
Filière des Directeurs d'Hôpital

Promotion **2007-2009**

Date du Jury **Décembre 2008**

**Le rapprochement des hôpitaux de
Sélestat – Obernai – Sainte Marie-aux-Mines
Vers une Communauté d'établissements à part entière ?**

Jean BRIGNON

Remerciements

Je tiens à remercier le Dr Jeanine POMMIER, enseignante-chercheuse à l'EHESP pour son encadrement méthodologique et son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire.

Merci également à Mr Francis SAINT HUBERT, Directeur des Centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai et de l'Hôpital Intercommunal du Val d'Argent, et à l'ensemble de l'équipe de direction pour leur soutien, leur participation et leur confiance.

Ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans le témoignage de l'ensemble des acteurs rencontrés : Mr le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace, les maires des communes des trois établissements, Mme la directrice des Hôpitaux Civils de Colmar, les représentants des professionnels médicaux, non médicaux et des usagers. Qu'ils en soient tous remerciés.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Justification de l'étude et problématique.....	1
2. Objectifs.....	2
2.1. Objectif général.....	2
2.2. Objectifs spécifiques.....	2
3. Le groupe hospitalier Sélestat – Obernai – Sainte Marie-aux-Mines : description et genèse.....	3
Méthode.....	9
Résultats.....	13
1. Diagnostic externe.....	13
1.1. Données démographiques et épidémiologiques.....	13
1.2. Données concernant l'offre de soins.....	16
2. Diagnostic interne.....	21
2.1. Le partage d'activités entre les trois sites.....	21
2.2. L'organisation managériale mise en place.....	27
2.3. Le discours des acteurs.....	28
Discussion.....	39
1. Pourquoi coopérer ?.....	39
1.1. Le sens que nous donnons à ce terme.....	39
1.2. Les buts de la coopération.....	39
2. La démarche stratégique.....	44
2.1. Rappel sur les missions et valeurs du groupe hospitalier.....	44
2.2. Le diagnostic.....	46
2.2.1. Le diagnostic externe.....	46
2.2.2. Le diagnostic interne.....	51
2.3. Analyse stratégique.....	54

2.3.1. Analyse des variables.....	54
2.3.2. Eléments d'incertitude.....	56
2.3.3. Scénarii.....	57
Conclusion.....	65
Bibliographie.....	67
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
COMEX : Commission exécutive de l'ARH
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP : Centre Périnatal de Proximité
CPU : Consultation Post-Urgence
CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Social
CRPA : Compte de Résultat Prévisionnel Annexe
CRPP : Compte de Résultat Prévisionnel Principal
CRS : Conférence Régionale de Santé
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GERES : Groupe d'Etudes et de recherche sur les Regroupements et fusions
d'Etablissements publics de Santé
HAD : Hospitalisation à Domicile
MCO : Médecine – Chirurgie - Obstétrique
ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PMT : Projet Médical de Territoire
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
RCPO : Réseau de Cardio-Prévention d'Obernai
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie
UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Alsace
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

1. Justification de l'étude et problématique:

Le groupe hospitalier Obernai – Sélestat – Sainte-Marie-aux-Mines en cours de constitution comprend deux centres hospitaliers (Sélestat et Obernai) et d'un hôpital local¹ (Ste Marie-aux-Mines). Le rapprochement de ces trois établissements est en cours avec comme point de départ la constitution d'une équipe de direction commune, effective depuis l'arrivée du nouveau chef d'établissement en mars 2006 puis avec la constitution d'un nouvel organigramme de direction au début de l'année 2007. Ce rapprochement correspond à une vision politique du planificateur dans une optique de réorganisation de l'offre de soins. Bien que chacun de ces trois établissements garde sa personnalité juridique propre, un projet d'établissement commun² a été validé par l'ARH³ en date du 27 décembre 2007, avec à ce jour un certain nombre d'actions communes mises en oeuvre (fédération médicale inter-hospitalière de médecine Sélestat-Obernai fonctionnelle, consultations avancées sur le site d'Obernai, regroupement des maternités de Sélestat et d'Obernai sur le site de Sélestat, ...). L'expression « groupe hospitalier » sera utilisée tout au long de ce mémoire pour décrire l'ensemble des trois établissements bien que ce groupe n'ait pas de statut juridique propre.

Ces trois établissements, situés en Centre Alsace, sont distants d'environ 20 kilomètres (20 kilomètres entre Sélestat et Sainte Marie-aux-Mines, 26 entre Obernai et Sélestat) et présentent la particularité d'être à cheval sur deux territoires de santé et deux départements (*voir annexe 1*).

Ce mémoire, à travers la présentation et l'analyse de cette communauté d'établissements en devenir, vise de manière pragmatique à apporter des recommandations en vue d'optimiser ce rapprochement, et de manière plus globale, à réfléchir à la question du maintien des missions de service public dans un contexte de réforme hospitalière.

Ce rapprochement paraît nécessaire en vue de concilier au mieux les logiques d'une part de concentration de l'offre par la mutualisation de certaines activités, d'autre part de

¹ Hôpital Intercommunal du Val d'Argent (HIVA)

² Projet interactif de communauté d'établissements 2007-2011

³ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

proximité de l'offre par le maintien de son accessibilité et de son chaînage entre les différentes structures.

Il s'agit donc d'une réflexion sur les moyens d'atteindre l'objectif principal posé par le SROS de troisième génération, à savoir la prise en compte des besoins de santé de la population sous contrainte de qualité et de sécurité dans un souci de proximité.

Ces moyens doivent s'appréhender en terme de parcours du patient au sein d'une offre de soins graduée, ce qui nécessite le développement de coopérations et de complémentarités entre les établissements.

2. Objectifs

2.1. Objectif général :

Définir la place du groupe hospitalier Obernai – Sélestat – Sainte-Marie-aux-Mines au sein du territoire et analyser son organisation en vue d'optimiser son fonctionnement, afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Définir la place et le rôle du groupe hospitalier au niveau de l'offre de soins du territoire
- Mettre en perspective ce rôle par la réalisation d'un diagnostic externe (mode de participation à l'offre de soins) et d'un diagnostic interne (partage des activités et organisation du groupe hospitalier) en mettant en évidence les menaces qui pèsent sur ce groupe hospitalier et les opportunités à saisir, ainsi que ses forces et faiblesses
- Proposer des recommandations organisationnelles en vue d'optimiser le rôle et le fonctionnement de ce groupe hospitalier afin de répondre au mieux aux objectifs d'offre de soins affichés dans le SROS et posés par l'ARH

3. Le groupe hospitalier Sélestat – Obernai – Sainte Marie-aux-Mines : description et genèse

Le Centre hospitalier (CH) de Sélestat est un établissement public de santé dit de proximité, situé au sein du territoire de santé n°3.

Le SROS Alsace 2006-2011 définit les trois niveaux de soins et les caractéristiques des établissements les constituant :

- le niveau de proximité : c'est le niveau d'entrée dans le dispositif de prise en charge. Un établissement de proximité pourra disposer d'un service de médecine polyvalente, d'une activité de chirurgie, d'une unité de consultations polydisciplinaire ainsi que de la possibilité d'assurer l'accueil et l'orientation des urgences ; un plateau technique de diagnostic voire d'explorations fonctionnelles pourrait y trouver sa place.
- le niveau de référence : niveau de support vis-à-vis du niveau de proximité, il est représenté par les établissements de santé de médecine, chirurgie, obstétrique, qui comportent la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales, un service d'accueil des urgences et un plateau technique de diagnostic, d'explorations fonctionnelles et techniques interventionnelles fonctionnant 24 heures sur 24.
- le niveau de recours : cette appellation entend identifier le ou les pôles d'excellence ou d'expertise, il s'agit du CHU⁴, voire d'un établissement de mono-spécialité ou bien peut correspondre à une spécialité qui en présente les caractéristiques au sein d'un établissement par ailleurs dit de référence.

Le centre hospitalier (CH) de Sélestat dispose d'une capacité de 356 lits répartis comme suit :

- 248 de court séjour (141 en médecine, 80 en chirurgie et 27 en gynéco-obstétrique)
- 108 d'EHPAD⁵ dont 60 en USLD⁶ parmi lesquels 15 en « Unité

⁴ CHU : Centre Hospitalier Universitaire

⁵ EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁶ USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Alzheimer »

Les activités présentes au sein de l'hôpital sont la chirurgie (dont la chirurgie ambulatoire), la gynéco-obstétrique, la médecine, la pédiatrie, les urgences, la réanimation-SMUR, l'EHPAD, l'endoscopie digestive, les consultations externes, l'imagerie médicale (dont scanner), le laboratoire, la stérilisation, la pharmacie, la formation paramédicale (Institut de formation en soins infirmiers et Ecole d'aides-soignant(e)s) ainsi que certaines activités transversales (hygiène hospitalière, kinésithérapie, diététique et service d'intérieur). Il est organisé en 7 pôles (*voir tableau 1*). En 2006 cet hôpital a totalisé environ 13 600 entrées en court séjour et 38 000 journées en EHPAD pour une DMS⁷ de 4,54 jours en chirurgie (4,91 en maternité) et de 5,44 jours en médecine.

L'effectif total au 31 décembre 2007 est de 661 postes non médicaux (633 ETP) et 86 postes médicaux internes compris. Le budget est d'environ 47 millions d'euros.

Tableau 1 : Organisation polaire du CH de Sélestat

Pôles	Services participants
Mère-Enfant	Pédiatrie, néonatalogie, gynécologie-maternité, planning familial et salle d'accouchement
Médico-chirurgical	Médecine A, hôpital de jour oncologie, médecine B, chirurgie A, CPU ⁸ chirurgie A, chirurgie B, CPU chirurgie B, ophtalmologie, ORL, E.C.G., E.E.G., endoscopie, kinésithérapie et diététique.
Gériatrie	Soins de longue durée EHPAD
Soins critiques	Réanimation, anesthésie, bloc Opératoire (Chirurgie A, Chirurgie B, Ophtalmologie, ORL Gynécologie-Obstétrique), SMUR ⁹ , Urgences, Urgences pédiatriques et U.H.T.C.D ¹⁰ .
Médico-technique	Laboratoire d'analyses médicales, hygiène Hospitalière, imagerie médicale, pharmacie-stérilisation et transports Internes de patients
Pôle support	Regroupement de la DRH, de la Direction des soins, des services économiques, des services techniques de la qualité et la gestion des risques, de la blanchisserie, de la cuisine, du magasin du service entretien
Pôle Pilotage	Regroupement de la direction générale, direction des projets et de la coordination, des services financiers, du département d'information médicale, du système d'information hospitalière, de la gestion des projets de la facturation et de l'admission ainsi que du service social

⁷ DMS : Durée Moyenne de Séjour

⁸ CPU : Consultation Post-Urgence

⁹ SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

¹⁰ UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Une première convention de direction commune a été établie entre le CH de Sélestat et l'Hôpital local de Sainte-Marie-aux-Mines en 1995. Cette convention, signée par les présidents des Conseils d'administration des deux établissements (maires des deux communes), prévoyait, tout en respectant l'autonomie des deux conseils d'administration, de mettre en place une équipe de direction commune avec notamment une direction de site confiée à un directeur adjoint du CH de Sélestat, le représentant légal des deux établissements étant le directeur du CH de Sélestat. Dans la pratique cette convention n'a pas modifié le mode de fonctionnement de l'hôpital local qui a continué à bénéficier d'une large autonomie jusqu'à l'arrivée de l'actuel chef d'établissement en mars 2006.

L'hôpital local de Sainte-Marie-aux-Mines est un établissement public composé d'une partie sanitaire (USLD de 59 lits et service de SSR¹¹ de 20 lits) et d'une autre médico-sociale (un EHPAD spécialisé de 30 lits, un EHPAD sur le site de Ste-Marie-aux-Mines de 55 lits et un autre à Ste-Croix-aux-Mines de 60 lits¹²).

Cet hôpital intercommunal est né en 2000 à partir du regroupement de l'Hôpital local de Ste Marie-aux-Mines et de la Maison de retraite de Ste Croix-aux-Mines (devenue par la suite EHPAD).

Il comprend en outre un service restauration avec une cuisine centrale, une blanchisserie et une pharmacie à usage intérieur.

L'effectif total au 31 décembre 2007 est de 199 postes non médicaux (187 ETP) et de 6 postes médicaux (2,20 ETP).

Cet hôpital a totalisé 78 700 journées en 2006. Son budget total (principal et annexes) est d'environ 10 millions d'euros.

Une deuxième convention de direction commune a été signée en octobre 2006 entre les maires (présidents des conseils d'administration) d'Obernai et de Sélestat, ajoutant le Centre hospitalier d'Obernai au groupement précédemment constitué, sans modification du statut de ce CH.

¹¹ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

¹² EHPAD rattaché à la direction commune par un avenant à la convention de direction commune du 6 novembre 1995, signé le 22 mai 1996

Le Centre hospitalier d'Obernai est un établissement public de santé de proximité, situé sur le territoire de santé n°2 et qui compte 174 lits répartis de la manière suivante :

- 67 lits de court séjour : 27 en médecine, 16 en chirurgie générale et ORL¹³ et 24 en gynécologie-obstétrique jusqu'au 1^{er} septembre 2008. A partir de cette date un CPP¹⁴ a été mis en place suite à la fermeture de la maternité.
- 107 lits d'EHPAD

Cet hôpital dispose en outre d'un service de radiologie et d'échographie, emploie 250 personnes dont 38 médecins et internes et accueille en hospitalisation environ 3 000 personnes par an. Son budget est d'environ 11 millions d'euros.

La situation financière globale de cet établissement fait état d'un déficit de 2,92 % du CRPP¹⁵ pour 2007. Ce déficit s'explique par une diminution des recettes de 2,77 % entre 2006 et 2007, les dépenses restant à peu près stables. Il s'agit donc d'un fléchissement des produits de l'activité hospitalière, corrélativement à une montée en charge de la T2A (100 % en 2008), ainsi qu'à la diminution des tarifs. Sur la période 2003-2007 les produits de l'activité hospitalière ont baissé de plus de 5 %.

Le CRPA¹⁶ EHPAD présente un budget excédentaire de 362 000 € pour 2007.

Le Centre hospitalier d'Obernai a totalisé en 2006 2 800 entrées (MCO¹⁷) et 3 700 journées en EHPAD, pour une DMS de 1,42 jours en chirurgie , 3,59 jours en gynéco-obstétrique et 14,11 jours en médecine. Il est organisé en trois pôles (*voir tableau 2*).

Tableau 2 : Organisation polaire du CH d'Obernai

<i>Pôles</i>	<i>Services participants</i>
Pôle clinique et médico-technique	Pharmacie, radiologie, chirurgie, policlinique, gynécologie-obstétrique, ORL, angéologie, anesthésie
Gériatrie	Médecine, EHPAD
Administratif et logistique	Direction-administration, Réseau cardio-prévention, services techniques, lingerie-buanderie, cuisine

¹³ ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

¹⁴ CPP : Centre Périnatal de Proximité

¹⁵ CRPP : Compte de Résultat Prévisionnel Principal

¹⁶ CRPA : Compte de Résultat Prévisionnel Annexe

¹⁷ MCO : Médecine – Chirurgie - Obstétrique

Il apparaît donc que « les trois établissements, Obernai, Sélestat et Sainte Marie aux Mines, sont positionnés comme établissements de proximité. Ils représentent toute la diversité de ce type d'offre allant d'une offre de base à Sainte Marie aux Mines jusqu'à une offre diversifiée sur Sélestat, notamment par la mise en œuvre d'un plateau technique et d'exploration fonctionnelle performant, en passant par une offre intermédiaire à Obernai. »¹⁸

Préconisée par le SROS et soutenue par l'ARH, la mise en œuvre de réseaux de soins est concrétisée au sein de ce groupe hospitalier à travers le réseau cardio-vasculaire RCPO¹⁹. Il s'agit d'un réseau Ville-Hôpital pour la prévention des maladies cardio-vasculaires dans la zone d'Obernai, de Sélestat et de Rosheim relevant du code de la santé publique, dont la Convention constitutive a reçu l'agrément du directeur de l'ARH par l'arrêté n° 01/81 du 21 Février 2001.

La zone de proximité de Sélestat-Obernai est rattachée au territoire de santé n°3, bien qu'Obernai soit situé sur le territoire n°2. Cela est d'ailleurs précisé comme suit dans le SROS Alsace 2006-2011 : « L'hôpital d'Obernai a été rattaché à la zone de proximité de Sélestat de manière à l'ancrer dans un pôle interhospitalier suffisamment renforcé pour exercer une attractivité propre à attirer la population du sud du territoire et contribuer à désengorger la zone de proximité de Strasbourg. »²⁰

Le rapprochement de ces deux structures a donc été voulu par le planificateur de santé et acté dans le SROS de la manière suivante : « L'hôpital d'Obernai est invité à se regrouper avec le centre hospitalier de Sélestat pour constituer un groupe hospitalier multisites fédérant leurs équipes médicales et soignantes. Les activités seront réparties sur l'un et l'autre site dans une logique de spécialisation et de complémentarité. Cette évolution s'effectuera par paliers sur la durée du schéma régional d'organisation sanitaire. Elle devra être complètement achevée dans cet intervalle²¹ ».

Le niveau de référence du CH de Sélestat est représenté par le Centre hospitalier de Colmar, distant de 25 kilomètres et le niveau de recours par le Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg distant de 45 kilomètres.

¹⁸ d'après le Projet interactif de communauté d'établissements 2007-2011 page 13

¹⁹ RCPO : Réseau de Cardio-Prévention d'Obernai, disposant d'une antenne sur le site du Centre hospitalier de Sélestat

²⁰ Cf SROS Alsace 2006-2011 p. 37

²¹ Ibid. p. 41

Le Centre Hospitalier de Colmar ou Hôpitaux Civils de Colmar est une structure d'une capacité totale d'environ 1 300 lits et places, qui emploie 3 500 personnels non médicaux et plus de 230 personnels médicaux pour un budget d'environ 230 millions d'€ par an.

Etablissement de référence pour le Territoire de santé n°3, il présente un large panel d'activités réparties sur trois sites, l'hôpital Pasteur (médecine, chirurgie, obstétrique, urgences, plateau technique, psychiatrie, activités médico-techniques et logistiques), le Centre de la Mère et de l'Enfant (gynéco-obstétrique, pédiatrie dont néonatalogie, chirurgie pédiatrique et pédo-psychiatrie), et le Centre pour Personnes Agées (court séjour gériatrique, hôpital de jour, EHPAD, équipe mobile de gériatrie et soins de suite et de réadaptation).

Le Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg est réparti sur 7 sites dont le NHC²², a une capacité totale de 2 700 lits et places, emploie plus de 11 000 agents, dont plus de 8 500 personnels non médicaux et plus de 2 500 personnels médicaux. Son budget est de 680 millions d'€. Cette structure présente tout le panel d'activités d'un hôpital de recours dont un volet recherche et innovations bénéficiant d'un financement annuel de plus de 5 millions d'€.

²² NHC : Nouvel Hôpital Civil, fonctionnel depuis l'année 2008, a une capacité de 712 lits et place pour une surface utile de 90 000 m²

METHODE

En vue d'atteindre les objectifs posés en introduction, une étude bibliographique en rapport avec le thème de l'étude a été réalisée, ainsi que des entretiens effectués auprès des différents acteurs en présence.

L'étude bibliographique et les entretiens visent :

- **à poser un diagnostic externe** : contexte territorial avec les différentes contraintes (épidémiologie, démographie), cartographie de la position des différents établissements en vue de l'étude des menaces qui pèsent sur ces établissements et des opportunités à saisir
- **à poser un diagnostic interne** : partage des activités entre les trois établissements, organisation mise en place (mutualisations, complémentarités), fonctionnement de l'équipe de direction
- **à élaborer une analyse stratégique** aboutissant à différents scénarii qui modélisent les évolutions possibles du groupe hospitalier
- **à formuler un certain nombre de recommandations** en lien avec l'analyse stratégique

Etude bibliographique (Voir bibliographie page 67)

Thème	Références
Historique de la constitution du groupe hospitalier et évolution	SROS III, Conventions de direction commune Projet interactif de communauté d'établissements CPOM ²³ , PMT ²⁴
Situation et environnement (démographie, épidémiologie, ...)	Données de l'ARH (cartes et statistiques), de l'Observatoire régional de la Santé, ...
Contexte (réforme du système de santé, ...)	Rapports (Larcher, Vallancien, Ritter) et références législatives et réglementaires
Analyse : Comparaison avec des expériences similaires, dimension santé publique (mise en perspective de l'offre au regard des besoins de santé de la population)	Articles de revues professionnelles (Gestion hospitalière, ADSP, ...), ouvrages généralistes (santé publique, système de santé, ...) Mémoires professionnels

²³ CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Entretiens avec les principaux acteurs (voir la liste des personnes auditionnées en annexe 2) :

Ces entretiens doivent traduire la mise en perspective de la problématique selon les trois niveaux :

- **Le planificateur du territoire de santé** : Monsieur le directeur de l'ARH
- **Les établissements avec leur niveau décisionnel** (le chef d'établissement, l'équipe de direction, les présidents de CME, les présidents de CA) **et leur environnement** (usagers, médecine libérale, hôpital de référence)
- **Les acteurs internes** : représentants des personnels

Vingt entretiens d'environ une heure chacun ont été réalisés. Ces entretiens ont pour but de recueillir l'avis des acteurs en présence, internes et externes au groupe hospitalier, sur la place et le rôle du groupe hospitalier dans l'offre de soins, sur son fonctionnement, ainsi que leurs représentations de cette communauté hospitalière en devenir et les moyens de l'optimiser.

