



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : **10-11 décembre 2002**

**L'HOPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ
DU CONCEPT A LA REALITE**

Frédéric JAMBON

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	8
---------------------	---

I- LA NAISSANCE D'UN CONCEPT

<u>1- LE POSITIONNEMENT DES ACTIVITES DU C.H.U. DE ROUEN.</u>	2
---	---

<u>1.1 LA HAUTE NORMANDIE, PORTRAIT D'UNE REGION GLOBALEMENT DEFAVORISEE.</u>	2
---	---

<u>1.1.1 GÉOGRAPHIE.</u>	2
--------------------------	---

<u>1.1.2 DÉMOGRAPHIE : UNE POPULATION JEUNE MAIS VIEILLISSANTE.</u>	4
---	---

<u>1.1.3 ECONOMIE : SITUATION DE CRISE DEPUIS 1975.</u>	6
---	---

<u>1.1.4 SOCIAL : UNE SITUATION DÉGRADÉE.</u>	7
---	---

<u>1.1.5 SANITAIRE : UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE.</u>	12
--	----

<u>1.2 CHU DE ROUEN, CH DE PETIT-QUEVILLY : UNE FUSION PEU ORDINAIRE.</u>	20
---	----

<u>1.2.1 LE CONTEXTE.</u>	20
---------------------------	----

<u>1.2.2 UNE FUSION ORIGINALE.</u>	20
------------------------------------	----

<u>1.3 UN POSITIONNEMENT ISSU DE SON ENVIRONNEMENT.</u>	22
---	----

<u>1.3.1 TYPOLOGIE STRATÉGIQUE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES.</u>	22
---	----

<u>1.3.2 ASSUMER SON RÔLE D'ÉTABLISSEMENT DE RECOURS.</u>	23
---	----

<u>1.3.3 ASSUMER SON RÔLE DE PROXIMITÉ .</u>	24
--	----

<u>1.4 LE POSITIONNEMENT DES DIFFÉRENTS SITES DU CHU ET LA NAISSANCE DU CONCEPT D'HÔPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ.</u>	27
--	----

<u>1.4.1 LE POSITIONNEMENT DES DIFFÉRENTS SITES DU C.H.U.</u>	27
---	----

<u>1.4.2 SAINT JULIEN, HÔPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ : UN POSITIONNEMENT PARADOXAL ?</u>	30
--	----

<u>2- LES RAISONS D'UN POSITIONNEMENT A PRIORI PARADOXAL</u>	32
--	----

<u>2.1 DES RAISONS D'ORDRE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIALE.</u>	32
--	----

<u>2.1.1 UN BASSIN DE POPULATION CONSÉQUENT.</u>	32
--	----

<u>2.1.2 UNE POPULATION FRAGILE.</u>	33
--------------------------------------	----

<u>2.1.3 UN FREIN SOCIOLOGIQUE .</u>	35
--------------------------------------	----

<u>2.2 DES RAISONS D'ORDRE SANITAIRE.</u>	35
---	----

<u>2.2.1</u>	<u>UNE OFFRE DE SOINS DÉSÉQUILIBRÉE ENTRE LES DEUX RIVES .</u>	35
<u>2.2.2</u>	<u>DES BESOINS DE SANTÉ ACCENTUÉS PAR LA PRÉCARITÉ.</u>	36
2.3	<u>DES RAISONS D'ORDRE STRATÉGIQUE.</u>	37
<u>2.3.1</u>	<u>ETRE PRÉSENT FACE À L'OFFRE D'HOSPITALISATION PRIVÉE.</u>	37
<u>2.3.2</u>	<u>RÉGULER LES FLUX POUR DÉSENGORGER LE SITE DE CHARLES NICOLLE.</u>	39
<u>2.3.3</u>	<u>RECHERCHER LA COHÉRENCE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE SOINS.</u>	40
2.4	<u>DES RAISONS EN MATIÈRE D'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE.</u>	40
<u>2.4.1</u>	<u>LE POIDS ÉCONOMIQUE DE LA PRÉSENCE D'UN HÔPITAL.</u>	40
<u>2.4.2</u>	<u>QUALITÉ DE LA PRÉSENCE SOCIALE D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ.</u>	41
<u>2.4.3</u>	<u>UNE NÉCESSITÉ FACE À L'URBANISATION.</u>	42
<u>2.4.4</u>	<u>LA VISION DE L'ÉLU SUR LES OBJECTIFS D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ.</u>	43
2.5	<u>FAIRE FACE AU RISQUE INDUSTRIEL.</u>	43
<u>2.5.1</u>	<u>LE RISQUE INDUSTRIEL DANS L'AGGLOMÉRATION ROUENNAISE.</u>	43
<u>2.5.2</u>	<u>DIVERSIFIER LES SITES SUSCEPTIBLES D'ACCUEILLIR LES VICTIMES.</u>	47
	<u>CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE</u>	48

