collectif sous sa direction. *L'entreprise en débat.*

Ouvrages sur la coopération inter hospitalière et le changement à l'hôpital

ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis. *Réussir le changement à l'hôpital.* Liège : Masson, 1996. 243p.

CALMES Gilles, SEGADE Jean-Paul et LEFRANC Laura. *Coopérations hospitalières : L'épreuve de vérité.* Paris : Masson / Inter édition, 1996. 168p.

❖ ARTICLES

Articles de revues spécialisées

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

BARATTA Nadine. Recomposition hospitalière : le grand chantier. *Décision Santé*, janvier 1999, n°139, p.14-18

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

BLOCH Yves. Une fusion originale. *Gestions Hospitalières*, Octobre 2000, p. 616-623

BUDET J.M. Des limites à la liberté de réorganisation de l'hôpital. *Les Cahiers Hospitaliers*, novembre 1999, n°151, p.33-34

CALMES Gilles et INDART Rémi. Fusion hospitalière : l'aboutissement d'une coopération réussie. *Directeur d'hôpital*, n°46, octobre 1996

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

CHAPEL Robert. *La restructuration hospitalière Nord Deux-sèvres.* *Gestions Hospitalières.* Mai 1998, p. 344 à352

CHATEAURET Anne, RENAULT, Corinne, YAHIEL Michel. Réforme hospitalière : comment maîtriser les changements ? *Gestions hospitalières*, décembre 1997, p.808-811

CONINCK (de) Frédéric. Les bonnes raisons de résister au changement. *Revue française de gestion*, septembre octobre 1998, p. 162-168

DARDE Jean-Louis. *Centre hospitalier intercommunal Marmande Tonneins. Chronique d'une restructuration réussie.* *Techniques hospitalières.* Mars 1998, n°624, p.51 à53

FRIEDBERG Erhard. L'analyse sociologique des organisations. *Revue POUR*, n° 28, 1988. Éditions l'Harmattan

FORCIOLI Pascal. Fusion d'hôpitaux et conflits à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, avril 1999, p. 256-260

FORCIOLI Pascal. De la fusion à la réorganisation médicale et à la restructuration architecturale. *Gestions Hospitalières*, décembre1999, p. 728-740

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

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

LLANAS Hélios. *Restructurations inter hospitalières : entre banalité et complexité.* *Décision Santé*, n° 156, 1^{er} au 15 février 2000, p.20 à22

OLLIVIER Roland. Fusion, projet d'établissement et formation : la démarche du centre hospitalier intercommunal de Cornouaille. *Revue hospitalière de France*, n° 4 juillet août 1997, p.582-583

PHILIBERT Alain. L'expérience de mort approchée (EMA) d'un centre hospitalier de proximité. *Gestions Hospitalières*, octobre 2000, p.594-596

RAIKOVIC Monique. Pour des restructurations de qualité. *Décision Santé*, 15 au 30 novembre 1997, n°121, p. 26-29

RAIKOVIC Monique. Les fusions d'établissements. *Décision santé*, 1^{er} au 15 octobre 2000, n°165, p.13-20

SEGADE Jean-Paul. Le contrat d'objectif : un moyen de recomposition du paysage hospitalier. *Gestions Hospitalières*, décembre 1997, p. 817-820

SOUTOUL Édouard. Coopération et fusion dans le service public hospitalier. *Gestions Hospitalières*, décembre 1995, p 781-786.

Articles de presse

- Agence de Presse Médicale REUTERS, dépêches
- Le Monde plusieurs articles dont :
 - 28 janvier 1995. Jean Michel Bezat. Les véritables restructurations hospitalières ne commenceront qu'après les municipales.
 - 9 novembre 2000. L'assurance maladie crée un fonds de restructuration des professions médicales.
 - 23 janvier 2001. Paul Benkimoun. Premières propositions officielles pour réduire les inégalités géographiques d'accès aux soins.
- De nombreux articles de presses locales : le Dauphiné Libéré, le Faucigny, le Messenger

❖ SITE INTERNET

<http://www.pwcglobal.com> : Rubrique « Leçons tirées des fusions d'hôpitaux au Canada », site de la société d'audit « Price Waterhouse Coopers »

❖ RAPPORTS ET MEMOIRES

Rapport Claude EVIN avant la loi sur la Sécurité Sociale de 1999

Rapport Claude EVIN avant la loi sur la Sécurité Sociale de 2001

Secrétariat d'État à la Santé. L'atlas des restructuration 2000, fin 2000

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins. *Le régime juridique des commissions médicales des établissements publics de santé et des syndicats inter hospitaliers.* Document de travail. 5 juillet 2001.

LEFRANC Laura. *Fusion et contractualisation au service de la restructuration hospitalière : le centre intercommunal de Poissy / St Germain-en-Laye.* Mémoire ENSP, décembre 1998.

VERDUZIER Christophe. *D'un projet de fusion à la fusion des projets : quelques grandes orientations en vue de la réorganisation de l'offre de soins du Centre Intercommunal d'Avranches – Granville.* Mémoire ENSP, 1993

❖ MANIFESTATION EXTERIEURE

Séminaire de l'ENSP « Gens du public, gens du privé. A propos des rapprochements des établissements de santé ». Rennes, 21 et 22 juin 2001