Le guide d'entretien comprend une grille variant de 7 à 10 questions selon la personne auditionnée.

Il s'agit d'entretiens individuels semi-directifs effectués à partir d'une grille comportant un nombre significatif de questions similaires quelle que soit la personne auditionnée, afin de faciliter l'analyse.

Les thèmes explorés sont relatifs au rapprochement des trois structures et son avenir à court ou moyen terme, aux enjeux, aux attentes, aux avantages et inconvénients de ce rapprochement mais aussi aux obstacles identifiés et répercussions concrètes de ce rapprochement sur l'exercice professionnel, avec des recommandations en vue d'optimiser le fonctionnement du groupe hospitalier.

Le choix de ce type d'entretiens (semi-directifs) se justifie par la nécessité de laisser suffisamment de liberté à l'interlocuteur dans la formulation de ses réponses, tout en permettant à l'enquêteur d'introduire un certain nombre de thèmes précis à explorer.

²⁴ PMT : Projet Médical de Territoire

Les personnes contactées ont été choisies en raison de la fonction qu'elles exercent ou de la responsabilité qui est la leur, et en adéquation avec les objectifs de l'étude. L'objet du mémoire et la méthodologie envisagée ont été présentés en équipe de direction dès le début du stage, un accord de principe du chef d'établissement ayant ensuite été obtenu pour mener à bien ce travail.

Tous les entretiens ont été menés avec l'accord des personnes intéressées qui avaient la possibilité de refuser l'entretien par la suite ou de l'interrompre à tout moment. Les compte rendus d'entretiens ne sont pas nominatifs, seule la fonction des personnes auditionnées apparaît en accord avec ces dernières.

En début d'entretien la consigne a été clairement formulée à l'enquêté, rappelant les points suivants :

- les buts et les objectifs de la recherche, ainsi que son cadre (mémoire de formation)
- l'explication du choix des personnes auditionnées
- les modalités de recueil de données (prise de notes)
- la durée de l'entretien (environ 1 heure)

L'analyse des résultats s'est faite selon une méthodologie d'analyse de contenu quasi-qualitative (analyse thématique catégorielle), consistant à décomposer le contenu du discours en verbatims et classés ensuite en catégories. Cette méthode présente l'avantage de pouvoir dégager de grandes tendances (proximité des réponses ou au contraire idées opposées), tout en donnant un caractère objectif à l'analyse²⁵.

L'investigation par questionnaire, beaucoup plus précise, ne semblait pas adéquate à l'objectif de ce travail, car l'entretien est plus approprié à l'étude de représentations et de pratiques.

²⁵ d'après M. Baumann, MCU, Fascicule de Méthodologie cours + exposés – Maîtrise Sciences Sanitaires et Sociales 2003-2004, Ecole de Santé Publique de Nancy

RESULTATS

Les résultats présentés ici résultent de la double investigation effectuée, bibliographique d'une part, par entretiens d'autre part, et présentés selon la méthodologie précitée, en diagnostic externe dans un premier temps, diagnostic interne ensuite.

1. Diagnostic externe

1.1. Données démographiques et épidémiologiques :

Données démographiques

L'Alsace compte plus d'1 million 700 000 habitants, ce qui représente environ 3 % de la population française pour une densité égale au double de la densité nationale (214 habitants/km² contre 109 en moyenne dans le pays²⁶).

Cette région est caractérisée par une urbanisation forte (93 % de la population), un territoire restreint et bien desservi, qui « présente un avantage en matière d'accès géographique aux dispositifs de soins²⁷ ».

La croissance de la population est deux fois plus importante que la moyenne nationale, grâce à un taux d'accroissement naturel positif (plus de naissances que de décès) et un taux d'immigration important.

Enfin, l'Alsace est une région économiquement dynamique et riche, avec un PIB par habitant qui la situe au deuxième rang des régions de province. Le revenu net imposable moyen par foyer fiscal est de 15 200 € (850 € supérieur à la moyenne nationale) ce qui place l'Alsace au premier rang des régions de province pour cet indicateur.

Cependant la précarité y progresse en moyenne plus vite que dans le reste du pays, comme en témoigne l'évolution du nombre d'allocataires du RMI (+ 10 % en 2003). Cela est d'ailleurs confirmé par l'augmentation des bénéficiaires de la CMU complémentaire (+ 5 % en 2003)²⁸.

²⁶ Source : Plan Régional de Santé Publique, 2006-2008

²⁷ Ibid

Sur la «zone de proximité» Obernai / Sélestat / Sainte Marie-aux-Mines, l'INSEE prévoit :

- une augmentation de la population de 9% entre 2000 et 2010, et de 12,5% entre 2000 et 2015,
- une diminution des femmes en âge de procréer (de 20 à 40 ans) de 7,5% entre 2000 et 2010 et de 9,5% entre 2000 et 2015,
- une augmentation des personnes âgées de 65 ans et plus de 17,5% entre 2000 et 2010 et de 32% entre 2000 et 2015.

Les indices comparatifs de mortalité font état d'une surmortalité générale de 11 % pour le canton de Sainte Marie-aux-Mines et de 5 % pour celui d'Obernai par rapport à la moyenne régionale sur la période 1990-99²⁹.

Le bassin de vie³⁰ de Sainte Marie-aux-Mines est celui qui compte la part la plus importante de personnes âgées de 75 ans et plus du département du Haut-Rhin en 1999. En outre, cette tendance se poursuivra jusqu'à l'horizon 2010 puis 2020, puisque ce secteur restera l'un des secteurs haut-rhinois les plus âgés³¹.

Un bassin de vie densément peuplé et riche en voies d'accès en ce qui concerne la zone de proximité Sélestat-Obernai (180 habitants/km² à Sélestat et 232 à Obernai), alors que le bassin de vie de Sainte Marie-aux-Mines est plus enclavé et moins densément peuplé (107 habitants/km²).

Sur le bassin de vie global du groupe hospitalier on assiste à une augmentation et à un vieillissement de la population et à une diminution du nombre de femmes en âge de procréer.

Données épidémiologiques

Malgré une baisse de la mortalité plus rapide que dans toutes les autres régions de métropole, le 17 février 2006 la Conférence Régionale de Santé (CRS) faisait état d'une surmortalité globale de 7 % par rapport à la moyenne nationale. Cette surmortalité est représentée essentiellement par les affections cardio-vasculaires (+ 17 % par rapport à la moyenne nationale, 32 % des décès en 2006 en Alsace) et les cancers (+ 5 % par rapport à la moyenne nationale, 29 % des décès en 2006 en Alsace). Pour ces derniers les incidences des localisations cancéreuses les plus en hausse entre 2000 et 2006

²⁸ Ibid

²⁹ source : Inserm, Insee, IGN

³⁰ L'INSEE définit le bassin de vie comme étant « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi »

concernent les mélanomes cutanés chez les hommes (+ 72 %) et les femmes (+ 57 %) et les cancers du poumons (+ 50 %) chez ces dernières³².

La troisième cause de mortalité est représentée par les maladies de l'appareil respiratoire (surtout pneumonies et bronchopneumonies, bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives).

Les accidents de la vie courante représentent la première cause de décès accidentels. Ils sont deux fois supérieurs aux accidents de la circulation.

La mortalité par maladies de l'appareil digestif a nettement diminué en Alsace pour s'approcher actuellement de la moyenne nationale.

Par contre le diabète est une pathologie particulièrement fréquente en Alsace et en augmentation. Selon les résultats régionaux de l'étude ENTRED 2001, 3,2 % des assurés du régime général seraient traités pour un diabète en Alsace (2,8 % en moyenne en France), soit 55 000 personnes tous régimes confondus. Les séjours hospitaliers de courte durée pour diabète sucré sont supérieurs de 8 % à la moyenne nationale.³³

L'Alsace dénombre 3000 décès prématurés par an (mortalité avant 65 ans), dont environ 1500 « évitables ».

La CRS souligne que « la prévention de ces décès « évitables » passe pour les deux tiers par des actions sur les facteurs de risque (..), pour un tiers par une meilleure prise en charge par le système de soins (dépistage précoce, organisation des soins, ...) éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels ».

La prévalence chez les jeunes du surpoids et de l'obésité augmente en Alsace comme ailleurs en France, mais « la situation régionale en matière de surpoids est l'une des plus mauvaises de France³⁴ ».

La consommation déclarée de tabac est légèrement inférieure en Alsace que la moyenne nationale mais il faut noter que les tumeurs des bronches et du poumon sont en augmentation chez les femmes.

La mortalité liée à l'alcool est en baisse, mais les décès surviennent avant l'âge de 65 ans.

Les habitudes de consommation d'alcool sont en Alsace comparables à la moyenne nationale.

³¹ Cf Schéma gérontologique 2006-2011- Département du Haut-Rhin

³² Source : Inserm, Insee, Eurostat

³³ Source DHOS : Evaluation des besoins de santé (Base de données PMSI EBS, moyenne 2000-2002)

³⁴ Source : CRS Alsace, communication du 17 février 2006

Les données démographiques et épidémiologiques laissent à penser que **les recours hospitaliers des habitants de la « zone de proximité Sélestat-Obernai- Ste Marie-aux-Mines » devraient³⁵** :

croître fortement en chirurgie et en médecine :

de près de 10 % en chirurgie entre 2003 et 2010 : en volume, la croissance porte pour moitié sur l'orthopédie, la traumatologie, la chirurgie digestive et la chirurgie gynécologique (activités assurées dans les établissements), avec une augmentation encore plus forte en ophtalmologie (+ 15 %),

de près de 12 % en médecine avec des augmentations supérieures à la moyenne en cardiologie (+ 17 %), en pneumologie (+15 %), en chimiothérapie (+13 %) et pour les endoscopies,

diminuer en obstétrique

La prévention représente un enjeu important en terme de santé publique, notamment dans le domaine des maladies cardio-vasculaires dans la lutte contre les principaux facteurs de risque (diabète, obésité, tabagisme, hypertension artérielle, ...).

1.2. Données concernant l'offre de soins :

Etablissements de santé³⁶ (voir données ARH en annexe 3)

Le diagnostic du PRSP³⁷ souligne que l'Alsace est dotée d'un « important équipement hospitalier en soins de courte durée ... qui répond également, en partie, aux besoins des populations de Lorraine (...) ; une progression des alternatives à l'hospitalisation complète et des réseaux de soins (...), un équipement pour personnes âgées important mais saturé ».

Le bassin de population du Centre Hospitalier de Sélestat compte 27 900 habitants.

Outre la population à proprement parler sélestadienne (environ 18 000 habitants) l'aire de recrutement du CH concerne également les bassins de population de Villé, Dambach-la-Ville, Epfig, Wittisheim, Sundhouse, Châtenois et Scherwiller. Le taux de fuite³⁸ atteint 56 %, essentiellement vers les établissements de Colmar et Strasbourg³⁹.

³⁵ Source : Projet interactif de communautés d'établissements 2007-2011

³⁶ Source : ARH Alsace, année 2006

³⁷ Source : Plan Régional de Santé Publique, 2006-2008

³⁸ Le taux de fuite traduit la proportion de patients du bassin de vie de l'établissement allant de faire soigner dans un autre établissement

³⁹ Source : ARH Alsace

La prise en charge avec hébergement des patient atteints de maladies mentales se fait au Centre hospitalier d'Erstein, situé à 28 kilomètres de Sélestat, qui dispose de 417 lits et places. Le bassin de population de Sélestat fait partie de l'un des secteurs psychiatriques du CH d'Erstein.

Le bassin de population du CH d'Obernai est de 16 245 habitants. Son aire de recrutement concerne, outre le bassin de population d'Obernai, ceux de Barr, Bischoffsheim, Rosheim, Boersch, Mutzig, Molsheim, Erstein, Benfeld et Schirmeck. Le taux de fuite est important, puisqu'il atteint 81 % dont plus des trois quarts vers les établissements de Strasbourg.

Le bassin de population de Sainte Marie-aux-Mines est de 7 800 habitants avec un taux de fuite de 100 % en MCO (pas de prise en charge MCO sur place), et 43 % en SSR. Les patients de MCO se rendent principalement à Colmar (environ 45 % du taux de fuite), Sélestat (35 %) et Strasbourg (environ 10 %). A noter qu'à proximité se trouve le Centre hospitalier de St Dié des Vosges, mais qui recrute peu au sein du bassin de vie de Ste Marie-aux-Mines (taux de recrutement inférieur à 1 %⁴⁰).

Les données de l'ARH Alsace montrent clairement que la population du bassin de vie d'Obernai est en partie recrutée par le CHU de Strasbourg et que celle du bassin de vie de Sainte-Marie-aux-Mines par le CH de Colmar.

L'aire de recrutement du CHU de Strasbourg déborde largement le département du Bas-Rhin pour concerner également le département de la Moselle, notamment au sein de la zone comprise en Sarrebourg et Sarreguemines, et dans une moindre mesure le Haut-Rhin où il entre en concurrence avec les centres hospitaliers de Colmar et de Mulhouse (hors activités spécifiques d'un CHU).

L'aire de recrutement du Centre hospitalier de Colmar est concentrée entre Guebwiller au sud et Sélestat au nord alors que l'aire de recrutement du Centre hospitalier de Mulhouse se trouve principalement au sud du département du Haut-Rhin (avec Guebwiller comme limite nord), le Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard prenant ensuite le relais.

⁴⁰ Le recrutement traduit le rapport entre le nombre de patients en provenance d'un code postal et se faisant soigner dans l'établissement et le nombre total de patients de cet établissement (nombre de venues de la zone rapporté à la clientèle)

Le bassin de vie de la communauté d'établissements comprend en outre :

- 6 hôpitaux locaux :** l'hôpital local de Barr (106 lits et places), de Benfeld (85 lits et places), de Ribeauvillé (85 lits et places), de Rosheim (100 lits et places), de Mutzig (100 lits et places) et de Molsheim (250 lits et places)
- 7 maisons de retraite et EHPAD :** la maison de retraite de Bischoffsheim (44 lits et places), d'Andlau (88 lits et places), de Dambach la Ville (52 lits et places), de Schirmeck (49 lits et places), de Villé (77 lits et places), ainsi que l'EHPAD de Marckolsheim (122 lits et places) et de Rhinau (75 lits et places)
- 1 clinique privée participant au service public hospitalier** (Clinique St Luc faisant partie du Groupe Hospitalier St Vincent : 17 lits de chirurgie, 20 lits de médecine et 40 lits d'USLD) située à Schirmeck (fond de la vallée de la Bruche), distant d'Obernai de 25 kms

Professionnels libéraux

La Mission Régionale de Santé Alsace a déterminé des niveaux de fragilité en terme d'offre de soins au sein des zones de population sur tout le territoire régional, à partir de l'ensemble des indicateurs de démographie et d'activité des médecins généralistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes.

Ainsi il apparaît que les zones de Sélestat et d'Obernai sont peu fragiles (niveau de fragilité de 1 sur 5 pour Sélestat et de 2 sur 5 pour Obernai), comparativement à celle de Sainte-Marie-aux-Mines (niveau 3)⁴¹, qui néanmoins n'apparaît pas déficitaire.

Dans son diagnostic le PRSP rappelle que le vieillissement de la population aura un effet particulièrement important sur le besoin entre autres en infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Au 31 décembre 2006, l'Alsace comptait⁴² :

- 1 903 médecins généralistes. La densité alsacienne de généralistes est

⁴¹ Source : Mission régionale de santé Alsace, « L'accès aux soins de proximité : les zones déficitaires et les zones fragiles » publié suite à la circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM/2005 n° 63 du 14 janvier 2005

⁴² Source URCAM Alsace (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Alsace) : www.alsace.assurance-maladie.fr/Offre-de-soins-liberale.11769.0.html

légèrement supérieure à la densité de la France métropolitaine et une étude de l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace effectuée en 2003⁴³ souligne que sur l'ensemble du pays Bruche Mossig Piémont⁴⁴ « la quasi-totalité de la population vit à 5 kms ou moins d'un médecin généraliste et l'ensemble de la population à moins de 10 kms ». La répartition homogène des généralistes sur le territoire alsacien ainsi que l'appartenance au secteur 1 pour plus de 90% d'entre eux rend l'offre de généralistes facilement accessible.

- 1 769 médecins spécialistes, ce qui représente une densité de 98 spécialistes pour 100 000 habitants, soit légèrement plus que la moyenne nationale (94). Pour la radiologie, gynécologie, cardiologie et dermatologie, la densité alsacienne est supérieure à la densité française. Pour l'ophtalmologie et la psychiatrie la situation est inverse.

La densité alsacienne de 54,9 masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants est inférieure à la moyenne nationale (75,3).

L'Alsace compte en moyenne 51,5 infirmiers pour 100 000 habitants : largement moins que les 84,1 infirmiers libéraux au niveau national. Cette situation est à nuancer puisqu'elle est compensée par une part importante d'infirmiers exerçant en établissement. De plus les 54 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que les centres de soins infirmiers complètent l'offre régionale.⁴⁵

⁴³ d'après l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace : « Diagnostic Etat de santé, offre et accès aux soins. Pays Bruche Mossig Piémont. Août 2005 »

⁴⁴ Zone de plus de 100 000 habitants s'étendant de Schirmeck à l'ouest, à Obernai au sud, Molsheim à l'est et Wasselonne au nord

⁴⁵ Source ibid.

Le taux d'équipement (court séjour) pour 1 000 habitants en Alsace est supérieur à la moyenne française.

L'aire de recrutement du groupe hospitalier est vaste car elle s'étend de Sainte Marie-aux-Mines à Marckolsheim au sud et à l'est jusqu'à Schirmeck à l'ouest, Molsheim et Erstein au nord, ce qui correspond à une population potentielle de 185 000 habitants.

Les taux de fuite sont importants, avec une destination des patients essentiellement vers Strasbourg et Colmar, ainsi que vers les structures privées de l'UGECAM⁴⁶ pour le SSR (situées sur les hauteurs).

Les Centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai rayonnent chacun sur un réseau fourni en structures de proximité de type EHPAD et hôpitaux locaux.

Une clinique située dans la zone de proximité d'Obernai draine une partie de la population de la vallée de la Bruche.

L'offre de soins libérale est satisfaisante en ce qui concerne les médecins généralistes et spécialistes, moins satisfaisante en psychiatrie et ophtalmologie.

Les kinésithérapeutes libéraux sont en nombre insuffisant, reflétant d'ailleurs les difficultés de recrutement de ce corps de métier pour les établissements de santé.

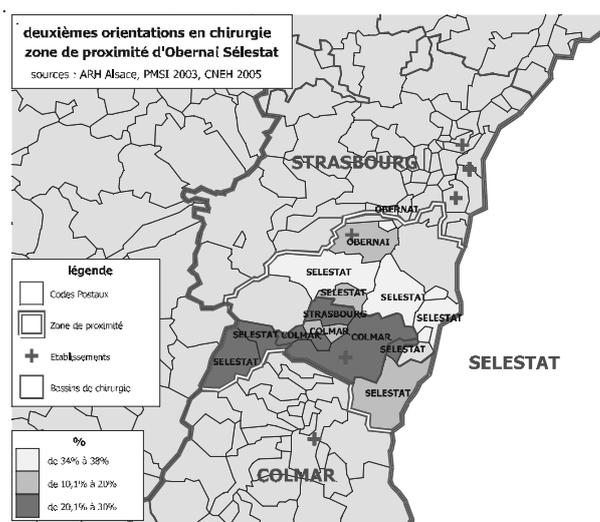
⁴⁶ UGECAM : Union pour la gestion des établissements des caisses d'Assurance maladie, groupe d'établissements privés participant au service public hospitalier

2. Diagnostic interne

2.1. Le partage d'activités entre les trois sites⁴⁷ :

Pour la chirurgie sur la zone de proximité de Sélestat-Obernai:

L'analyse des flux de patients entre les zones d'Obernai et de Sélestat montre que pour les deuxièmes orientations, certains codes postaux situés entre Obernai et Sélestat se dirigent pour partie vers Sélestat. C'est le cas des codes postaux situés juste au sud du code postal d'Obernai, ce qui montre l'existence de flux croisés de patients.