<p>II- LA MISE EN ŒUVRE DE L'HOPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ : UN CHEMIN SEMÉ D'EMBUCHES</p>

<u>1 - DONNER CORPS À L'HÔPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ.</u>	50
<u>1.1 UN PROGRAMME DE RÉHABILITATION IMMOBILIÈRE.</u>	50
<u>1.1.1 HISTORIQUE ET DONNÉES GÉNÉRALES SUR SAINT JULIEN.</u>	50
<u>1.1.2 UN OBJECTIF D'UNIFICATION FONCTIONNELLE ET ARCHITECTURALE DU SITE</u>	51
<u>1.1.3 MESURE DE L'IMPACT DE CETTE OPÉRATION.</u>	52
<u>1.2 UNE OFFRE DE SOINS CIBLÉES SUR LES BESOINS DE LA POPULATION.</u>	53
<u>1.2.1 LE DÉVELOPPEMENT DES CONSULTATIONS.</u>	54
<u>1.2.2 OPTIMISER LA RÉPONSE À L'URGENCE.</u>	55
<u>1.2.3 RENFORCER SON RÔLE DE PROXIMITÉ.</u>	56
<u>1.2.4 SE TOURNER VERS LES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE.</u>	58
<u>2- UN CHEMIN SEMÉ D'EMBUCHES.</u>	61
<u>2.1 LA PROBLÉMATIQUE FUSION.</u>	61
<u>2.1.1 UN CHOC CULTUREL NON DISSIPÉ.</u>	61

<u>2.1.2</u>	<u>DÉFIANCE DES ÉQUIPES DE SAINT JULIEN EU ÉGARD AUX ENGAGEMENTS PRIS LORS DE LA FUSION.</u>	62
<u>2.1.3</u>	<u>INCOMPRÉHENSION DE LA PART DES ÉQUIPES DE CHARLES NICOLLE DU SOUTIEN APPORTÉ À SAINT JULIEN.</u>	63
2.2	<u>LA PROBLÉMATIQUE MÉDICALE.</u>	63
<u>2.2.1</u>	<u>DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT DE MÉDECINS POUR LE SITE DE SAINT JULIEN.</u>	63
<u>2.2.2</u>	<u>UN ENGAGEMENT TROP FAIBLE DU CORPS MÉDICAL VERS SAINT JULIEN.</u>	66
<u>2.2.3</u>	<u>UN « SENS POLITIQUE » LIMITÉ DE LA PART DES PRATICIENS DE SAINT JULIEN.</u>	66
2.3	<u>PROBLÉMATIQUE DE L'IMAGE DE SAINT JULIEN.</u>	67
<u>2.3.1</u>	<u>LE POIDS DU PASSÉ.</u>	67
<u>2.3.2</u>	<u>UN CHANGEMENT DE RÉFÉRENTIEL NON OPÉRÉ.</u>	67
2.4	<u>MANQUE DE LISIBILITÉ DANS LE PROJET DÉVELOPPÉ.</u>	68
<u>2.4.1</u>	<u>LA DÉFINITION ET LA VOCATION DE L'H.U.P.</u>	68
<u>2.4.2</u>	<u>DES OBJECTIFS AFFICHÉS QUI VARIENT OU SONT RETARDÉS SANS ÊTRE EXPLIQUÉS.</u>	69
3-	<u>DES RISQUES À ÉVITER.</u>	69
3.1	<u>VEILLER À L'UNITÉ DU SERVICE RENDU.</u>	69
3.2	<u>NE PAS FAIRE DE SAINT JULIEN UN ÉTABLISSEMENT DE SECONDE ZONE.</u>	70
	<u>CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.</u>	71

III- LA VIABILITE DU CONCEPT D'HOPITAL URBAIN DE PROXIMITE

1-	<u>VIABILITÉ À L'ÉCHELON LOCAL.</u>	73
1.1	<u>UN SOUTIEN LOCAL FORT.</u>	73
1.2	<u>APPORTER UNE RÉPONSE AUX DIFFÉRENTS POINTS DE BLOCAGE.</u>	77
<u>1.2.1</u>	<u>POURSUIVRE L'UNIFICATION DU C.H SAINT JULIEN ET DU C.H.U DE ROUEN.</u>	77
<u>1.2.2</u>	<u>TROUVER DES SOLUTIONS À LA PROBLÉMATIQUE MÉDICALE.</u>	80
<u>1.2.3</u>	<u>POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE L'IMAGE DU SITE.</u>	82
<u>1.2.4</u>	<u>VALORISER ET RENFORCER LA NOTION DE PROXIMITÉ.</u>	83
2	<u>- LA REPRODUCTIBILITÉ DE L'HÔPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ.</u>	86
2.1	<u>L'URBANISATION.</u>	86