En additionnant les deuxièmes orientations aux premières, c'est un total de près de 100 000 habitants qui sont orientés soit en première intention, soit en deuxième intention vers les hôpitaux de Sélestat ou d'Obernai.

Ce périmètre dépasse largement la zone de proximité de Sélestat-Obernai qui n'avoisine que les 44 000 habitants (27 900 + 16 245).

Le Centre Hospitalier de Sélestat dispose des premières parts de marché en orthopédie (26 %), traumatologie (35 %) et en chirurgie digestive (40 %), alors que le Centre Hospitalier d'Obernai dispose de la première part de marché en ORL (23 %)⁴⁸.

Le service de chirurgie A du CH de Sélestat (chirurgie générale à orientation digestive) dispose de 26 lits, réalise environ 1 100 interventions par an pour un taux d'occupation de

⁴⁷ en fonction des bassins de santé hospitaliers. Le bassin de santé hospitalier est composé de l'ensemble des codes postaux PMSI, dont la majorité relative des hospitalisés s'oriente vers un pôle hospitalier.

⁴⁸ Source : Projet Interactif de Communauté d'établissements 2007-2011

61 %, alors que le service de chirurgie B (ortho-traumatologie) dispose de 43 lits, réalise environ 1 900 interventions par an pour un taux d'occupation de 66 %⁴⁹.

Une activité de chirurgie ORL est réalisée sur Sélestat par un praticien des Hôpitaux Civils de Colmar, sous forme conventionnelle.

Le Centre hospitalier d'Obernai dispose de trois types de spécialités chirurgicales : général et digestive, ORL et gynécologique.

Environ 500 interventions sont réalisées chaque année en chirurgie digestive, 700 en chirurgie ORL et 200 en chirurgie gynécologique. Le taux d'occupation en chirurgie générale et ORL est faible (26 % en 2007). L'aire de recrutement de chirurgie est plus large pour l'ORL que pour la chirurgie générale et gynécologique (cantons de Benfeld et d'Erstein en plus).

L'activité chirurgicale sélestadienne répond à un besoin de la population mais les taux d'occupation restent relativement faibles. Cela s'explique notamment par une organisation actuelle des blocs opératoires limitant le nombre de plages disponibles et un manque de temps médical en chirurgie A partiellement compensé par le recrutement récent d'un chirurgien. Un projet de création d'une unité de 8 lits de chirurgie ambulatoire est en cours.

L'activité chirurgicale obernoise répond à un besoin de la population notamment en ORL, mais fait face à une difficulté pour assurer la permanence de la prise en charge, et ses locaux ne répondent plus aux normes d'hygiène et de sécurité. Le taux d'occupation est faible.

Le besoin de proximité en chirurgie ophtalmologique n'est pas couvert. Le Centre hospitalier de Sélestat souhaite s'engager dans cette activité en partenariat avec son hôpital de référence.

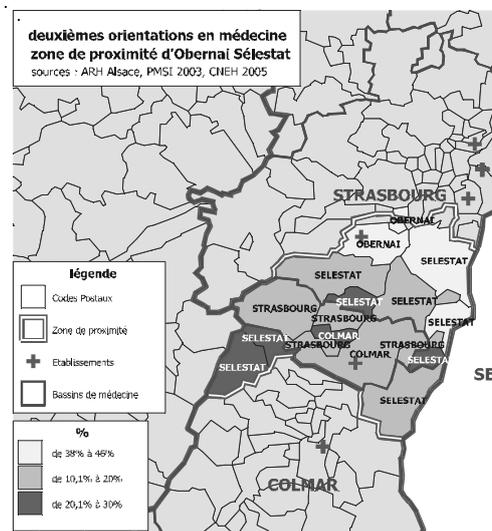
Le SROS prévoit un transfert éventuel de toutes les activités chirurgicales d'Obernai vers Sélestat. Ceci est repris par le projet d'établissement qui prévoit un dispositif de consultations avancées des praticiens de Sélestat sur le site d'Obernai et la réalisation des interventions à Sélestat.

⁴⁹ Ibid. (année 2006)

Pour la médecine sur la zone de proximité de Sélestat-Obernai:

Seul le Centre hospitalier de Sélestat parvient à être la première intention de certains codes postaux en médecine avec un périmètre rassemblant 48 000 habitants.

Le Centre hospitalier d'Obernai constitue la deuxième orientation en médecine pour environ 19000 habitants et le Centre hospitalier de Sélestat pour environ 78000 personnes supplémentaires. Ce sont donc environ 140 000 habitants qui s'orientent soit en première soit en deuxième intention vers l'un des deux établissements pour une hospitalisation en médecine, ce qui dépasse largement la zone de proximité Sélestat-Obernai.



Le service de médecine A (gastro-entérologie) du Centre hospitalier de Sélestat dispose de 56 lits, réalise en outre une activité oncologique et d'endoscopie. En 2007 il a réalisé 3158 séjours, 584 séances de chimiothérapie, et 2014 actes d'endoscopies (DMS globale de 5,66 jours).

Le service de médecine B (médecine à orientation cardiologique) dispose de 56 lits, a réalisé 2080 séjours en 2007 pour une DMS⁵⁰ de 8,86 jours⁵¹.

Le Centre hospitalier d'Obernai dispose d'un service de médecine à orientation gériatrique de 27 lits, et d'un autre de médecine polyvalente dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière de médecine Sélestat-Obernai, de 10 lits, créé en novembre 2007. Avec 42 séjours sur 2 mois en 2007 pour une recette de 3098 € par séjour, ce service a engendré environ 130 000 € de recettes en 2007, charges non déduites. La moyenne mensuelle des entrées pour 2008 tourne aux alentours de 28.

Le service de médecine à orientation gériatrique a réalisé 584 entrées en 2007 pour une DMS de 13,26 jours⁵², avec un taux d'occupation à 78 % en 2007.

⁵⁰ DMS : Durée Moyenne de Séjour

⁵¹ Source : Projet Interactif de Communauté d'établissements 2007-2011

⁵² Source : Centre hospitalier d'Obernai, Rapport d'activité 2007

L'Hôpital Intercommunal du Val d'argent ne dispose pas à ce jour de service de médecine, un projet de création d'un service de médecine à orientation gériatrique de 10 lits est en cours, en lien avec Sélestat (sous forme d'une fédération médicale inter-hospitalière).

La gastro-entérologie et les endoscopies digestives représentent un quart de l'activité de médecine du CH de Sélestat, la cardiologie 12 %, la pneumologie et la neurologie respectivement 11 et 10%, avec une DMS conforme aux moyennes nationales des établissements publics de santé.

A noter toutefois le manque de structures d'aval au sein de l'établissement, d'où le projet de créer des lits de SSR.

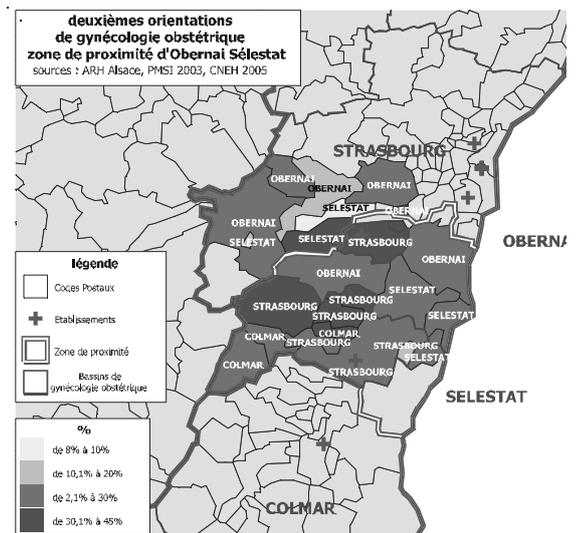
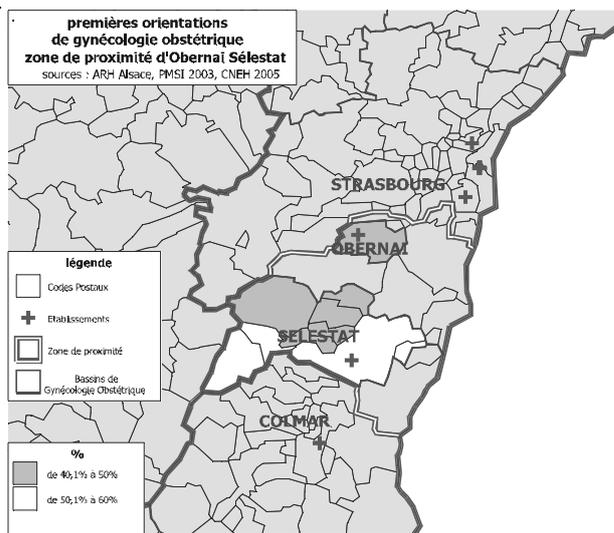
L'analyse du case-mix du Centre hospitalier d'Obernai ne distingue pas de discipline médicale spécifique, ce qui s'explique par le fait que l'établissement accueille essentiellement des patients âgés polypathologiques, d'où une DMS du service de médecine à orientation gériatrique supérieure de 50 % aux durées moyennes nationales. Cette DMS peut toutefois être améliorée par une prise en charge par filière dans le but de fluidifier les parcours des patients. Un avenant au projet d'établissement visant à créer une filière gériatrique (dont notamment une équipe mobile de gériatrie) devrait y contribuer. Le taux d'occupation du service de médecine à orientation gériatrique est à optimiser.

Le futur service de médecine à orientation gériatrique de l'HIVA devrait contribuer à libérer des lits de SSR et donc de fluidifier sensiblement le parcours des patients au sein du groupe hospitalier.

Pour la gynécologie-obstétrique sur la zone de proximité de Sélestat-Obernai:

Avant le regroupement de la maternité d'Obernai sur le site de Sélestat, le Centre hospitalier d'Obernai représentait la première orientation en gynécologie-obstétrique pour les habitants de son propre code postal. Le Centre hospitalier de Sélestat couvre pour sa part les besoins de 61 000 habitants.

Concernant les deuxièmes orientations, il est intéressant de noter que les codes postaux situés entre les deux agglomérations s'orientent (la première orientation étant Strasbourg) soit sur Obernai soit sur Sélestat (et accessoirement sur Colmar).



Les cartes ci-après montrent que pour les naissances, les bassins des deux établissements sont plus importants que les bassins de la gynécologie-obstétrique (ci-dessus).

Ainsi les deux établissements constituent la première orientation des naissances pour les deux tiers des habitants de la zone de proximité.

Le Centre hospitalier de Sélestat réalise environ 900 accouchements par an et celui d'Obernai en réalisait environ 500 pour un service de maternité de 24 lits.

Ce dernier a été regroupé avec la maternité de Sélestat, et remplacé à Obernai par un Centre périnatal de proximité (CPP) ouvert à partir du 1^{er} septembre 2008.

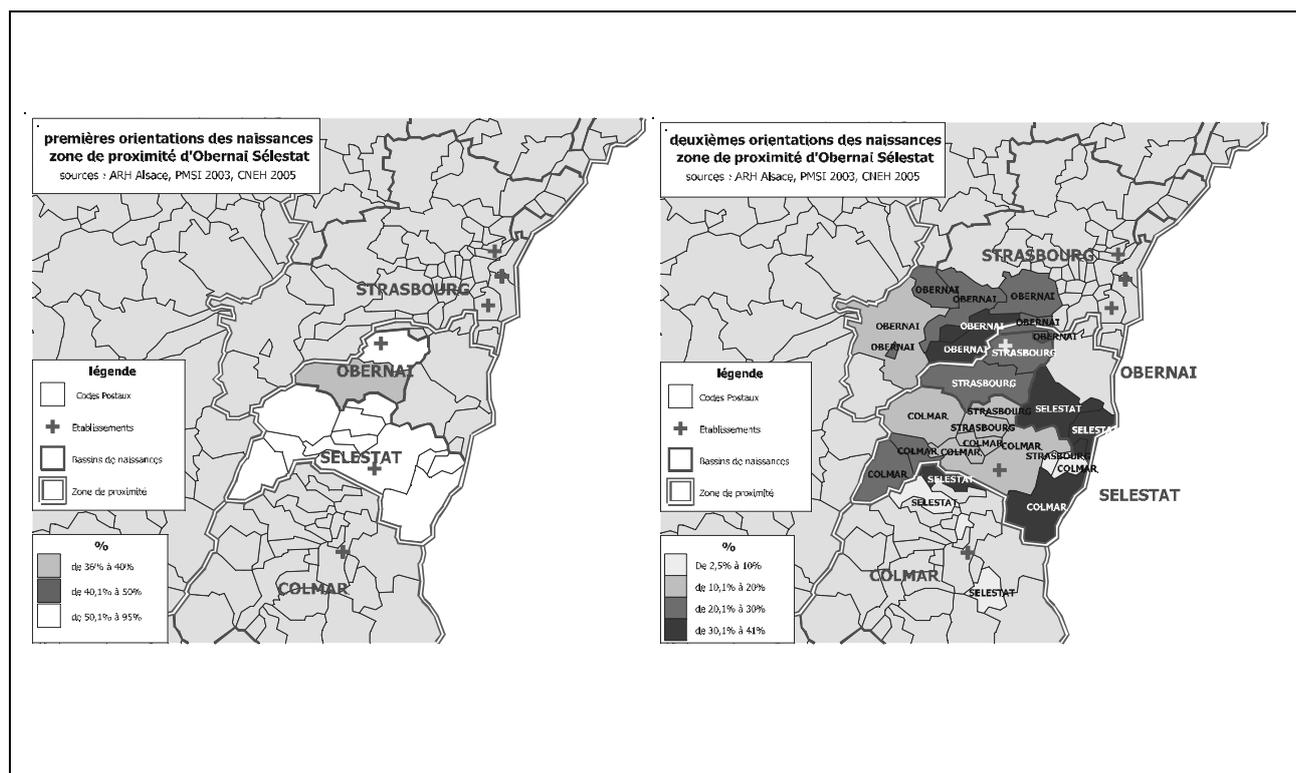
En effet, la demande de renouvellement de l'autorisation⁵³ d'exercer l'activité de gynécologie-obstétrique ayant été rejetée par l'ARH au mois de juillet 2008 (suite à l'avis défavorable du CROSS⁵⁴ puis de la COMEX⁵⁵) un travail de regroupement de cette activité avec Sélestat, préparé en amont, a permis l'arrêt de l'activité de naissance, la reprise d'une partie du personnel sur le site de Sélestat tout en travaillant avec les médecins adresseurs et en communiquant auprès de la population afin d'inciter les parturientes du bassin de vie d'Obernai à accoucher à Sélestat. Le CPP d'Obernai devrait prendre en charge les parturientes en amont et en aval de l'accouchement. Il fonctionnera dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière Parents-Enfants Sélestat-Obernai.

Le service de maternité du CH de Sélestat dispose de 15 lits et le service de gynécologie de 12 lits. Outre les 900 accouchements, 600 interventions de gynécologie et 17 000 consultations sont réalisées chaque année à Sélestat.

⁵³ La précédente autorisation arrivait à échéance le 23 septembre 2008

⁵⁴ CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Social

⁵⁵ COMEX : Commission exécutive de l'ARH



Le SROS avait d'ailleurs prévu l'éventualité du transfert de l'activité de gynécologie-obstétrique dès son élaboration, en ces termes : « Le maintien de la gynécologie-obstétrique à Obernai, dans un premier temps, devra s'accompagner d'une organisation propice à préparer son regroupement ultérieur à Sélestat le cas échéant. Cette dernière décision sera fonction de l'évolution de l'activité du service, des conditions de maintien de la continuité médicale par la présence d'une équipe de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes-réanimateurs et de pédiatres titulaires de l'établissement et de la conformité des installations aux normes de sécurité des personnes, des biens et sanitaires »⁵⁶.

Les maternités de Sélestat et d'Obernai répondaient toutes deux au besoin des parturientes sur la zone de proximité, mais de manière non conforme avec la réglementation en vigueur concernant celle d'Obernai (notamment le décret « périnatalité » du 9 octobre 1998).

Un renforcement de la maternité de Sélestat est espéré par l'accueil des parturientes du bassin de vie d'Obernai, misant notamment sur une prise en charge coordonnée avec le futur CPP.

Néanmoins il existe un risque important de fuite de ces patientes vers les différentes maternités de Strasbourg.

2.2. L'organisation managériale mise en place : (voir l'organigramme en annexe 4)

Le Centre hospitalier de Sélestat et l'HIVA sont en convention de direction commune depuis plus d'une dizaine d'années, mais dans les faits l'intervention du directeur du CH de Sélestat à Sainte Marie-aux-Mines était inexistante car le directeur en charge du site de Sainte Marie-aux-Mines bénéficiait d'une large autonomie.

Courant 2006, le changement de directeur à Sélestat et le rattachement du Centre hospitalier d'Obernai par une convention de direction commune à Sélestat ont nécessité la mise en place d'une réelle direction commune. Dans un premier temps le chef d'établissement a souhaité constituer une équipe complètement transversale pour les trois sites mais très vite il a été confronté à deux réalités du terrain. D'une part une demande très forte sur chaque site d'avoir un directeur référent et d'autre part les équipes administratives en présence sur chacun des sites ne permettaient pas une homogénéisation rapide des pratiques. D'où la mise en œuvre d'une équipe de direction multidimensionnelle, à la fois transversale et verticale en fonction des besoins et des forces en présence sur chaque site, tout en conservant une vision stratégique de rapprochement des trois sites en terme de fonctionnement.

L'organigramme de direction, constitué au début de l'année 2007, fait apparaître le chef d'établissement au centre, autour duquel rayonnent ses adjoints.

Ces derniers, outre les directeurs référents (un pour l'HIVA et l'autre pour Obernai) se répartissent en deux pôles (l'administration a suivi l'organisation polaire avec la mise en place de la Nouvelle Gouvernance) :

- un pôle support regroupant la direction des ressources humaines, la direction des soins, la direction des services économiques et logistiques, la direction de la qualité et gestion des risques (à laquelle sont rattachées les affaires générales et la filière gériatrique)
- un pôle pilotage regroupant la direction des finances, la direction du système d'information, le Département de l'information médicale ainsi que la gestion des projets confiée aux directeurs référents qui sont placés en transversal sur cette thématique

L'activité multisite des directeurs fonctionnels est très variable d'une fonction à l'autre. Les fonctions transversales exercées sur le site d'Obernai sont les ressources humaines, la

⁵⁶ Extrait du SROS Alsace 2006-2011

direction des soins, les finances, la qualité, et dans une moindre mesure le système d'information.

Les fonctions transversales exercées sur le site de Ste Marie-aux-Mines sont extrêmement réduites (les finances et une faible part des ressources humaines), et tiennent plus à des apports ponctuels qu'à un travail coordonné et planifié.

La direction des services économiques n'intervient pas sur les deux sites périphériques, si ce n'est à travers les services techniques (le responsable des services techniques intervient sur Obernai une demi-journée par semaine, ponctuellement sur le site de Ste Marie-aux-Mines).

Le DIM n'est pas mutualisé entre les trois sites.

2.3. Le discours des acteurs :

Un rapprochement des trois établissements en cours et à poursuivre ...

Le rapprochement des trois structures ne peut s'appréhender en un bloc, car il est nécessaire de considérer différemment les établissements d'Obernai et de Sainte Marie-aux-Mines. Le discours des acteurs en présence fait bien ressortir cette dualité qui complexifie la problématique de ce groupe hospitalier.

L'équipe de direction est unanimement convaincue du bien fondé du rapprochement des centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai, avec ou sans fusion à terme. Le renforcement des transversalités, en « *faisant le lien entre les deux établissements quels que soient les moyens utilisés* » (directeur du service des soins infirmiers) ou le fait de « *tisser des passerelles et créer des synergies* » (directeur des ressources humaines) sont des objectifs forts. Les moyens d'y parvenir sont décrits différemment d'un membre de l'équipe à l'autre. Tantôt le rapprochement « *passé par des liens à créer entre les équipes médicales et paramédicales* » (directeur de la qualité et de la gestion des risques), tantôt c'est le partage d'activités (directeur des services économiques) ou le projet médical commun (responsable du système d'information) qui permettra d'avancer dans une voie commune. Pour le chef d'établissement, il s'agit avant tout de mettre en œuvre les actions prévues au projet d'établissement commun et de trouver une étape intermédiaire à la fusion, la question au sujet de cette dernière restant en suspens à l'heure actuelle.

Ainsi, « *se rapprocher en considérant cela comme une opportunité* » (responsable des finances) est une vision partagée par l'équipe de direction, considérant cela comme une nécessité vitale pour le centre hospitalier d'Obernai qui est dans une situation délicate du fait de son positionnement (hôpital de proximité en cours de restructuration) et de son équilibre financier fragile. Pour le directeur en charge des projets et de la coordination des

trois sites, « *au regard des actes posés (filiale de prise en charge des personnes âgées, Fédération Médicale Inter-hospitalière de médecine, regroupement des maternités et création d'un CPP), on s'achemine vers une fusion même si le SROS évoque un Groupement hospitalier qui nécessite un dispositif juridique lourd. Cela crée une nouvelle entité en plus des trois dispositifs juridiques existants, par exemple un groupement de coopération sanitaire, plus acceptable politiquement mais extrêmement lourd du fait de la démultiplication des instances* ».

... mais en clarifiant la place de l'Hôpital Intercommunal du Val d'Argent au sein du groupe hospitalier.

Le nœud de la problématique du rapprochement reste la place de l'Hôpital Intercommunal du Val d'Argent. Ceci car d'une part la nécessité pour cet établissement d'un rapprochement avec le centre hospitalier de Sélestat n'apparaît pas clairement, d'autre part un double obstacle est à surmonter, géographique (Sainte Marie-aux-Mines est située en fond de vallée et reste relativement enclavé) et socio-culturel du fait de cet enclavement. Malgré tout, cela ne signifie pas, pour les différents acteurs en présence, de faire marche arrière dans l'intégration de l'HIVA au sein du groupement, mais d'envisager éventuellement « *un groupement hospitalier multidimensionnel avec deux axes* » (chef d'établissement), en parlant d'un axe fort entre Sélestat et Obernai, et d'un axe plus souple entre Sélestat et Sainte Marie-aux-Mines. Le mode d'intégration privilégié évoqué est la filière gériatrique qui doit permettre un véritable chaînage de l'offre de soins selon un parcours au sein duquel l'HIVA, établissement à vocation avant tout médico-sociale, y trouverait toute sa place.

S'il peut être envisagé un chaînage de prise en charge entre les trois établissements avec Sélestat comme structure pivot, les liens entre Obernai et Sainte Marie n'existent quasiment pas. L'environnement physique faisant qu'il est très difficile d'aller d'Obernai à Sainte Marie-aux-Mines sans passer par Sélestat, ce qui représente un parcours avoisinant les 45 kilomètres, à l'heure actuelle il n'existe pas de relation triangulaire entre ces trois établissements. Selon le représentant des usagers des hôpitaux de Sélestat et d'Obernai, « *pour les habitants du canton de Barr⁵⁷, Ste Marie est très loin, certains doivent même ignorer l'existence d'un hôpital à Ste Marie* », ce qui est confirmé par la représentante CFDT du personnel du centre hospitalier d'Obernai : « *c'est loin pour nous* ».

⁵⁷ canton faisant partie du bassin de vie de l'hôpital d'Obernai

Enfin il existe à Sainte Marie-aux-Mines une structure médico-sociale importante (plus de 180 lits et places), « Les Tournesols », avec laquelle l'HIVA a engagé des coopérations sur le plan logistique (blanchisserie et restauration)⁵⁸.

Le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) de l'HIVA attend beaucoup du futur service de médecine à orientation gériatrique (10 lits) dont la création est prévue pour le premier semestre 2009, dans la mesure où « *l'on sera obligé de mettre concrètement des choses en place* ». La représentante CFDT du personnel attend également beaucoup de la mise en œuvre de certaines actions prévues au projet d'établissement (outre le service de médecine gériatrique, la création notamment d'une unité Alzheimer), « *les choses seront moins floues après* ».

L'ouverture de l'HIVA sur d'autres établissements est à poursuivre, comme le précise le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites : « *La conjugaison de plusieurs facteurs (investissements nécessaires pour répondre aux normes de qualité et de sécurité, masse critique nécessaire pour faire fonctionner un SSR clairement identifié, démographie médicale) invite à un travail en osmose avec d'autres établissements* ».

Des enjeux du rapprochement des trois établissements clairement identifiés ...

Les acteurs hospitaliers évoquent volontiers l'avenir des trois établissements comme principal enjeu. Il est principalement question de « *légitimité existentielle* » (directeur de la qualité) et de « *survie des établissements de Sélestat et d'Obernai* » (responsable des finances). L'hôpital d'Obernai semble être, pour ces acteurs, celui qui se trouve être le plus en danger et par conséquent celui qui a le plus besoin de pouvoir s'appuyer sur le centre hospitalier de Sélestat. Mais réciproquement, l'avenir de ce dernier est également évoqué dans les discours, marquant une prise de conscience de sa fragilité sur le territoire, entre les Hôpitaux Civils de Colmar et le CHU de Strasbourg.

La représentante CFDT du personnel d'Obernai fait remarquer que « *Sélestat a déjà eu besoin d'Obernai (fonction linge par exemple), cela reste vrai avec le redéploiement de la maternité* ». La nuance tient au fait que les discours expriment plus une confortation de la place de cet hôpital que sa survie.

L'Hôpital Intercommunal du Val d'Argent paraît moins concerné par cet enjeu, les acteurs évoquant principalement les facteurs financiers (situation saine) et de partage d'activité (moins évident) pour illustrer leur point de vue.

⁵⁸ 44 % du linge traité en 2007 par la blanchisserie de l'HIVA provient des Tournesols, 45 % des repas produits par l'HIVA le sont pour les Tournesols

La deuxième idée phare concernant les enjeux perçus est le renforcement des compétences des deux plus petits hôpitaux par les contacts et mutualisations possibles avec le Centre hospitalier de Sélestat. Mr le maire de Ste Marie-aux-Mines évoque le fait de pouvoir « *s'enrichir du savoir faire des autres établissements et pouvoir s'appuyer sur des équipes médicales plus étoffées ce qui augmente l'attractivité de l'HIVA* », la représentante CFDT des personnels de l'HIVA parle du « *développement des compétences en interne grâce à la mutualisation* », alors que la directrice référente de cette même structure apprécie de « *pouvoir s'appuyer sur une compétence technique non présente en interne* ».

Une troisième catégorie d'enjeux concerne une double dimension santé publique avec la possibilité de « *permettre un bon maillage territorial et pouvoir effectuer des activités de prévention* » (directrice des soins) ou la nécessaire « *rationalisation de l'offre de soins* » évoquée par le maire d'Obernai, voire l'enjeu économique pour la société (représentante CFDT des personnels de l'HIVA).

« *La bonne réponse au bon niveau* », est aussi évoquée par le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites, en faisant allusion à la pratique de la subsidiarité, qui consiste à « *faire tout ce dont on est capable et passer la main quand on n'en a pas les moyens* ».

L'enjeu pour la médecine de ville semble être l'accès à un plateau technique de qualité comme l'exprime le représentant de la médecine libérale : « *il est intéressant d'avoir un hôpital référent (en l'occurrence Sélestat) pour pouvoir y adresser des patients en vue d'un diagnostic (...) ou pour y soigner des patients présentant un problème aigu* ».

La sécurité des soins et la qualité de la prise en charge sont aussi mentionnées, par le directeur des services économiques, le directeur en charge des projets et de la coordination des trois sites (« *être conforme à l'état de l'art dans le domaine médical et infirmier* ») et le représentant des usagers, ce dernier parlant de la nécessaire conformité aux normes.

... et des attentes fortes exprimées par les différents acteurs.

Les maires expriment des attentes fortes pour leur commune respective :

« *Que l'HIVA continue de jouer pleinement son rôle sur le territoire* » (maire de Ste Marie),
« *la garantie d'un nouvel hôpital à Obernai* » (maire d'Obernai) et « *que les patients soient adressés à l'hôpital de Sélestat plutôt qu'à Colmar ou Strasbourg* » (maire de Sélestat).

Les acteurs internes espèrent beaucoup du rapprochement pour d'une part pouvoir faire avancer des dossiers en suspens (président de la CME de l'HIVA), mais aussi pour voir optimisé le fonctionnement de l'équipe de direction, ce qui est également un souhait exprimé par une partie de cette équipe.

Autre attente, Sélestat doit engager une réflexion sur son rapprochement avec les Hôpitaux Civils de Colmar, son hôpital de référence, et ne pas se cantonner à une réflexion strictement « intracommunautaire ». Cette idée est partagée par la directrice de l'hôpital de référence qui souhaite avancer dans le partenariat entre les deux structures, d'autant plus que *« le rapport Larcher fait que l'on n'est pas sûr de conserver 4 établissements de référence dans la région, on se dirigerait vers 2 (Strasbourg et Mulhouse). Avec Sélestat et Guebwiller on peut espérer maintenir l'hôpital de Colmar »*. Cela est d'ailleurs souligné par le directeur en charge des projets et de la coordination des trois sites qui précise que la *« recomposition est d'ailleurs vitale pour Colmar qui doit se repositionner par rapport à Mulhouse »*.

D'autres attentes sont aussi avancées, notamment par la directrice des soins en terme d'opportunités en élargissant la dimension du métier, notamment à travers un travail en réseau et des partenariats à développer avec des acteurs externes (libéraux, centres de soins, structures d'hospitalisation à domicile, ...). Le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites attend *« une professionnalisation de la démarche et des pratiques médicales (...) le mode de gouvernance doit être basé sur la raison et non sur les passions »*.

Enfin, l'idée de la qualité de la prise en charge émerge à nouveau: *« il faut trouver un juste équilibre entre la mutualisation et la qualité du service rendu aux patients »* (directeur des services économiques), et *« le patient a tout à gagner d'une meilleure prise en charge qu'il est en droit d'attendre »* (directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites). Naturellement cela constitue l'attente principale du représentant des usagers qui le dit dans les mots suivants : *« Etre bien soigné, être considéré comme une personne, faire en sorte que l'hospitalisation dure le moins longtemps possible »*.

Un rapprochement des trois structures qui présente un certain nombre d'avantages mais aussi des inconvénients...

Beaucoup d'avantages sont exprimés au regard des enjeux : l'accroissement des compétences, une meilleure prise en charge, le maintien des établissements, la rationalisation de l'offre de soins et le souhait de réaliser des économies d'échelle.

D'autres avantages apparaissent, plus concrets pour la pratique quotidienne, comme la facilité accrue à solutionner des problèmes complexes (directeur des ressources

humaines) ou le fait de ne plus travailler forcément seul sur un site périphérique lorsque l'on exerce un métier « rare » comme les kinésithérapeutes (représentante CFDT des personnels de l'hôpital de Sélestat).

Quant aux inconvénients, ils s'expriment à deux niveaux :

- d'une part certains acteurs font part de leurs craintes : sur le risque de déséquilibre de la relation entre les établissements (maire de Ste Marie-aux-Mines), sur la manière de collaborer avec les médecins généralistes en vue de l'adressage des patients (maire de Sélestat), sur le risque de dépersonnalisation des soins et les déplacements accrus des populations (représentant des usagers). A propos de la collaboration avec les médecins généralistes le représentant de la médecine libérale met l'accent sur la nécessité que l'hôpital soit ouvert et travaille en partenariat avec les médecins de ville.
- d'autre part les acteurs internes expriment clairement, à ce niveau de l'entretien, leur difficulté à appréhender le fonctionnement de l'équipe de direction, dans le sens où selon eux il n'y a pas assez de délégation, ou du moins ils font le constat d'un manque de clarification des responsabilités, ce qui nuirait à la réactivité des dirigeants. Cela n'est pas tant un inconvénient du rapprochement des trois établissements qu'une conséquence de la mise en place d'une équipe de direction commune. L'équipe de direction, quant à elle, contextualise davantage en parlant « *du changement d'image pour l'hôpital d'Obernai qui se recentre sur la gériatrie* » (directrice des soins), ou du « quatrième établissement, virtuel » qu'il faut gérer (responsable des finances, voir plus loin sur ce point).

... et qui doit faire face à des obstacles patents.

Les obstacles semblent plus liés aux hommes qu'aux contraintes naturelles (un acteur cite les contraintes géographiques concernant l'intégration de l'HIVA au sein de la communauté) ou techniques (mise en synergie des systèmes d'information en cours).

Ainsi, la plupart des personnes interrogées citent, comme obstacle, soit la population du fait de son inquiétude quant à la qualité de la prise en charge, soit les élus locaux tenant à leurs prérogatives, soit encore le personnel des différentes structures craignant une dégradation de leurs conditions de travail.

Cependant l'obstacle majeur semble être une partie du corps médical, notamment sélestadien, pour lequel le rapprochement représente une augmentation de la charge de travail sans bénéfices évidents.

Les enjeux du rapprochement pour le Centre hospitalier de Sélestat, en terme de renforcement de sa position en Centre Alsace par un élargissement de sa zone de recrutement, serait ainsi peu perçu par un certain nombre d'acteurs sélestadiens.

Une certaine crainte de perdre leur identité propre du fait d'une intégration dans une communauté hospitalière disparaît peu à peu dans les esprits des agents de Sainte Marie-aux-Mines. Le maire de cette localité se veut d'ailleurs rassurant en déclarant qu' « *il n'y a pas vraiment d'obstacles du fait de la validation du projet d'établissement par tous les établissements* ».

Vu de Colmar, les obstacles sont plutôt d'ordre sociétal, liés aux 35 heures avec un souci renforcé du corps médical d'un rééquilibrage entre vie professionnelle et vie personnelle, pouvant engendrer un investissement moindre au sein de l'institution hospitalière. Nuançant cela le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites pense que les jeunes médecins, en souhaitant travailler différemment de leurs aînés, constituent un atout en étant prêts à s'investir dans le changement.

La différence de culture professionnelle entre les trois établissements telle qu'avancée par un certain nombre d'acteurs, et évoquée pour la gériatrie dans le degré variable de prise en charge globale de la personne âgée dépendante, peut engendrer des incompréhensions voire des a priori sur la qualité du travail de l'autre.

C'est, dans le même ordre d'idées, le manque de communication, en interne (entre les établissements du groupe), et en externe (de l'ARH vers les établissements et des établissements vers la population et les professionnels de santé libéraux), qui est cité comme obstacle. Le représentant de la médecine libérale interrogé fait part de la nécessité de mettre en place un véritable outil de communication entre l'hôpital et les médecins libéraux. Pour lui, les usagers de l'hôpital sont des patients, alors que les clients de l'hôpital sont les médecins libéraux. Ceci car le recrutement des patients s'effectue essentiellement à partir de la médecine de ville.

Ces différences culturelles exacerbées par le manque de communication peuvent encore être accentuées par un mode de relation entre les établissements parfois inadéquat. C'est tantôt l'absence de règles homogènes de relation (absence de facturation ou règles différentes de facturation pour des services rendus entre les établissements du groupe) qui est cité (directeur des services économiques), tantôt le mode client-fournisseur (exemple des prestations de laboratoires pour lesquelles Sélestat est prestataire d'Obernai) avec le risque de créer un sentiment de frustration de part et d'autre (responsable des finances). L'expression de « solidarité financière » de l'hôpital de Sélestat envers celui d'Obernai a d'ailleurs été utilisée par l'une des personnes interrogée. Cela semble être compris par un certain nombre d'acteurs obernois, car comme le souligne la représentante CFDT des personnels d'Obernai : « *Sélestat apporte une aide gratuite à Obernai* ».

Pour le chef d'établissement, c'est la nature même du travail en multisite qui constitue une difficulté, car la transversalité serait limitée par le besoin des acteurs d'avoir un référent fort et permanent.

Des dirigeants prêts à s'investir concrètement dans ce rapprochement...

La participation à l'élaboration ainsi que la validation du projet d'établissement apparaissent déjà comme étant une contribution en soi à la mise en place de cette communauté d'établissements. Cela est notamment souligné par le maire de Ste Marie-aux-Mines qui semble se satisfaire du fonctionnement actuel de la direction commune (un directeur référent sur place avec des transversalités partielles venant des autres membres de l'équipe de direction commune).

Les autres personnes interrogées se disent prêtes à apporter leur contribution, chacune à leur niveau et dans leur champ de compétence respectif.

Les présidents de Conseils d'Administration (CA) souhaitent communiquer auprès de leurs concitoyens sur le fonctionnement de l'hôpital et sur la qualité de la prise en charge (maire d'Obernai), ou bien en entretenant de bonnes relations entre eux (maire de Sélestat).

Le président de la CME de l'HIVA propose de rencontrer les autres présidents de CME afin de rapprocher leur point de vue, en essayant de faire abstraction de leurs spécialités médicales parfois éloignées.

L'équipe de direction, qui paraît convaincue de la nécessité de créer de nouvelles formes d'organisation (la directrice des soins propose par exemple d'organiser des séminaires de travail sur des thématiques communes), construira la mise en œuvre des actions transversales prévues au projet d'établissement (filiale gériatrique par exemple) tout en étant prête à tisser des liens chacun dans son champ de responsabilité (« *donner des perspectives aux agents sur les trois sites* » pour la directrice des ressources humaines, « *mettre à la disposition de l'HIVA et d'Obernai des savoir-faire moyennant la mise en place d'un système de contractualisation* » pour le directeur des services économiques).

Pour le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites, il faut cesser de raisonner uniquement « établissement » pour élargir son champ de vision au territoire, notamment en repensant les liens avec l'hôpital de référence : « *Il serait temps de présenter à la communauté hospitalière un scénario de regroupement avec Colmar. Cela nécessiterait de passer du temps avec les présidents de CME et les acteurs clefs (...) la bonne gestion d'un établissement n'est pas gage d'une bonne restructuration territoriale* ».

... mais faisant part de difficultés à travailler en « multisite ».

Pour l'équipe de direction, le travail en multisite fait apparaître de nouveaux modes d'exercice professionnels, plus contraignants.

« Nous n'avons plus de bureau mais des affectations de travail partout, il faut donc réfléchir autrement les lieux de travail » note la directrice des soins, tandis que le directeur de la qualité fait remarquer que *« nous sommes partout et nulle part, cela engendre un sentiment de frustration (...) le don d'ubiquité trouve ses limites »*. Il est également fait part d'un manque de personnel sur les sites périphériques (directeur de la qualité) pour pouvoir faire vivre pleinement la transversalité, ou plus globalement d'un manque de ressources (expertise, compétences) : *« cela engendre une perte d'énergie qui pourrait être investie dans la coordination »* note la directrice des ressources humaines. Ce sentiment est partagé par le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites qui souligne qu'il faut une *« pédagogie de tout instant »* et qu'il y a *« beaucoup de perte d'énergie en déplacements »*.

Le quatrième établissement, virtuel, ci-dessus évoqué, traduit la surcharge de travail due à la gestion des dossiers communs aux trois établissements (dossiers transversaux) tout en se manifestant de la part de l'équipe par une *« projection constante dans une vision commune en considérant toujours les autres établissements »* (responsable des finances). Le chef d'établissement souligne effectivement *« qu'il y a un quatrième établissement virtuel, en terme de charge de travail. Les forces vives en présence ne suffisent pas à gérer ce quatrième établissement »*.

Pour la représentante CFDT du personnel de l'hôpital de Sélestat, le rapprochement des trois établissements commence à avoir des répercussions concrètes sur l'organisation de certains services de l'hôpital de Sélestat dans la mesure où ces services (chirurgie orthopédique par exemple) peuvent vite être saturés du fait d'un afflux plus important de patients (transfert d'activités d'un site à l'autre). Cela augmente le nombre des séjours dits « hébergés » avec des malades relevant de la médecine et hébergés en chirurgie faute de place qui regagnent ensuite le service de médecine si un lit se libère en cours de séjour. Pour elle, les personnels doivent donc s'adapter et être polyvalents.

Vu d'Obernai (représentante CFDT des personnels), *« la venue de nouveaux intervenants (médecins de la FMI par exemple) demande au personnel d'être plus ouvert »*.