<u>2.2.1</u>	<u>LE DÉVELOPPEMENT URBAIN.</u>	86
<u>2.1.2</u>	<u>URBANISATION ET H.U.P.</u>	89
<u>2.2</u>	<u>L'ÉVOLUTION DES CARACTÉRISTIQUES DE LA DEMANDE DE SOINS.</u>	90
<u>2.2.1</u>	<u>LES NOUVELLES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION.</u>	90
<u>2.2.2</u>	<u>L'H.U.P AU SEIN D'UN RÉSEAU : UNE RÉPONSE POSSIBLE QUI SITUE LE PATIENT AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS.</u>	91
<u>2.2.3</u>	<u>L'H.U.P : UNE SOLUTION DE REPOSITIONNEMENT DES PETITS ÉTABLISSEMENTS URBAINS.</u>	92
	<u>CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.</u>	93
	<u>CONCLUSION.</u>	94

Liste des sigles utilisés

A.R.H :	Agence Régionale de l'hospitalisation
C.A.F :	Caisse d'Allocations Familiales
C.D.D :	Contrat à Durée Déterminée
C.D.I :	Contrat à Durée Indéterminée
C.E.G.A.R :	Communauté d'Établissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise
C.H :	Centre Hospitalier
C.H.U :	Centre Hospitalier Universitaire
C.M.E :	Comité Médical d'Établissement
C.M.U :	Couverture Maladie Universelle
C.N.A.F :	Caisse Nationale d'Allocation Familiale
C.N.V :	Conseil National des Villes
C.P.A.M :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R.A.M :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
D.R.A.S.S :	Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.I.R.E :	Direction Régionale de l'Industrie de la Recherche et de l'Environnement
H.A.D :	Hospitalisation à Domicile
H.C.S.P :	Haut Comité de Santé Publique
H.S.C :	Hospitalisation Sans Consentement
H.U.P :	Hôpital Urbain de Proximité
M.S.A :	Mutuelle Sociale Agricole
N.T.I.C :	Nouvelle Technologie de l'Industrie et de la Communication
R.G.P :	Recensement Général de la Population
R.M.I :	Revenu Minimum d'Insertion
S.A.U :	Service d'Accueil des Urgences
S.M.U.R :	Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
S.R.O.S :	Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire
S.S.I.A.D :	Service de Soins Infirmiers à Domicile
U.P.A.T.O.U :	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont apporté leur soutien, leur expérience et leurs conseils pour la réalisation de ce mémoire.

INTRODUCTION

En 1996, le Centre Hospitalier Saint Julien de Petit-Quevilly (Seine Maritime), fusionnait avec le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. La proximité géographique, les deux établissements sont distants de cinq kilomètres, ainsi que les politiques de rationalisation de l'offre de soins mises en place à cette époque, furent des éléments moteurs dans la décision de cette fusion.

En 2001, le CHU de Rouen présentait son projet d'établissement. L'un des axes de celui-ci est constitué de la répartition des différentes activités au sein des cinq établissements qui composent le CHU. Ainsi, il a été proposé de regrouper les activités de court séjour sur un lieu géographique unique (l'hôpital Charles Nicolle), de consacrer l'établissement de Bois-Guillaume aux Soins de Suite et de Réadaptation, de continuer à utiliser les établissements de Oissel et de Bois Guillaume pour l'Accueil des Personnes Agées Dépendantes. L'établissement de Petit-Quevilly occupera quant à lui une place particulière, il est destiné à devenir un **Hôpital Urbain de Proximité**.

A la lecture du projet d'établissement, la définition d'un Hôpital Urbain de Proximité, reste peu explicite. Cela signifierait pour l'établissement de Petit-Quevilly : apporter une réponse aux besoins sanitaires d'une population au même titre qu'un centre hospitalier qui aurait une autonomie complète. A ce titre, l'hôpital Saint Julien conserverait en son sein : un service d'urgences (UPATOU), une antenne SMUR, des lits de médecine aiguë, un Service de Soins infirmiers à Domicile, une unité d'Hospitalisation à Domicile, une structure gériatrique, des services médico-techniques.

Dès lors, le paradoxe se dégage. Alors que le CHU de Rouen tend à regrouper les activités de court séjour sur un site unique, et à spécialiser les établissements périphériques sur les secteurs de Soins de Suite et de Réadaptation et d'Accueil des Personnes Agées Dépendantes, pourquoi crée-t-il à Saint Julien un établissement qui sera destiné à offrir un éventail complet en terme d'hospitalisation ?

Le risque n'existe-t-il pas, au regard de l'offre de soins et de la réputation d'excellence en matière de prise en charge du CHU, de faire de l'hôpital Saint Julien, un « hôpital de seconde zone » ? Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet en sont peut-être les signes avant-coureurs.