Enfin, une organisation managériale à améliorer...

L'équipe de direction fait part dans son ensemble d'un certain malaise du fait du recouvrement partiel des champs de responsabilités entre les directeurs fonctionnels et

les directeurs référents. Le besoin de clarification et de délimitation de ces champs respectifs se fait sentir, comme l'exprime le directeur des services économiques : « *quel que soit le domaine il faut clarifier les responsabilités de chacun. Or clarifier c'est donner une délégation de gestion. J'ai le sentiment d'une grande confusion sur le plan de la responsabilité pratique* ». Ce regard est d'ailleurs partagé par une partie de la communauté médicale et des personnels aux dires du président de la CME de l'HIVA et des représentants du personnel interrogés. Le directeur de la qualité souligne les difficultés qu'il a pu éprouver à se positionner en tant que directeur transversal, dans ces termes : « *Si l'on veut préserver la cohésion d'une équipe on ne se positionne pas clairement en tant que directeur transversal* ».

Mise à part la directrice référente de Sainte Marie-aux-Mines qui se dit satisfaite du fonctionnement actuel de l'HIVA qui peut bénéficier ainsi de certaines compétences issues des transversalités (comme en informatique), toute l'équipe de direction exprime la nécessité d'un partage clair des responsabilités de chacun. Cette situation appelle donc un arbitrage du chef d'établissement comme l'exprime la directrice des ressources humaines : « *Il faut avant tout une clarification au sommet, donc un chef d'établissement qui coordonne et qui donne de franches délégations à ses collègues. Or si certaines tâches sont déléguées, les missions ne le sont pas* ». Tout comme le directeur de la qualité qui souligne que « *le chef d'établissement doit pouvoir clarifier cette notion de délégation incontournable pour les uns et les autres* ».

Le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites en appelle à « *un leader incontesté, capable de sanctionner et de récompenser* ».

Ce malaise palpable lors des entretiens n'empêche pas l'expression d'une relative satisfaction à trouver entre collègues des modes de fonctionnement en binômes qui permettent d'avancer sur un certain nombre de dossiers. La directrice des ressources humaines illustre cette idée en prenant exemple sur le travail qui a été réalisé avec le directeur référent d'Obernai et la directrice des soins au sujet du regroupement de la maternité sur le site de Sélestat en déclarant que « *l'on peut avancer en binôme ou trinôme sur des responsabilités partagées (...) le travail en binôme ou trinôme se construit dans une intelligence des relations* ».

Le directeur chargé des projets et de la coordination des trois sites propose de confier aux cadres de direction « *des projets plus que des domaines (exemple de domaine : paye ou recrutement au niveau de ressources humaines) qui eux pourront être rattachés à des attachés (...) la bonne organisation est de ne pas posséder un domaine mais d'être responsabilisé sur des projets qui déclinent la politique d'ensemble* ».

Donc loin de céder au défaitisme l'équipe en place reste prête à développer de nouveaux modes d'organisation visant à renforcer la communication entre ses membres. La tenue de réunions de direction approfondies avec la présentation de dossiers suivie d'un

échange et d'une validation en commun est avancée par la directrice des soins, l'important étant de « *discuter de questions de fond ensemble* ».

Autre proposition, un « *organe de pilotage serait à définir garantissant le suivi des projets et le fonctionnement général de l'établissement* », note le directeur de la qualité, en faisant allusion à un secrétariat général.

Le responsable des finances déplore une hétérogénéité dans la transversalité, déclarant que les domaines transversaux sont les finances, les ressources humaines et partiellement la qualité, alors que les services économiques ne le sont pas.

Qu'en est-il de la motivation à exercer en transversal alors qu'un directeur adjoint ou un attaché d'administration hospitalière ne touche pas la prime multisite, demande le responsable des finances.

Conscient de la problématique du fonctionnement de l'équipe de direction, le chef d'établissement répond que l'on ne peut pas tout formaliser, mais que le partage d'une même vision stratégique est une condition sine qua non à un partage des responsabilités. Il ajoute : « *Concrètement j'ai conscience que le travail en équipe est insuffisant et engendre parfois des dissonances, en tout cas cela est vécu comme tel par d'autres acteurs. Le nombre de projets que nous traitons nous amène à nous ajuster en temps réel. Par ailleurs les autres acteurs sont encore dans une logique « mono-institutionnelle » et exigent un référent fort sur leur site. En matière de gestion je suis convaincu d'un organigramme matriciel, mais la conjugaison de la transversalité et de la verticalité nécessite des ajustements permanents. Ceux-ci doivent être gérés par une forte cohésion basée sur la confiance et non uniquement sur des profils de poste définis une fois pour toute. Ceci dit, je sais qu'une meilleure clarification du partage des responsabilités est demandée par mes collaborateurs. C'est une réflexion que je souhaite mener avec eux dans les semaines à venir* ».

DISCUSSION

1. Pourquoi coopérer ?

1.1. Le sens que nous donnons à ce terme :

Terme polysémique, coopérer désigne à la fois « un mode de relation entre les individus (opérer conjointement avec quelqu'un) et le produit de la participation à l'œuvre commune (c'est-à-dire un mode d'organisation spécifique) »⁵⁹.

Coopérer nécessite d'accepter d'entrer dans un mode de relation où le « faire ensemble » sous entend une certaine confrontation à l'altérité, ce qui ne paraît envisageable que s'il y a intérêt commun.

En ce qui concerne la coopération entre établissements de santé, L. Petit nous dit que « la coopération consiste, pour plusieurs établissements, à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire seul, l'activité étant transférée à la communauté des établissements »⁶⁰.

Coopérer nécessite donc de renoncer à certaines de ses prérogatives propres au bénéficiaire, non pas d'un autre établissement, mais d'un ensemble de structures, réunies autour d'un partage d'activités.

1.2. Les buts de la coopération :

Après l'époque de la démultiplication de l'offre de soins (Trente Glorieuses) ayant abouti parfois à une superposition de prestations identiques au sein d'un espace limité, nous sommes entrés, depuis une trentaine d'années, dans l'ère de la rationalisation des moyens, la coopération en étant l'un des outils⁶¹. Ainsi un certain nombre de mesures ont été prises pour limiter les dépenses de santé, à commencer par la création de la carte sanitaire en 1972, puis par exemple l'instauration de la dotation globale en 1984 comme

⁵⁹ D'après Kerleau M. L'hôpital et ses partenaires : nouvelles formes de coopération, Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, vol 4, n° 2, p.271

⁶⁰ D'après L. Petit. Les risques de la multi-coopération. Mémoire de l'ENSP. Filière Directeur d'établissement sanitaire et social. Promotion 2004.

mode de financement des hôpitaux. Le ministère de la santé et de l'action humanitaire déclarait en 1992 que « les impératifs de maîtrise des dépenses de santé rendent plus que jamais nécessaire le développement de la coopération inter-hospitalière, dont l'objectif est avant tout de mettre en commun des moyens afin de rendre les meilleurs services aux malades dans le cadre d'une rationalisation de l'ensemble des moyens sanitaires »⁶².

L'objectif de la coopération hospitalière apparaît donc double : elle répond d'une part à un impératif économique, dans le sens où il nous faut administrer des ressources rares au regard de besoins en prestations de santé croissants, d'autre part la coopération vise à améliorer la qualité de l'offre de soins. Il est donc naturel de voir se développer une discipline relativement récente, qui est l'économie de la santé. Cette dernière se divise en macroéconomie de la santé qui correspond à « l'analyse des phénomènes économiques à travers les grands agrégats »⁶³, et en microéconomie de la santé qui est « l'analyse économique élémentaire à travers les agents économiques »⁶⁴. Le champ hospitalier est donc concerné par les deux aspects de l'économie de la santé, par exemple le coût d'un séjour relève de la microéconomie, alors que la part des dépenses hospitalières au sein de l'ONDAM⁶⁵ relève de la macroéconomie.

La coopération hospitalière concerne tout d'abord la gestion des ressources matérielles (équipements) et humaines (personnels hospitaliers).

La mutualisation d'équipements lourds (scanner, IRM, ...) entre établissements de santé publics ou privés se développe, tout comme le partage de plateaux techniques ou la réalisation de prestations médico-techniques (stérilisation, laboratoire, délivrance de médicaments) par l'établissement de référence pour les structures de proximité. La contrainte représentée par la chute de la démographie médicale dans certaines disciplines, en particulier en radiologie, gynécologie-obstétrique ou anesthésie-réanimation, mais aussi de certaines professions paramédicales comme les kinésithérapeutes, fait que la mutualisation de professionnels de santé via par exemple le partage de temps médical devient une nécessité.

Ainsi, comme le souligne A. Lusset : « En favorisant des partages d'activités et la mise en commun de moyens, les actions de coopération contribuent ainsi à rationaliser l'offre

⁶¹ La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière crée deux outils de coopérations entre établissements: la convention et le syndicat interhospitalier (SIH)

⁶² D'après Kerleau M. L'hôpital et ses partenaires : nouvelles formes de coopération, Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, vol 4, n° 2, p.271

⁶³ D'après C. Hurliman, Inserm sur www.ethique.inserm.fr

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

hospitalière et à dégager des économies d'échelle imposées par la maîtrise des dépenses de santé »⁶⁶.

L'amélioration de la qualité des soins, quant à elle, sera obtenue principalement selon deux mécanismes :

- D'une part la coopération permet l'inscription des différents partenaires au sein d'un réseau de prise en charge, ce qui de fait encourage la continuité des soins par un passage de relais optimal d'un intervenant à l'autre. Or la non qualité est souvent le fruit d'une faiblesse du système de santé à assurer cette continuité de la prise en charge (par exemple des retours au domicile non organisés risquant d'entraîner des réhospitalisations précoces). Ce travail en partenariat est également censé augmenter la vigilance par rapport à sa propre pratique, étant placé sous le regard de ses partenaires (contrôle implicite des pairs).
- D'autre part la coopération induit une spécialisation des acteurs au sein d'un continuum de prise en charge, dans la mesure où le but recherché est que « tout le monde ne continue à tout faire ». Les partenaires développent ainsi un savoir faire propre lié à la multiplication des actes, ce qui serait un gage de qualité. Il s'agit de s'approcher des seuils d'efficacité technique et clinique comme ceux définis pour la chirurgie par le rapport Vallancien d'avril 2006⁶⁷ (2000 actes chirurgicaux par an et par établissement)

Au niveau de la zone de proximité Sélestat-Obernai, la volonté du planificateur a été, outre la volonté de rationaliser les moyens et d'accroître la qualité des prestations, de désengorger le pôle hospitalier strasbourgeois. Comment y parvenir ? En incitant la population de cette zone à préférer, pour les prestations ne relevant pas spécifiquement de l'établissement de recours, les établissements de Sélestat-Obernai et par là même, Colmar, hôpital de référence de la zone.

Cela est souligné par André Aoun, directeur de l'ARH Alsace, en ces termes : « *L'intérêt du planificateur est d'alléger la pression sur Strasbourg qui attire une clientèle importante en provenance de Lorraine. Or le CH de Sélestat, hôpital de proximité, est l'hôpital référent d'Obernai. Sélestat se situe sur le Territoire de santé n°3 qui est à cheval sur*

⁶⁶ D'après A Lusset. Le projet de GCS « Dialyse Haute-Savoie nord : un exemple de coopération stratégique ». Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Directeur d'hôpital. Promotion 2006

⁶⁷ Rapport sur l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France

deux départements (Bas-Rhin et Haut-Rhin). Obernai reste pour l'instant dans le Territoire n°2 mais se rapproche de Sélestat en formant une zone de proximité Sélestat-Obernai. Une telle zone existe ailleurs dans la région, celle de Wasselone-Saverne. Le but est de préparer la redéfinition des Territoires de santé par un basculement d'Obernai dans le Territoire n°3 ».

En restructurant l'offre de soins, la coopération participe donc également à l'aménagement du territoire en interdépendance avec les autres politiques territoriales, notamment dans le domaine des transports.

Les questions de l'offre de soins et de l'aménagement du territoire se rejoignent autour de la problématique née du rapprochement nécessaire de deux exigences d'apparence contradictoire : d'une part la question de la qualité des soins, d'autre part celle de la proximité des soins. Pour V. Juvet-Ordonez cette problématique se traduit par une relation triangulaire des acteurs en présence : « Les populations et leurs élus locaux revendiquent une proximité maximale des soins, l'administration pousse à la concentration géographique dominée par les dogmes de la maîtrise des coûts et de l'efficacité, les professionnels défendent la qualité des services rendus »⁶⁸.

Comment rassembler ces différents acteurs ?

Pour Jean-Louis Guigou, délégué à l'Aménagement du territoire et à l'action régionale, « c'est autour de la notion de projet que se recomposent « naturellement » les territoires »⁶⁹. Les porteurs de projets à l'échelon d'un territoire sont multiples : entreprises, élus locaux, Etat, citoyens et associations. L'Etat « repense localement tous les services publics »⁷⁰ et les élus locaux, en s'engageant dans l'intercommunalité, définissent les coopérations futures à l'échelle d'espaces de plus en plus vastes. Ainsi « se dessine progressivement un nouveau paysage institutionnel autour de deux collectivités pivot: la région d'une part, la commune d'autre part »⁷¹.

En matière sanitaire et sociale, l'échelon régional, depuis une dizaine d'années, devient le niveau pivot du système de santé, entre d'une part le niveau national stratégique, et le niveau local (communal ou intercommunal), opérationnel. Cette régionalisation

⁶⁸ D'après V. Juvet-Ordonez. Le SIH Nord Icaunais Sens-Joigny. Bilan, perspectives et enjeux d'une restructuration hospitalière. Mémoire de l'ENSP. Filière Directeurs d'hôpital. Promotion 2002-2004.

⁶⁹ D'après Jean-Louis Guigou. La recomposition des territoires (pour assurer la cohésion territoriale). Gestions Hospitalières. Juin/juillet 2002

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid.

enclenchée par les « ordonnances Juppé » d'avril 1996⁷² a encore été accentuée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui fait du niveau régional le niveau d'animation en santé publique à travers l'élaboration du « plan régional de santé publique » (PRSP), dont la mise en oeuvre est confiée à un Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)⁷³.

⁷² Notamment l'Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁷³ Sur la loi du 9 août 2004 voir Brignon J. Petit précis de santé publique. Ed Lamarre, 2007 : 37-41

2. La démarche stratégique⁷⁴

Cette démarche s'inspire du modèle LCAG⁷⁵ qui est un modèle environnemental. Il s'agit « d'effectuer un diagnostic interne et externe de l'organisation en scrutant les forces et les faiblesses de l'établissement, les menaces qui pèsent sur lui et les opportunités qu'il peut saisir. La synthèse de cet examen devra amener les dirigeants, compte tenu de leurs valeurs et de leurs buts, à prendre des décisions appropriées et à les mettre en œuvre, puis à contrôler leur efficacité et leur efficience »⁷⁶.

2.1. Rappel des missions et valeurs du groupe hospitalier :

Dans le cadre des missions incombant au service public hospitalier et telles que définies dans la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière⁷⁷, le groupe hospitalier en cours de constitution affirme un certain nombre de valeurs sur lesquelles s'appuient ses différentes orientations stratégiques.

Dans son introduction du projet d'établissement, le directeur des Centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai et de l'Hôpital intercommunal du Val d'Argent rappelle que le service public hospitalier « doit rechercher des voies de conciliation entre la réponse adaptée et sécurisée aux besoins des patients, l'acceptabilité économique et les préoccupations d'aménagement du territoire »⁷⁸.

Ce projet d'établissement est construit autour des axes institutionnels suivants:

- assurer des réponses de proximité à des patients de plus en plus acteurs de leur démarche de santé
- développer l'efficacité des prestations et assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge
- simplifier et alléger les processus décisionnels et associer les médecins au pilotage de l'établissement ; mettre en œuvre et faire vivre avec souplesse la Nouvelle gouvernance
- attirer et fidéliser les meilleurs professionnels ; rendre l'établissement attractif

⁷⁴ Méthodologie inspirée du cours de D. Lacroix et M. Louazel « Introduction à l'analyse stratégique », ENSP, février 2008

⁷⁵ D'après le nom de ses auteurs: Learned E. P., Christensen C. R., Andrews K. R. et Guth W. D. Ce modèle repose sur l'analyse des forces et des faiblesses de l'entreprise, sur l'analyse des opportunités et des menaces de l'environnement et sur la prise en compte des systèmes de valeurs des principaux acteurs.

⁷⁶ D'après D. Phanel. La stratégie hospitalière existe-t-elle ? Gestions Hospitalières. Octobre 1998

⁷⁷ Art 2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁷⁸ Extrait du Projet interactif de Communauté d'établissements 2007 - 2011

- pour le corps médical
- être à l'écoute de sa clientèle et des associations
- assumer la mission de proximité en partenariat et être l'échelon de recours pour les hôpitaux locaux
- créer des instances communes (en ciblant certaines sous-commissions de la CME)
- développer le système d'information
- affirmer le rôle de la Communauté d'établissements en matière de santé publique

Ainsi, en rapport avec les différentes contraintes citées plus haut (proximité, qualité et sécurité des soins, aménagement du territoire, démographie médicale, équilibre budgétaire, ...), ce projet d'établissement s'oriente vers une démarche intégrée de prise en charge, au sein des trois établissements tout d'abord, puis en partenariat avec les autres structures du territoire (notamment les hôpitaux locaux).

Cette orientation s'inscrit en droite ligne dans les préconisations du rapport Larcher, notamment ses deux premières propositions :

- « Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge »⁷⁹ : il est notamment question de redéployer l'offre vers le moyen séjour et le médico-social, d'assurer la continuité du parcours de soins et de confier à la future Agence Régionale de Santé une mission d'organisation globale
- « Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût »⁸⁰ : le développement de complémentarités entre hôpitaux publics passera par la création de communautés hospitalières de territoire, à l'aide de projets médicaux communs

Le rapprochement des Centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai a d'une certaine manière anticipé les préconisations du Rapport Larcher :

- Tout d'abord dans la volonté de s'inscrire dans une offre de soins graduée

⁷⁹ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. Avril 2008

⁸⁰ Ibid.

adaptée aux besoins de la population grâce à une analyse territoriale la plus fine possible (zone de proximité Sélestat-Obernai). Cependant malgré cette volonté d'affiner le diagnostic et donc de répondre « au plus près » aux besoins identifiés, l'appréhension des besoins de la population cible n'est à ce jour qu'imparfaite et constituera à l'avenir un enjeu important pour les établissements de santé d'une manière générale. Comme le souligne Anne TALLEC, Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire : « *S'assurer que l'hôpital soit performant, c'est indispensable, par contre pour (savoir) quelle est la meilleure réponse aux besoins de la population, cette question là me semble encore à rendre opérationnelle* »⁸¹.

- Ensuite, en définissant les partages d'activités possibles entre les trois établissements, à partir de l'analyse des données d'attractivité au sein de leur bassin de vie. La pertinence économique de ces choix doit ensuite être étudiée au cas par cas. Enfin, le domaine de prise en charge aura aussi une influence dans les recompositions d'activité: « En matière de chirurgie notamment, il importe de prioriser clairement les objectifs : la sécurité du patient prime sur la proximité »⁸².

2.2. Le diagnostic :

2.2.1. Le diagnostic externe :

Le diagnostic externe consiste, à partir du contexte territorial, de ses différentes contraintes et de la position des établissements, à réaliser une étude des menaces qui pèsent sur ces établissements ainsi que des opportunités qui peuvent être saisies.

Ce diagnostic s'organise autour de trois champs :

- **La demande** : elle est fonction des profils démographique et épidémiologique de la zone de proximité du groupe hospitalier. Ainsi la population de ce territoire est plutôt dense, elle est en augmentation et vieillit, notamment en ce qui concerne le bassin de vie de Ste Marie-aux-Mines, tandis que le nombre de femmes en âge de procréer est en diminution. La demande devrait croître

⁸¹ Extrait d'une intervention aux journées de la santé publique. 14, 15 et 16 décembre 2005. ENSP, Rennes

fortement en chirurgie et en médecine avec un besoin aigu en matière de prévention des maladies cardio-vasculaires, et diminuer en obstétrique.

- **L'offre** : elle est globalement consistante et diversifiée sur la zone de proximité, avec cependant une saturation des structures d'aval (SSR, EHPAD et USLD). La proximité de deux centres hospitaliers de grande taille (Strasbourg et Colmar) expliquent en partie les taux de fuite relativement importants
- **L'intensité concurrentielle et la stratégie des concurrents** : la concurrence est faible en ce qui concerne l'offre de soins privée (présence d'une clinique à Schirmeck) ; une concurrence est néanmoins présente, entre structures publiques, par la redondance de l'offre sur un même territoire. Ce phénomène doit naturellement engendrer une recomposition de l'offre hospitalière par le développement de stratégies de groupe. Ces stratégies sont à envisager « en cascade », c'est-à-dire d'une part au sein du groupe hospitalier Sélestat-Obernai-Ste Marie-aux-Mines, d'autre part avec les autres établissements du territoire, et en premier lieu l'hôpital de référence.

Les menaces

Une **menace** peut être définie comme étant un « problème posé par une tendance défavorable ou une perturbation particulière de l'environnement qui, en l'absence de réponse marketing appropriée, conduirait à la stagnation et à la disparition de l'entreprise, du produit ou de la marque »⁸³. En adaptant cette définition au contexte hospitalier, on peut dire qu'une menace se traduit par un phénomène, extrinsèque ou intrinsèque à la structure, et qui représente un risque de nature diverse (risque budgétaire, risque pour la sécurité sanitaire, ...).

Concernant le territoire de proximité Sélestat-Obernai-Ste Marie-aux-Mines, la menace qui pèse sur le groupe hospitalier en constitution est double:

- d'une part externe, du fait de la proximité des centres hospitaliers de Colmar et de Strasbourg dans un environnement bien desservi en infrastructures de transport (notamment routières), engendrant une fuite des patients

⁸² Extrait du Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher. Avril 2008

⁸³ D'après le cours de L. Tardif, « Stratégie et analyse stratégique », ENSP, février 2007

- d'autre part interne, en lien avec la nature et le partage des activités au sein du groupe. Le Centre hospitalier d'Obernai est un petit établissement de proximité pour lequel le maintien des activités chirurgicales représente une menace. Tout d'abord par la vétusté du bloc opératoire et sa nécessaire mise en conformité, ensuite par son niveau d'activité relativement faible, avec des répercussions probables sur la qualité de la prise en charge et des conséquences certaines sur son efficience (activité déficitaire). Il paraît logique de transférer cette activité sur le site de Sélestat qui peut offrir une réponse adaptée à une distance et dans un temps de transport raisonnables. Il restera cependant à considérer le besoin de la population en matière de chirurgie ORL, non satisfait au niveau du Centre hospitalier de Sélestat.
- D'un point de vue budgétaire, avec un CRPP en déficit de 2,92 % en 2007 (voir introduction), le Centre hospitalier d'Obernai est dans une situation délicate. La situation financière du Centre hospitalier d'Obernai représente donc une menace pour cet établissement.

La présence d'une ou de plusieurs menaces peut rendre un établissement vulnérable.

Pour la Fédération Hospitalière de France, un établissement est dit vulnérable lorsque son nombre d'interventions chirurgicales et son nombre d'accouchements se situent dans les fourchettes basses. En effet, « dans le contexte de la T2A, avoir des activités inférieures à certains seuils signifie qu'il faudra mettre en œuvre des stratégies d'alliances »⁸⁴.

Ces seuils « correspondent à des seuils de compétitivité et d'organisation 'optimisable' »⁸⁵. Il s'agit, pour la chirurgie, de 4 000 interventions par an, chirurgie ambulatoire incluse, et pour l'obstétrique de 1 000 accouchements par an.

Ces seuils correspondent à un volume d'activité censé permettre l'amortissement d'un plateau technique de 5 salles d'opération à 800 interventions chacune.

Le taux de vulnérabilité pour les activités de chirurgie et/ou d'obstétrique s'élève à 52 % pour la France, et à 44 % pour l'Alsace (58 % pour le public et 33 % pour le privé)⁸⁶.

Le CH de Sélestat, avec environ 900 accouchements par an, est un établissement vulnérable pour cette activité d'obstétrique.

⁸⁴ D'après l'Atlas hospitalier et médico-social de la FHF, 2008

⁸⁵ Ibid

⁸⁶ Ibid

Les menaces qui pèsent sur le groupe hospitalier sont notamment de trois ordres :

- **le périmètre d'activités** fait état de redondances entre les CH de Sélestat et d'Obernai en ce qui concerne la chirurgie générale et gynécologique
- **l'attractivité** des établissements sur les patients est relativement faible du fait de la concurrence exercée par les CH de Colmar et de Strasbourg
- **la situation financière du CH d'Obernai** représente une menace pour cet établissement, accentuée par le passage à la T2A à 100 %

Les opportunités

Une **opportunité** est un « domaine d'action dans lequel l'entreprise peut espérer jouir d'un avantage différentiel »⁸⁷.

En réponse à une ou plusieurs vulnérabilités constatées le groupe hospitalier se doit de saisir un certain nombre d'opportunités.

La première semble être, de toute évidence, l'ouverture de lits SSR. En effet, l'alternative au secteur MCO semble être de nos jours le meilleur moyen de garantir la pérennité d'un hôpital.

Le secteur médico-social (notamment EHPAD, hôpitaux de jour, SSAD⁸⁸, accueil d'adultes handicapés) représente aussi un marché porteur que le secteur public ne doit pas laisser échapper complètement.

Ensuite viennent les alternatives à l'hospitalisation complète, telles la chirurgie ambulatoire, l'HAD⁸⁹ et les filières de soins (prévention, éducation pour la santé, addictions, ...).

En effet, « les opportunités sont souvent à saisir dans le cadre de démarches coordonnées entre plusieurs établissements publics, sanitaires et médico-sociaux »⁹⁰.

« Nous devons accepter qu'il n'y ait pas de tout partout, car tout n'est pas possible partout »⁹¹. Cette expression empruntée à l'atelier santé de l'Institut des hautes études de développement et d'aménagement des territoires européens (Ihedeate) reflète la nécessaire restructuration des petits hôpitaux de proximité « allant dans le sens d'une sécurité et d'une qualité accrue pour tous »⁹². L'Ihedeate souligne la nécessité de mettre

⁸⁷ D'après le cours de L. Tardif, « Stratégie et analyse stratégique », ENSP, février 2007

⁸⁸ SSAD : Service de Soins à Domicile

⁸⁹ HAD : Hospitalisation à Domicile

⁹⁰ D'après l'Atlas hospitalier et médico-social de la FHF, 2008

⁹¹ D'après E. Vigneron, B. Péricard et al. « Les territoires au chevet de la santé : Propositions de l'atelier santé 2006 de l'Ihedeate ». Gestions hospitalières, Novembre 2006

⁹² Ibid

en place des activités de substitution telles les consultations avancées ou le SSR. C'est à cette condition que le service médical rendu à la population pourra être augmenté, car correspondant à des besoins nouveaux. Pour autant le maillage territorial de l'ensemble de la gamme des activités MCO doit être préservé car « il est établi que la distance aux soins est inversement liée dans notre pays au recours aux soins et au retard de soins du fait du découragement qu'elle crée »⁹³, en fixant le périmètre à environ 45 minutes de transport.

Les opportunités que le groupe hospitalier doit saisir se regroupent autour de trois thématiques :

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES AU SEIN DU TERRITOIRE (à domicile, en phase d'hospitalisation ou en aval)

- **avec la mise en place d'une filière gériatrique effective** et la création des chaînons manquants (SSR sur Sélestat et Obernai, EMG, court séjour gériatrique, ...)

LE NECESSAIRE DEVELOPPEMENT D'ACTIONS DE PREVENTION

- à travers la **création d'une plate forme intégrée de prévention** offrant une panoplie de services sur différentes thématiques : addictions (CSAPA⁹⁴), maladies cardio-vasculaires (RCPO), autres

- à travers **un partenariat à développer avec la médecine de ville** (RCPO à développer, Maison médicale de garde à créer, ...)

UNE COOPERATION A DEVELOPPER DANS TOUS LES DOMAINES AVEC LES HOPITAUX CIVILS DE COLMAR

- **pour faire face aux difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales** (radiologie : développer la télétransmission des images ; pédiatrie : partage de temps médical ; chirurgie : ouvrir des plages opératoires pour les praticiens de Colmar avec un système de consultations avancées sur Sélestat)

- **pour préparer le changement de paradigme** faisant passer les décideurs hospitaliers d'une gestion d'un établissement à une action coordonnée sur un territoire

⁹³ Ibid

⁹⁴ CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

2.2.2. Le diagnostic interne :

Le diagnostic interne consiste, à partir de la description du partage des activités des établissements et de l'organisation interne du groupe, à dégager les forces et faiblesses du groupe hospitalier. La position des différents acteurs telle que présentée dans le chapitre « Résultats » participe également au diagnostic interne.

Forces :

La principale force de ce groupe hospitalier réside dans la dynamique de rapprochement, constituée de manière progressive et par étapes : mise en place d'une équipe de direction commune, élaboration d'un projet d'établissement commun, mise en œuvre de ce projet d'établissement (création de fédérations médicales inter-hospitalières, mise en synergie des systèmes d'information, redéploiement d'activités, création d'une filière gériatrique, ...). La volonté de la tutelle telle qu'exprimée à travers le SROS est sans équivoque sur la nécessité de poursuivre ce rapprochement. La traduction concrète de cette volonté se manifeste à travers la validation du projet d'établissement et la signature des CPOM.

La position des acteurs, notamment l'équipe de direction, la majorité des acteurs de terrain et les présidents de CA des CH de Sélestat et d'Obernai, favorables à la poursuite du rapprochement, est également une force.

Les centres hospitaliers de Sélestat et Colmar coopèrent depuis plusieurs années sur des thématiques ciblées qui seront évoquées lors de réunions communes à programmer (un premier « Conseil exécutif commun » a eu lieu au mois de juin 2008). La collaboration entre les deux structures concerne notamment l'intervention de diverses équipes mobiles (soins palliatifs, plaies et cicatrisation, ...), la mise à disposition de praticiens en vue de réaliser des consultations avancées, ou encore la prise en charge spécialisée de certaines pathologies (infarctus du myocarde par exemple). Cette coopération entre l'hôpital de Sélestat et son établissement de référence sera renforcée à l'avenir, comme le prévoit le SROS dans différents domaines (par exemple la révision du SROS Biologie de juillet 2008 prévoit la création d'un pôle de biologie commun).

Les forces principales de ce groupe hospitalier sont les suivantes :

- **Un projet d'établissement commun** validé par les instances des trois structures et approuvé par l'ARH ; ce projet d'établissement, objet d'un large consensus, fixe la « feuille de route » du rapprochement
- **Une dynamique de rapprochement en marche** (création de FMI, formalisation d'une filière gériatrique, ...) et marquée par la volonté de la plupart des acteurs d'aller plus en avant dans ce rapprochement
- **L'existence de liens historiques entre les centres hospitaliers de Sélestat et Colmar** sous la forme de multiples conventions, avec pour ambition d'accentuer les coopérations entre les deux établissements

Faiblesses :

Si des forces sont apparues à l'issue du diagnostic, certaines faiblesses sont présentes et fragilisent le groupe hospitalier.

Ces faiblesses sont principalement de trois ordres :

Concernant l'orientation des établissements :

- position ambivalente de l'HIVA qui fait partie du groupe hospitalier tout en conservant une certaine autonomie, notamment comparativement à Obernai
- position ambivalente du Centre hospitalier de Sélestat qui est un établissement de proximité tout en ayant un plateau technique largement doté

Concernant les moyens mis en œuvre :

- manque de certaines ressources (compétences, staff) sur les sites périphériques (Obernai et HIVA), ce qui pénalise la mise en place de transversalités (besoin d'avoir un relais opérationnel suffisamment fort sur chacun des sites) ; a contrario ce manque de ressources est propice à une

réflexion globale sur la mutualisation de moyens

Concernant les pratiques des acteurs :

- mutualisations trop peu nombreuses (plan de formation commun à créer, ...), synergies à développer (protocoles communs, politique qualité, ...)
- manque de communication en interne et entre les sites
- prise de conscience imparfaite de la nécessité d'un partage des activités, malgré la volonté de rapprochement : les enjeux du rapprochement n'apparaissent pas de manière uniforme chez tous les acteurs interrogés
- réticence probable d'une partie du corps médical, ne percevant pas toujours l'intérêt du rapprochement
- dysfonctionnements au sein de l'équipe de direction commune, avec :
 - une nécessité de clarification des rôles et responsabilités de chacun
 - le besoin de travailler réellement en équipe (partage nécessaire d'informations préalablement à une prise de décision commune, notamment dans le domaine financier et du système d'information)
- interculturalité professionnelle insuffisante, pouvant aboutir à des a priori sur les pratiques des acteurs des autres sites

Les faiblesses constatées s'expriment à travers trois domaines :

- **L'orientation des établissements** : place de l'HIVA au sein du groupe hospitalier non clarifiée, repositionnement en cours des centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai
- **Les moyens** : le manque de certaines ressources sur les sites périphériques fragilise l'ensemble du groupe hospitalier et pénalise la dynamique de rapprochement
- **Les pratiques** : la prise de conscience de la nécessité du rapprochement ne s'est pas faite de façon homogène ; une hétérogénéité des pratiques entrave la mise en place de synergies ; un déficit de communication entre les sites pénalise le rapprochement; les rôles et responsabilités des cadres de direction ne sont pas clairs et l'esprit d'équipe fait défaut

2.3. Analyse stratégique^{95 96}

Cette analyse consiste à identifier les variables internes et externes qui ont une influence sur la poursuite du rapprochement des trois établissements, ainsi que les différents liens qui unissent ces variables.

L'analyse, enrichie d'éléments d'incertitude (invariants, tendances lourdes et germes), doit déboucher sur différents scénarii possibles de poursuite du rapprochement des trois établissements.

Les éléments du diagnostic externe (menaces et opportunités) et du diagnostic interne (forces et faiblesses, position des acteurs), permettent d'étayer ces différents scénarii.

2.3.1. Analyse des variables :

Les variables internes identifiées sont les suivantes :

- la démographie médicale de chaque établissement (**A**)
- l'attractivité des établissements pour la patientèle (**B**)
- l'implication des médecins hospitaliers dans les coopérations (**C**)
- la situation financière de chacun des établissements (**D**)
- la position des partenaires sociaux (**E**)

Les variables externes identifiées sont les suivantes :

- le SROS III Alsace (**1**)
- les orientations nationales concernant la restructuration de l'offre de soins (**2**)
- l'implication des élus locaux dans le rapprochement (**3**)
- la position de la médecine libérale (**4**)
- le mode d'allocation des ressources (T2A) (**5**)

Les variables sont pondérées de la manière suivante (tableau récapitulatif ci-après) :

- 1 = influence faible (de la variable en ligne sur la variable en colonne)

⁹⁵ D'après le cours de D. Lacroix « Introduction à la prospective et à la méthode des scénarios », février 2008

⁹⁶ Voir également M. Godet. Manuel de prospective stratégique. Dunod, 2^e édition, 2001

- 2 = influence moyenne (idem)
- 3 = influence forte (idem)

Tableau récapitulatif⁹⁷

	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	Total
A	0	3	3	2	1	2	2	0	1	0	14
B	3	0	2	3	1	1	1	1	1	0	13
C	2	2	0	3	2	1	1	1	2	0	14
D	1	0	1	0	2	1	1	2	0	0	6
E	0	1	2	1	0	1	0	1	0	0	6
1	1	1	2	2	1	0	1	2	1	0	11
2	1	0	2	2	2	3	0	2	1	1	14
3	2	2	1	2	1	1	2	0	3	0	14
4	2	3	1	2	0	2	1	1	0	0	12
5	2	1	1	3	2	1	1	1	0	0	12
Total	14	13	15	20	13	13	10	11	9	1	

Le **degré de motricité** (lecture en ligne) établit le degré d'influence de la variable sur les autres variables.

Les variables les plus influentes sont la **démographie médicale de chaque établissement, l'implication des élus locaux et des médecins hospitaliers dans le rapprochement ainsi que les orientations nationales concernant la restructuration de l'offre de soins.**

Les variables les moins influentes sont **la situation financière de chacun des établissements ainsi que la position des partenaires sociaux.**

Le **degré de dépendance** (lecture en colonne) établit le degré d'influence subie de la variable par rapport aux autres variables.

La variable la plus dépendante (ou influencée par les autres variables) **est la situation financière de chacun des établissements.**

⁹⁷ Exemple de lecture : la démographie médicale de chaque établissement (A) a une influence forte sur l'attractivité pour la patientèle (B) ; la situation financière de chacun des établissements (D) n'a pas d'influence sur la position de la médicale libérale (4)

La variable la moins dépendante est **le mode d'allocation des ressources (T2A)**.

Les variables clefs concernant la problématique du rapprochement des trois structures sont donc la démographie médicale de chaque établissement, l'implication des élus locaux et des médecins hospitaliers dans le rapprochement ainsi que les orientations nationales concernant restructuration de l'offre de soins et la situation financière de chacun des établissements. Cette dernière variable apparaît comme étant peu motrice mais très dépendante : elle agit donc peu sur le système mais subit grandement le poids des autres variables.

Il en ressort que l'avenir du Groupe hospitalier Sélestat – Obernai - Sainte Marie-aux-Mines est donc fortement conditionné par l'implication des acteurs clefs, médicaux et politiques, à côté des cadres de direction.

L'implication des médecins dans la coopération et l'attractivité des établissements pour la patientèle conditionnent grandement la situation financière des établissements, dont deux sur trois sont sous le régime de la T2A à 100 % (les Centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai).

2.3.2. Eléments d'incertitude :

Les invariants :

- les missions de service public des établissements publics de santé du territoire
- l'attractivité de l'hôpital de référence (Colmar) et de l'hôpital de recours (Strasbourg)

Les tendances lourdes :

- le renforcement de la réglementation en matière de sécurité pour les activités de chirurgie et d'obstétrique
- la démographie médicale et les difficultés de recrutement des médecins
- la volonté de rentabiliser les structures en jouant sur différents facteurs (activité, durées moyennes de séjours, rapports coûts/bénéfices,

rationalisation des moyens, mutualisations)

Les germes :

- la restructuration de l'offre de soins sous la forme de communautés hospitalières de territoire

2.3.3. Scénarii :

Les trois scénarii envisagés convergent tous vers un renforcement du rapprochement des trois établissements, mais à des degrés divers.

Ainsi l'éventuelle possibilité d'une scission aboutissant à une autonomie accrue de l'un des établissements, ou des établissements les uns par rapport aux autres, n'est pas envisagée.

Les scénarii sont donc bien en phase avec les objectifs de la planification régionale tels que posés dans le SROS, et en accord avec la politique nationale de santé telle que préfigurée par l'avant projet de loi « Patients, santé, territoires »⁹⁸.

Scénario tendanciel (démarche exploratoire vers la situation la plus probable étant donné les conditions actuelles) :

Fermeture de la chirurgie au Centre Hospitalier d'Obernai à court terme avec transfert de l'activité chirurgicale sur Sélestat et poursuite du rapprochement sous la forme de fédérations médicales inter-hospitalières.

Ce scénario est justifié par les motifs suivants :

- il ne reste qu'un seul anesthésiste au Centre hospitalier d'Obernai
- le bloc opératoire ne répond plus aux normes de sécurité et d'hygiène
- l'un des chirurgiens digestifs pratiquant des interventions à Obernai est parti à la retraite au deuxième semestre 2008
- un certain nombre de chirurgiens se sont désengagés progressivement, suite à la fermeture de la maternité. L'activité globale du bloc opératoire a de ce fait fortement chuté après le 1^{er} septembre 2008.

⁹⁸ Ce projet de loi est notamment construit sur la base des différents rapports sur les missions de l'hôpital, les inégalités territoriales et les agences régionales de santé.

- du côté du Centre hospitalier de Sélestat, l'occupation des salles d'opération est à optimiser et le taux d'occupation en chirurgie est relativement bas.

Le problème de la chirurgie ORL reste entier avec la nécessité de renforcer la coopération avec Colmar pour développer cette activité sur Sélestat, notamment en ambulatoire. C'est un véritable créneau à saisir pour Sélestat car « seul le CH d'Obernai dispose d'une offre consistante en matière d'ORL pour le secteur de proximité »⁹⁹.

Ce scénario tendanciel vise donc le développement de la chirurgie ambulatoire au Centre hospitalier de Sélestat avec maintien de la chirurgie traditionnelle et oriente les trois établissements vers un renforcement progressif de leurs complémentarités.

La quasi-absence de structures hospitalières MCO privées sur le bassin de vie des 3 établissements devrait inciter le groupe hospitalier à renforcer la stratégie « hôpital public ». La Fédération Hospitalière de France (FHF) définit cette stratégie comme étant une réorganisation combinée de l'offre entre établissements publics.

Tout en garantissant la qualité des soins et en espérant un gain d'efficience, cette stratégie doit permettre de pérenniser les missions du service public hospitalier par un partage d'activités et une mutualisation des moyens. Par exemple, le regroupement de la maternité d'Obernai sur le site de Sélestat devrait permettre à cet établissement de dépasser le seuil des 1 000 accouchements par an et donc de consolider son activité.

Ainsi, la Communauté en cours de constitution est bel et bien une stratégie « hôpital public ». Il faut donc la poursuivre et l'étendre, en contextualisant les différents niveaux de prise en charge.

Cela signifie qu'en plus de l'« affiliation » du centre hospitalier d'Obernai au centre hospitalier de Sélestat, il faut considérer également le rapprochement de l'hôpital de Sélestat avec celui de Colmar, hôpital de référence.

La place de ce dernier doit aussi être considérée au regard de la position du CH de Mulhouse situé à 40 kilomètres et du CHU de Strasbourg, situé à 70 kilomètres.

La stratégie « hôpital public » telle que présentée par la FHF doit donc s'appréhender en « cascade », et non isolément sur un territoire de proximité.

André Aoun, directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Alsace rappelle d'ailleurs que « le principe de chaînage de l'offre de soins fonde la configuration de

⁹⁹ Source : Projet interactif de Communauté d'établissements 2007-2011

l'hôpital de proximité en lui-même et le parti pris de son interconnexion avec un centre hospitalier qui lui est référent, en rendant ces deux dimensions indissociables »¹⁰⁰.

Le principe de l' « affiliation » est né d'ailleurs du SROS III Alsace en ces termes : « Une démarche réfléchie de coordination et de coopération comportant, selon le cas, la mutualisation des moyens, organisant des relais réciproques, répartissant les rôles entre partenaires, pouvant aller jusqu'à l'affiliation de tout ou partie d'un établissement de santé à un autre établissement qui lui soit référent est le corollaire d'une offre voulue graduée »¹⁰¹.

La taille du Centre hospitalier de Sélestat et son positionnement au sein du territoire constituent en eux-mêmes une menace, car cet établissement est sur-équipé en tant qu'établissement de proximité¹⁰². C'est pourquoi la légitimité du Centre hospitalier de Sélestat ne peut être affirmée qu'en envisageant son rôle en tant qu'hôpital de référence pour les établissements de proximité de taille inférieure à la sienne, présents sur son aire de recrutement. Le maintien voire le renforcement du groupe hospitalier au sein du territoire passera par un renforcement des compétences en interne et une diversification de ses activités avec une forte connotation « prise en charge d'aval » : SSR, filière gériatrique, HAD, ...

Dans ce scénario tendanciel les trois entités juridiques sont maintenues, ce qui, tout en maintenant une certaine paix sociale notamment vis-à-vis des élus locaux, pénalise le fonctionnement quotidien du groupe.

Scénario de rupture (à partir d'un germe) :

Création d'une Communauté hospitalière de territoire (CHT) avec les Hôpitaux Civils de Colmar comme hôpital de référence, en suivant les préconisations du rapport Larcher et de l'avant projet de loi « Portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires ».

Outre la restructuration de l'organisation interne des établissements (mise en place d'un directoire avec à sa tête le chef d'établissement, renforcement du rôle du président de la CME, affirmation du rôle des responsables de pôle avec une large délégation, ...), cet

¹⁰⁰ D'après André Aoun : « Elaboration du projet médical de territoire : l'exemple de l'Alsace », Gestions hospitalières, Décembre 2006

¹⁰¹ Extrait de « Schéma régional d'organisation sanitaire pour la région Alsace 2006/2011 – révision décembre 2007

¹⁰² Voir la définition du niveau de proximité en introduction

avant projet de loi vise à repenser la politique de l'offre de soins sur le territoire (chapitre 3 : « Favoriser les coopérations entre établissements de santé »).

Ce texte prévoit deux types de CHT¹⁰³ :

- **La CHT « tête de réseau » ou fédérative** : l'un des établissements préexistants assure le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, système d'information, ...) : l'établissement siège (en l'occurrence les Hôpitaux Civils de Colmar) définit alors un projet stratégique et médical commun en lien avec les CME des établissements associés et détermine la politique d'investissement. **Il est prévu que les établissements membres restent autonome juridiquement et financièrement.**
- **La CHT intégrée** : les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la CHT intégrée ; ils conservent néanmoins des instances consultatives, à la différence de la fusion simple prévue à l'article L. 6131-1 à L. 6131-3. » Ce type de CHT sera doté d'une direction unique et l'approbation par le DARH de sa convention constitutive **entraîne fusion des établissements concernés.**

Les CHT deviendront certainement à terme la forme privilégiée de coopération entre établissements publics comme le prévoit la partie introductive du chapitre 3 de l'avant projet de loi : « Les communautés hospitalières de territoire, appelées à devenir la forme de droit commun de coopérations entre établissements publics de santé, permettent à plusieurs de ces établissements de mutualiser certaines fonctions support et stratégiques, afin d'améliorer les complémentarités et la réactivité de l'offre au niveau local. »

A l'heure où l'avant projet définitif n'est pas encore arrêté, il paraît hasardeux de développer plus en avant ce scénario. Cependant, la veille juridique sera plus que jamais indispensable afin de pouvoir s'adapter rapidement aux nouvelles orientations nationales.

¹⁰³ Extrait de l'Avant projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires, tel que mis en ligne le 2 septembre

Scénario volontariste :

Poursuite du rapprochement des trois établissements par la Création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) voire fusion des établissements à moyen terme.

A l'heure actuelle il existe trois types de GCS :

- **le GCS « traditionnel » qui permet simplement une mutualisation des moyens des membres du groupement.** Ce GCS peut organiser des interventions communes de professionnels membres ou associés du groupement. Il permet ainsi des interventions inter-établissements des équipes. Il peut en outre gérer des équipements d'intérêt commun (plateaux techniques, services d'imagerie médicale, pharmacies à usage intérieur, ...) et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L.6122-1 du code de la santé publique. Cependant, ce GCS n'exerce pas d'activités de soins. Les professionnels interviennent pour le compte de chacun des membres du groupement. Les dépenses de fonctionnement du GCS sont financées par les contributions des membres. Les patients restent les patients de chacun des membres du groupement.

- **Le GCS « expérimental » à mission de soins.** Ce GCS peut être autorisé par le directeur de l'ARH à exercer les missions d'un établissement de santé. Il peut assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux. C'est donc le GCS qui exerce l'activité considérée, et les professionnels de santé interviennent pour son compte. Ce GCS est financé directement, comme un établissement de santé, par l'assurance maladie. Les patients sont les patients du GCS. Il peut être mis en place jusqu'au 31 décembre 2008 en recourant à l'expérimentation prévue à l'article L. 6133-5 du code de la santé publique. L'arrêté du 16 avril 2007 pris en application de l'article L. 6133-5 du code de la santé publique donne un cadre juridique à ce GCS. Un certain nombre de conditions doivent être réunies, notamment quant à la composition de ce GCS : le groupement candidat à l'expérimentation est composé exclusivement d'un établissement public de santé et d'un établissement de santé privé participant au service public hospitalier. De plus, pour que le futur GCS soit

- **Le GCS de territoire (LFSS 2008).** Il s'agit d'un outil de restructuration du territoire, pouvant être imposé aux établissements publics de santé. Il peut être créé par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette forme de GCS est expliquée dans l'article 66 de la LFSS pour 2008¹⁰⁴ en ces termes : « Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les mesures appropriées pour que des établissements publics de santé d'un ou plusieurs territoires de santé créent un groupement de coopération sanitaire, il fixe les compétences de ces établissements obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat. Lorsque les compétences transférées sont relatives à l'exercice d'une activité de soins mentionnée au second alinéa de l'article L. 6122-1, l'autorisation est transférée au groupement. »

Dans l'hypothèse d'un GCS « employeur » les personnels doivent être détachés auprès du groupement, comme le prévoit le décret n°2008-928 publié au journal officiel du 14 septembre 2008 modifiant le décret n°88-976 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers. Cela nécessite bien entendu l'accord des personnels intéressés, et risque de compliquer fortement la tâche du chef d'établissement en cas de désaccord.

En ce qui concerne la fusion :

Quel que soit, dans ce scénario volontariste, le mode de coopération envisagé (entre les deux types de GCS possibles¹⁰⁵), l'objectif à terme semble devoir être la fusion. En effet, passer par une étape intermédiaire en créant un GCS paraît très risqué étant donné la lourdeur de fonctionnement que cela engendrerait. Les acteurs, et notamment l'équipe de direction, qui aspirent à davantage d'efficacité dans leur exercice professionnel, ne seraient plus forcément partie prenante dans une organisation encore plus complexe.

¹⁰⁴ Loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

Mais « encore faut-il savoir pourquoi on fusionne et le faire savoir »¹⁰⁶. Cette phrase illustre bien la nécessité de faire primer l'objectif sur le moyen, la fusion ne pouvant constituer une fin en soi. Le GERES¹⁰⁷ précise d'ailleurs que « Le choix de la formule dépend d'abord du but recherché, mais aussi de la volonté des acteurs et de leur degré d'accord et d'engagement sur le long terme »¹⁰⁸. Le partage d'objectifs clairs entre les différents acteurs (tutelle, chef d'établissement et équipe de direction, communauté médicale, partenaires sociaux et élus locaux) et leur formalisation par écrit est une étape préalable et nécessaire à toute fusion. Ces objectifs doivent s'appuyer sur une argumentation solide, justifiant la fusion au regard d'une adaptation de l'offre aux besoins de santé, mais aussi au regard d'arguments notamment géographiques, démographiques (effectifs), techniques et logistiques. En ce qui concerne le groupe hospitalier la fusion semble être le moyen le plus sûr de maintenir le Centre hospitalier d'Obernai tout en confortant celui de Sélestat. Il s'agirait donc d'une fusion entre ces deux centres hospitaliers, l'HIVA restant lié à l'établissement public nouvellement créé par des liens plus souples (convention de direction commune, fédération médicale inter-hospitalière), à moins que les acteurs de l'HIVA à terme intègrent les intérêts d'une fusion.

Ainsi la fusion représente la forme ultime de coopération. Bien que le nombre d'entités juridiques se voit automatiquement réduit (ici de trois à deux) la fusion est une transformation et non une suppression. Cette transformation crée de fait un nouvel établissement public de santé.

Pendant le GERES fait remarquer que « Qui dit intégration, dit disparition des entités d'origine et création d'une nouvelle entité. Ce qui induit par ailleurs des notions fortes de deuil et de renaissance. La fusion est donc une transformation importante qui impacte l'ensemble des structures. Elle est d'abord juridique (elle repose sur un acte positif), mais se décline ensuite comme administrative, financière, patrimoniale, logistique et technique, médicale et médico-technique, humaine et sociale. Elle comporte un aspect culturel notable. »¹⁰⁹ La fusion ne peut être réussie sans la naissance d'une culture professionnelle commune déjà évoquée. Cela passe forcément par un effort de communication important, tant en interne (explication du projet d'établissement, lieux d'expression des personnels, journal interne commun, ...), qu'en externe (informations

¹⁰⁵ Le GCS « expérimental » à mission de soins n'est pas possible entre établissements exclusivement publics

¹⁰⁶ D'après D. Phanuel. La stratégie hospitalière existe-t-elle ? Gestions Hospitalières. Octobre 1998

¹⁰⁷ GERES : Groupe d'Etude et de recherche sur les Regroupements et fusions d'Etablissements publics de Santé

¹⁰⁸ D'après le rapport du GERES « Rapport du Groupe d'Etude et de recherche sur les fusions et Regroupements d'Etablissements publics de Santé », FHF, mars 2002

auprès des acteurs de santé libéraux, médiatisation autour d'une nouvelle entité fédératrice : nom, logo, ...).

C'est le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui prononce la fusion, comme le précise l'article L. 6122-15 du code de la santé publique:

« 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, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé :

1° De conclure une convention de coopération ;

2° De créer un groupement de coopération sanitaire, un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ;

3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés. »

Le GERES rappelle :

- les étapes obligatoires à toute fusion, notamment les consultations diverses et délibérations d'instances (CA, CME, CTE, ...), les avis des collectivités locales de rattachement et le passage en CROSS.
- les deux passages obligés : un acte juridique fondateur, c'est la fusion administrative, ainsi que la réalisation d'un projet médical/projet d'établissement, déclinant la fusion fonctionnelle. Cette dernière existe déjà de fait entre les établissements du groupe hospitalier par la réalisation d'un projet d'établissement commun

En ce qui concerne le groupe hospitalier, certains obstacles classiques sont écartés d'emblée. Il s'agit notamment de la question de la nomination du directeur du nouvel établissement public, le groupe hospitalier fonctionnant déjà sous une direction commune. D'autres obstacles restent patents, comme la question du partage du patrimoine, ou la composition des nouvelles instances (notamment le Conseil d'administration).

¹⁰⁹ Ibid.

CONCLUSION

« La stratégie commence, en quelque sorte, par s'interroger sur ce que nous sommes et ce que nous voulons être, compte tenu de ce que nous savons et pouvons faire et de ce que l'environnement souhaite que nous fassions »¹¹⁰.

Or le rapprochement des Centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai et de l'Hôpital Intercommunal du Val d'Argent s'est fait de façon progressive, même si une accélération s'est opérée depuis deux ans et demi. C'est pourquoi il paraît nécessaire de prendre du recul afin de réaliser un bilan de l'existant et de décider ensemble (acteurs internes et externes) de l'orientation à suivre. Le cadre général reste bien entendu posé par la tutelle à travers les préconisations du SROS III et de ses révisions.

Mais cette concertation, selon un mode opératoire à inventer, nécessite au préalable un projet partagé comme le souligne D. Phanuel : « La stratégie ne peut exister sans un réel projet partagé par les différents partenaires de l'hôpital »¹¹¹.

Le projet d'établissement commun aux trois structures et validé par l'ARH présente certes des axes fédérateurs forts (filiale gériatrique, constitution de fédérations médicales inter-hospitalières, prévention et promotion de la santé, harmonisation des systèmes d'information, développement d'une politique qualité commune, ...). Il reste donc à décliner en objectifs opérationnels l'ensemble de ces grandes orientations. Cela ne sera possible qu'à partir du moment où des valeurs communes seront identifiées. Les intérêts propres à chacun des établissements, encore trop divergents, ne permettent pas à l'heure actuelle de parler de véritable communauté d'établissements. En effet, le passage d'un groupe ou collectivité à une communauté nécessite le partage de valeurs communes et fédératrices autour d'un objectif commun.

Des efforts particuliers de communication devront être menés pour arriver progressivement à fédérer l'ensemble des acteurs internes et externes en vue d'aller plus en avant dans le regroupement. La fusion des Centres hospitaliers de Sélestat et d'Obernai semble devoir être l'objectif à terme, voire la fusion des trois établissements étant donné la position progressivement favorable des acteurs de Sainte Marie-aux-

¹¹⁰ D'après D. Phanuel. La stratégie hospitalière existe-t-elle ? Gestions Hospitalières. Octobre 1998

¹¹¹ Ibid.

Mines. Parmi les trois scénarii proposés, c'est donc le plus ambitieux qui semble devoir être choisi, à la condition que les différents protagonistes en présence en soient convaincus. Or l'obstacle patent au changement n'est pas tant technique ou juridique, il est humain. La résistance au changement semble réelle mais pour autant elle n'est pas insurmontable. C'est la volonté politique tout d'abord, puis la prise de conscience des différents acteurs dans un contexte devenu favorable (la tarification à l'activité est certainement le principal levier de la recomposition hospitalière), qui permettront de faire émerger la fusion comme une évidence.

L'avenir du groupe hospitalier sera fortement conditionné par l'évolution de la législation. La prochaine loi portant réforme hospitalière sera donc déterminante dans la recomposition de l'offre de soins sur le territoire à travers notamment des liens plus formels avec les Hôpitaux Civils de Colmar. Un partage nouveau des activités au sein du territoire entre les différents établissements devra être garant d'une gradation plus cohérente de l'offre de soins, corrélativement à l'accueil de nouvelles activités comme le SSR. Le maintien des hôpitaux de proximité dépend de leur capacité à s'adapter à des besoins de santé nouveaux, en lien avec le profil épidémiologique d'une population vieillissante. Les prises en charge d'aval tout comme la prévention et le traitement des maladies chroniques constituent l'avenir de ces structures, tout en assurant une réponse de proximité en matière d'accueil inopiné de patients, de consultations avancées et d'activités spécifiques (périnatalité, aide psychologique, éducation thérapeutique). Ces activités de proximité devront être mises en place avec les partenaires extérieurs de l'hôpital, en particulier les médecins traitants, et selon un mode de financement spécifique¹¹².

Le métier de directeur d'hôpital, en passant de l'administration d'un établissement à la définition et la mise en œuvre d'une réponse adaptée à des besoins de santé au sein d'un territoire, sera de plus en plus tourné vers l'extérieur, comportera une dimension stratégique de plus en plus forte et s'inscrira de ce fait pleinement, nous l'espérons, dans le champ de la santé publique.

¹¹² Exemple de l'éducation thérapeutique, financée par une enveloppe « Mission d'intérêt général » comme le rappelle la circulaire N°DHOS/E2/F/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008

Bibliographie

Ouvrages et articles

Aoun A. Elaboration du projet médical de territoire : l'exemple de l'Alsace. Gestions hospitalières, Décembre 2006

Atlas hospitalier et médico-social de la FHF. Plan d'action pour développer le service public. Fédération Hospitalière de France, 2008

Brignon J. Petit précis de santé publique. Lamarre, 2007

Cueille S. Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics. Revue Hospitalière de France, n°6, Novembre-Décembre 2000

Fantino B, Ropert G. Le système de santé en France. Diagnostic et propositions. Paris : Dunod, 2008

Godet M. Manuel de prospective stratégique. Dunod, 2^e édition, 2001

Guigou J-L. La recomposition des territoires (pour assurer la cohésion territoriale). Gestions Hospitalières, Juin/juillet 2002

Kerleau M. L'hôpital et ses partenaires : nouvelles formes de coopération. Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, vol 4, n° 2

Phanuel D. La stratégie hospitalière existe-t-elle ? Gestions Hospitalières, Octobre 1998

Pomey M-P, Poullier J-P, Lejeune B. Santé Publique. Paris : Ellipses, 2000

Vigneron E, Péricard B. et al. Les territoires au chevet de la santé : Propositions de l'atelier santé 2006 de l'Ihedeate. Gestions hospitalières, Novembre 2006

Mémoires

Lusset A. Le projet de GCS « Dialyse Haute-Savoie nord : un exemple de coopération stratégique ». Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Directeur d'hôpital, Promotion 2006

Jouvet-Ordonez V. Le SIH Nord Icaunais Sens-Joigny. Bilan, perspectives et enjeux d'une restructuration hospitalière. Mémoire de l'ENSP. Filière Directeurs d'hôpital, Promotion 2002-2004.

Petit L. Les risques de la multi-coopération. Mémoire de l'ENSP. Filière Directeur d'établissement sanitaire et social, Promotion 2004.

Cours

Baumann M. Fascicule de Méthodologie cours + exposés – Maîtrise de Sciences Sanitaires et Sociales. Ecole de Santé Publique de Nancy, 2003-2004

Lacroix D. Introduction à la prospective et à la méthode des scénarios. ENSP, Février 2008

Lacroix D. et Louazel M. Introduction à l'analyse stratégique. ENSP, Février 2008

Tardif L. Stratégie et analyse stratégique. ENSP, Février 2007

Références législatives et réglementaires

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Avant projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires, version du 2 septembre 2008

Sites internet

Union Régional des Caisses d'Assurance Maladie Alsace : www.alsace.assurance-maladie.fr

Observatoire régional de la Santé d'Alsace : www.orsal.org

ARH Alsace : www.parhtage.sante.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Cartes des territoires de santé et de positionnement des établissements

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

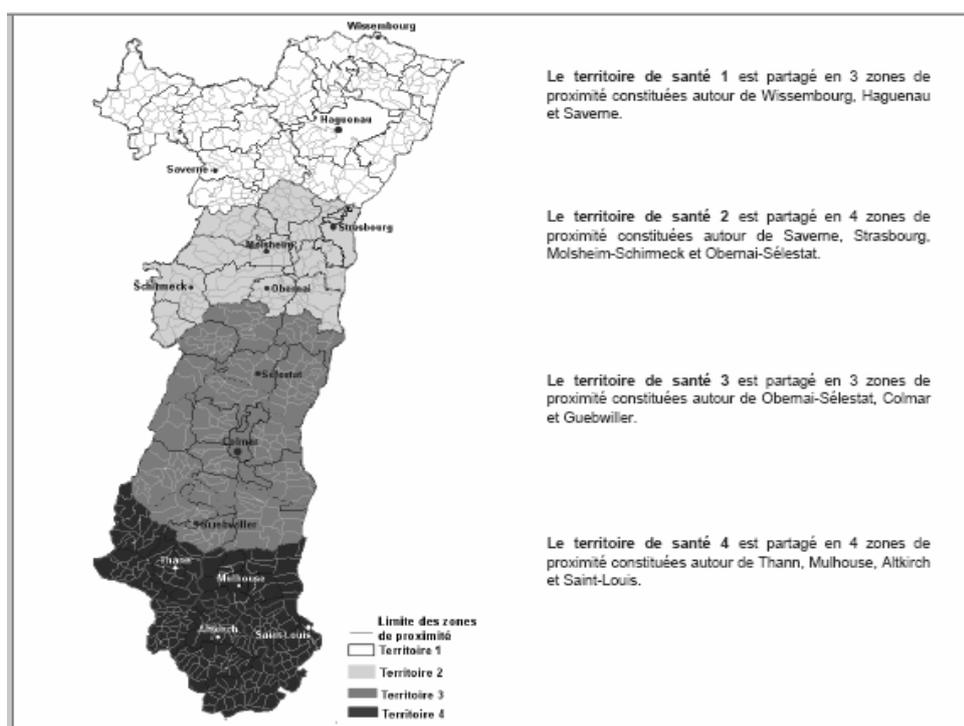
Annexe 3 : Données ARH sur la répartition des séjours MCO des différents bassins de vie

Annexe 4 : Schéma de l'organigramme de direction

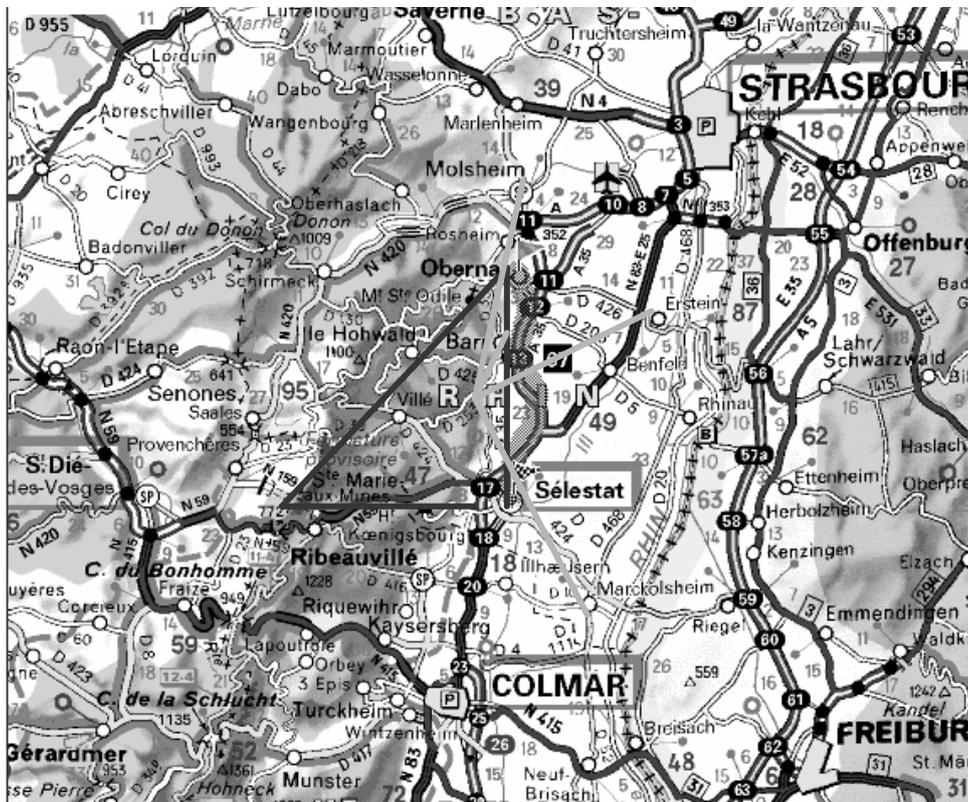
Annexe 1

Carte des territoires de santé et de positionnement des établissements (extrait du Projet interactif de Communauté d'établissement 2007-2011)

Les quatre territoires de santé de la Région Alsace :



Le positionnement des trois établissements :



Les communes de Sélestat et d'Obernai sont distantes de 26 kilomètres avec un temps de parcours estimé à 20 minutes. Les communes de Sainte Marie-aux-Mines et Sélestat sont distantes de 20 kilomètres avec un temps de parcours estimé à 20 minutes également.

Annexe 2

Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

Personne auditionnée	Type d'entretien	Objectifs de l'entretien	Thèmes abordés	Dates d'entretien
Directeur de l'ARH	Individuel semi-directif	Connaître la position de l'ARH sur la constitution en cours de la Communauté d'établissements et sur les moyens de l'optimiser	Répartition de l'offre de soins Objectifs du SROS Réponses apportées à ces objectifs par la Communauté d'établissements Forme juridique souhaitable La future Agence Régionale de Santé et la prise en charge par filières Concentration de l'offre et proximité	20/05/08

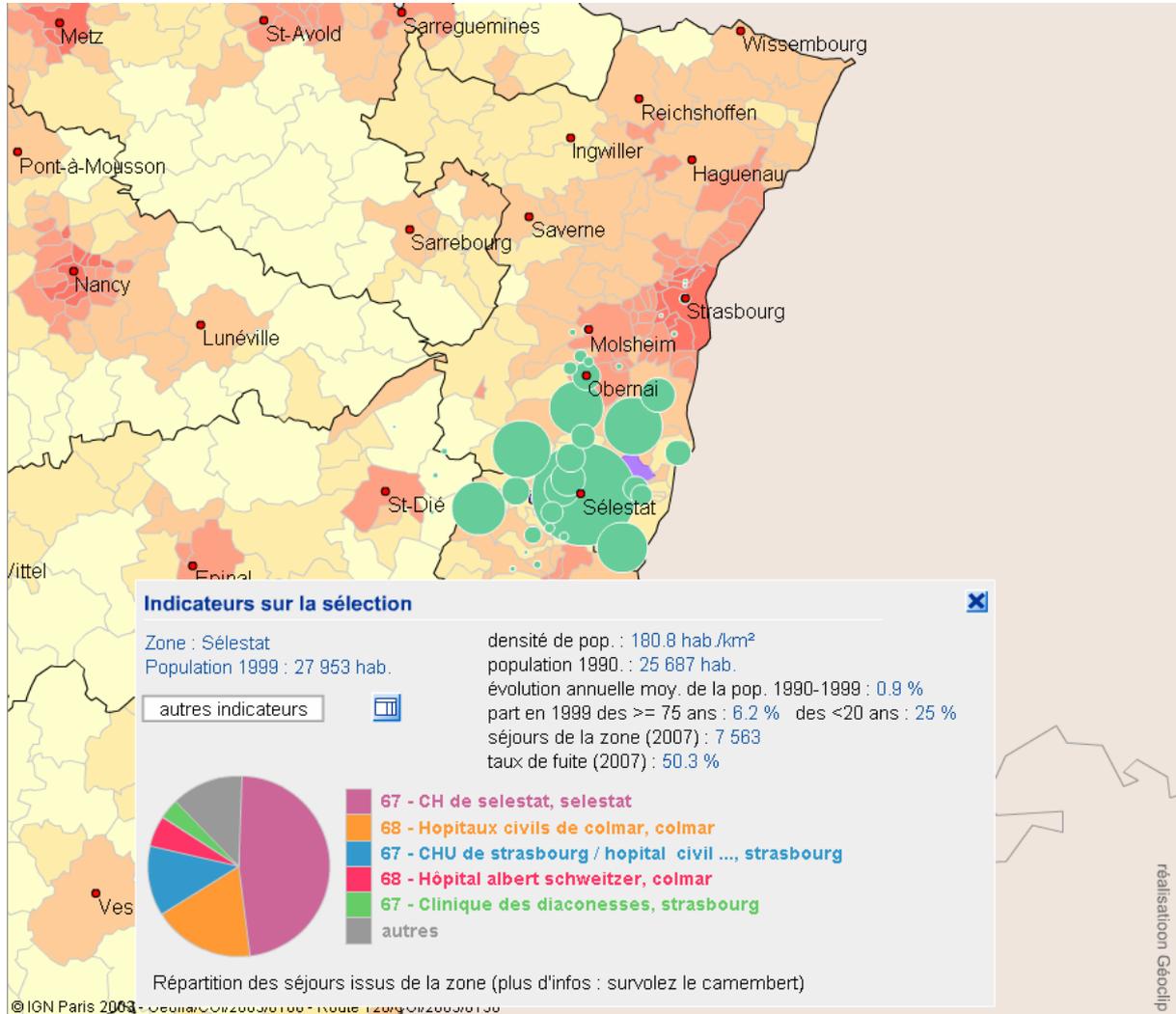
<p>Chef d'établissement Equipe de direction</p>	<p>Individuels semi-directifs</p>	<p>Connaître la position du chef d'établissement et de l'équipe de direction sur la constitution en cours de la Communauté d'établissements, sur l'organisation managériale mise en place et sur les moyens de l'optimiser</p>	<p>Evolution de la Communauté d'établissements Enjeux du rapprochement en cours Attentes Avantages, inconvénients et obstacles Contribution personnelle Organisation managériale Manières d'optimiser le fonctionnement</p>	<p>9 entretiens réalisés entre les mois de mai et d'août 2008 : Chef d'établissement Dir projets et coordination et référent d'Obernai Dir référent de l'HIVA Dir qualité DRH Dir des soins Dir services éco AAH chargé des finances Ingénieur chargé du SIH</p>
---	-----------------------------------	--	---	--

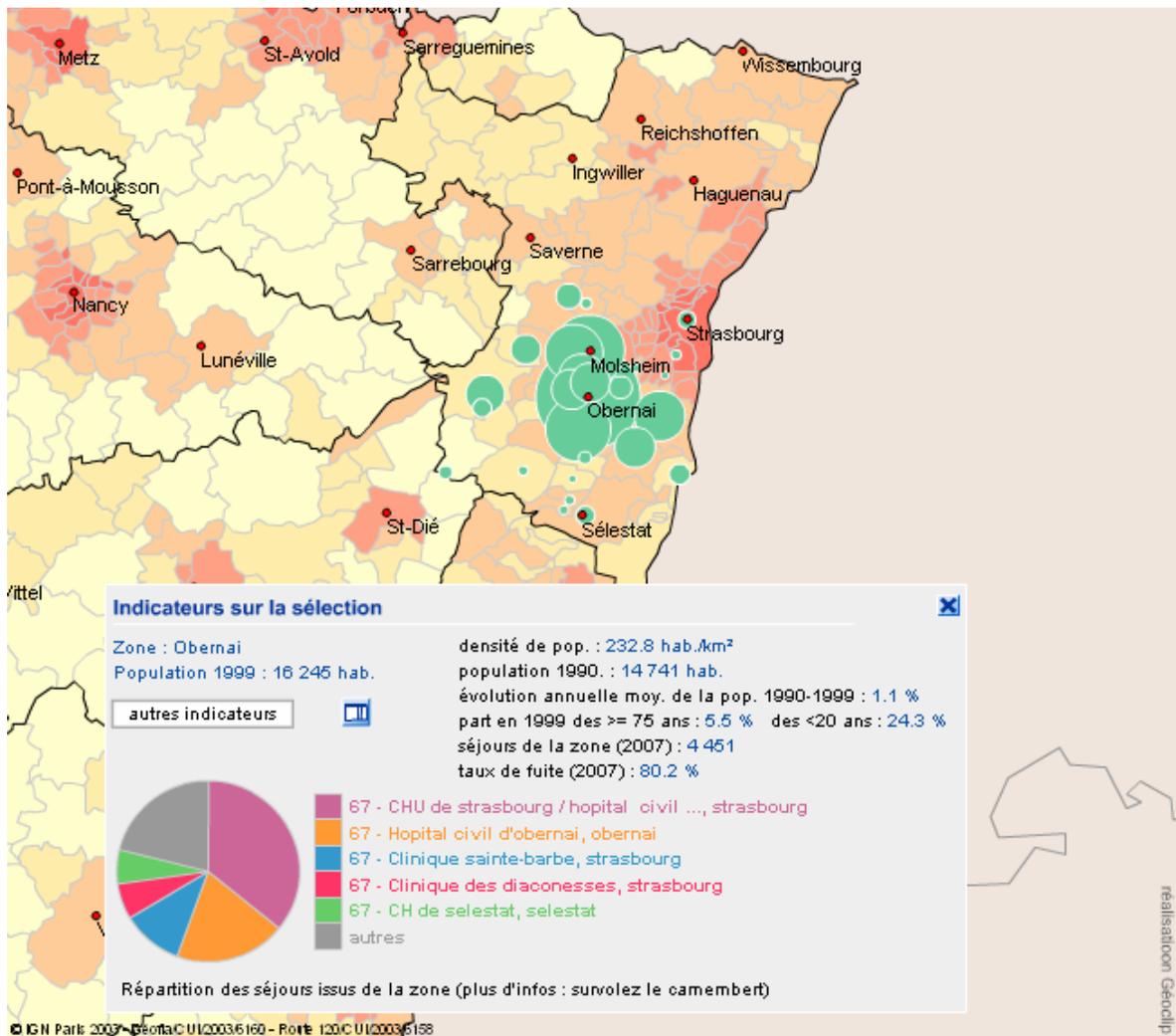
Présidents de CME	Individuels semi-directifs	Connaître la position des Présidents de CME sur la constitution en cours de la Communauté d'établissements et sur les moyens de l'optimiser	Evolution de la Communauté d'établissements Enjeux du rapprochement en cours Attentes Avantages, inconvénients et obstacles Contribution personnelle Manières d'optimiser le fonctionnement	23/07/08 : Pr CME de l'HIVA Entretiens non réalisés auprès des Pr de CME des CH de Sélestat et d'Obernai
Présidents de CA	Individuels semi-directifs	Connaître la position des Présidents de CA sur la constitution en cours de la Communauté d'établissements et sur les moyens de l'optimiser	Evolution de la Communauté d'établissements Enjeux du rapprochement en cours Attentes Avantages, inconvénients et obstacles Contribution personnelle Manières d'optimiser le fonctionnement	18/06/08 : Mr le maire d'Obernai 03/07/08 : Mr le maire de Sélestat 15/07/08 : Mr le maire de Ste Marie- aux-Mines
Représentants du personnel	Individuels semi-directifs	Apprécier le niveau de connaissance des personnels sur le rapprochement en cours Connaître la position des personnels sur la constitution en cours de la Communauté d'établissements	Evolution de la Communauté d'établissements Enjeux du rapprochement en cours Attentes Avantages, inconvénients et obstacles Répercussions concrètes sur l'exercice professionnel	15/07/08 : Sélestat 16/07/08 : HIVA 21/07/08 : Obernai

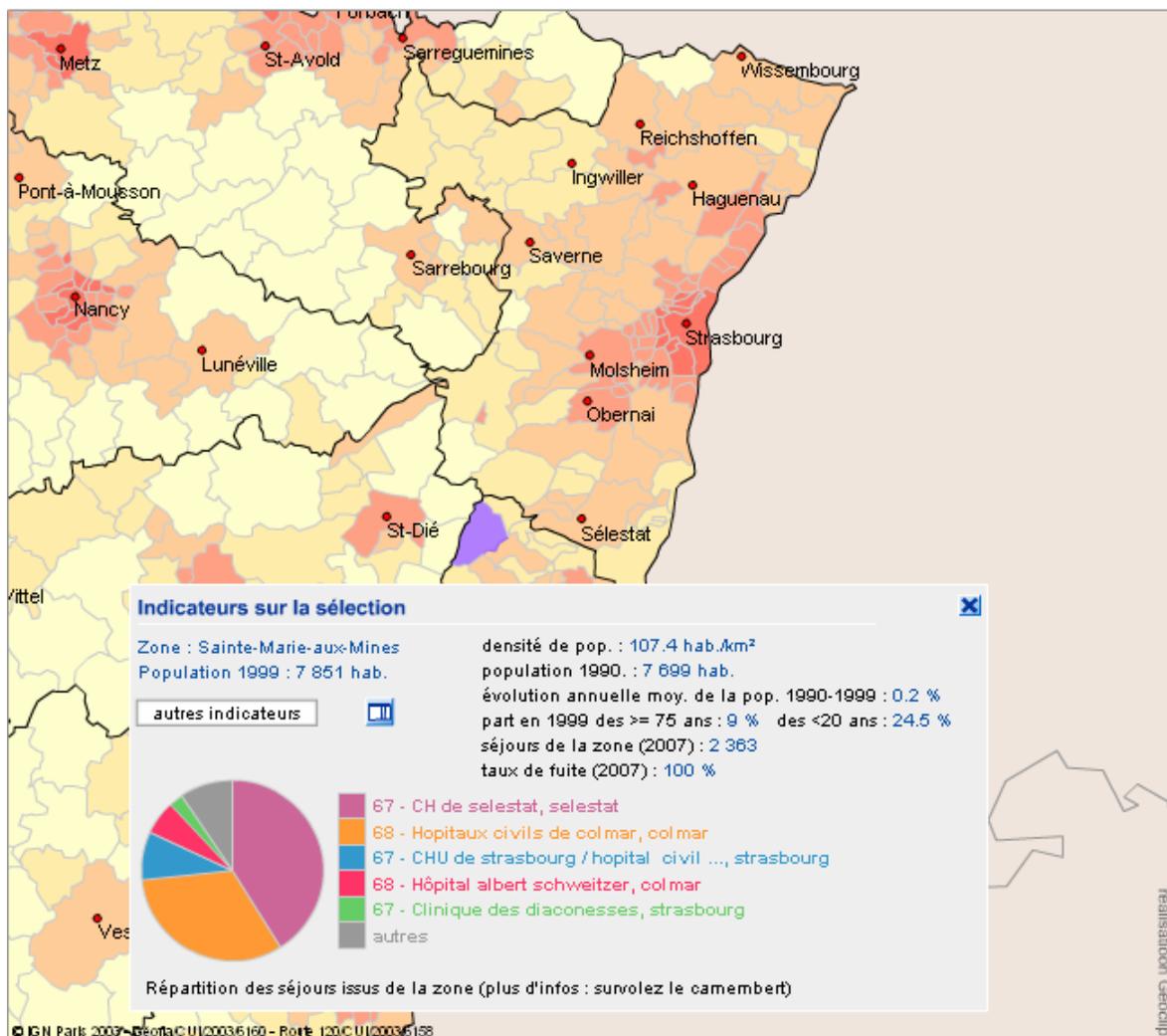
Représentant des usagers	Individuel directif	semi-	Apprécier le niveau de connaissance des usagers sur le rapprochement en cours Connaître leur position à ce sujet	Evolution de la Communauté d'établissements Enjeux du rapprochement en cours Attentes Avantages, inconvénients et obstacles Répercussions concrètes sur la prise en charge	09/07/08 : Représentant usagers Sélestat et Obernai
Représentant de la médecine libérale	Individuel directif	semi-	Connaître la position et les attentes de la médecine libérale sur la constitution en cours de la Communauté d'établissements	Evolution de la Communauté d'établissements et souhaits de la médecine libérale Enjeux du rapprochement en cours Attentes Avantages, inconvénients et obstacles Rôle de la médecine libérale	12/09/08
Directrice des Hôpitaux Civils de Colmar	Individuel directif	semi-	Connaître la position et les attentes de l'établissement de référence par rapport à la constitution en cours de la Communauté d'établissements	Evolution de la Communauté d'établissements Enjeux du rapprochement en cours Perception et attentes Avantages, inconvénients et obstacles Contribution de l'établissement de référence	01/07/08

Annexe 3

Données ARH sur la répartition des séjours MCO des différents bassins de vie







Annexe 4

Schéma de l'organigramme de direction