Or, l'objectif recherché par la direction du CHU de Rouen est toute autre. Il s'agit en effet par la création de ce nouveau concept qu'est l'Hôpital Urbain de Proximité de faire revivre cet établissement. Aussi, afin de réaliser cet objectif, la direction aura besoin de convaincre l'ensemble du corps médical et les autres acteurs de santé impliqués (personnels soignants, partenaires extérieurs), du bien fondé de cette décision.

Il s'agit donc au travers de ce mémoire, d'apporter à la direction de l'établissement un éclairage sur la faisabilité du projet.

La méthodologie employée pour la réalisation de ce mémoire s'appuie essentiellement sur des entretiens réalisés auprès des acteurs locaux (annexe 1) concernés par cette question. A partir d'une grille d'entretien (annexe 2) unique, nous avons tenté de recueillir une information maigre et souvent éparse. La recherche bibliographique ne pouvait pas sur le concept en lui-même être extrêmement riche. Elle a donc été plutôt ciblée sur les données quantitatives et qualitatives de la situation régionale, sur les notions de proximité, d'urbanisation, de politique de la ville et de stratégie et management hospitalier.

Pour étudier les possibilités de réalisation, nous commencerons par étudier les bases sur lesquelles le concept s'est développé, puis les difficultés qu'il rencontre, et nous proposerons certaines solutions pour qu'il puisse éventuellement poursuivre sa route.

Ce travail nous permettra de nous intéresser à la manière dont le C.H.U de Rouen a procédé pour déterminer les vocations de ses établissements. Nous verrons alors l'importance de l'influence de l'environnement d'un établissement sur son positionnement, et que la création du concept d'Hôpital Urbain de Proximité ne doit rien au hasard.

Alors, pourquoi sa mise en œuvre pose-t-elle tant de difficultés ? Nous avons cherché ensuite à répondre à cette question, d'une part en analysant la manière employée pour développer l'H.U.P, puis en nous interrogeant sur les points de blocages rencontrés.

Le bilan de cette opération reste aujourd'hui modeste, à tel point qu'il était à notre avis pertinent de nous intéresser à la viabilité du concept. Elle sera envisagée au niveau local, mais également en terme de reproductibilité du concept. Le C.H.U de Rouen doit-il persister dans le développement de l'H.U.P, ou au contraire doit-il songer à donner une nouvelle orientation au projet ? En tout état de cause, et quelque soit la réponse au niveau du C.H.U de Rouen, ce nouveau concept a le mérite d'exister. Mais, que vaut un concept s'il n'est pas adaptable à d'autres situations ? Il s'agit alors de nous interroger sur sa viabilité en dehors de l'agglomération rouennaise, et de voir si l'H.U.P ne constituerait pas une issue pour de nombreux petits établissements en mal de réorientation.

I. NAISSANCE D'UN CONCEPT

Ce concept d'Hôpital Urbain de Proximité (H.U.P) est le fruit de la réflexion menée lors de l'élaboration du projet d'établissement du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) de ROUEN. Partie intégrante de la stratégie de positionnement de l'établissement, il vise à répondre à une situation régionale particulière que connaît la Haute Normandie, mais également à la place que se doit d'occuper le C.H.U. de Rouen aussi bien au niveau régional qu'au niveau de l'agglomération Rouennaise.

Aussi, afin de comprendre les raisons et les enjeux de la création d'un hôpital urbain de proximité, nous ne pouvons pas faire l'économie de la description du positionnement des activités du C.H.U. de Rouen. Nous verrons alors que la décision de créer un H.U.P. peut paraître paradoxale car en dehors de la ligne directrice de la stratégie du C.H.U. de Rouen. Or, diverses raisons que nous développerons nous amènent à penser que ce type d'établissement à ses raisons d'être dans l'agglomération Rouennaise, et tout particulièrement sur ce que l'on nomme la "rive gauche" de l'agglomération.

1 - LE POSITIONNEMENT DES ACTIVITES DU C.H.U. DE ROUEN.

Un C.H.U. se positionne en règle générale comme l'établissement de référence pour la région, et de proximité pour la ville dans laquelle il se situe. Le paysage Haut-Normand renforce cette idée. La description de la situation de cette région ainsi que celle des liens qui aujourd'hui unissent l'hôpital Saint Julien et le C.H.U. , nous aiderons à comprendre que cet établissement puise les raisons de son positionnement directement sur la situation de son environnement, et pourquoi ce concept d'H.U.P. a vu le jour, comment il est défini, et en quoi il est paradoxal dans le positionnement stratégique des activités de l'établissement.

1.1 LA HAUTE NORMANDIE, PORTRAIT D'UNE REGION GLOBALEMENT DEFAVORISEE.

1.1.1 Géographie.



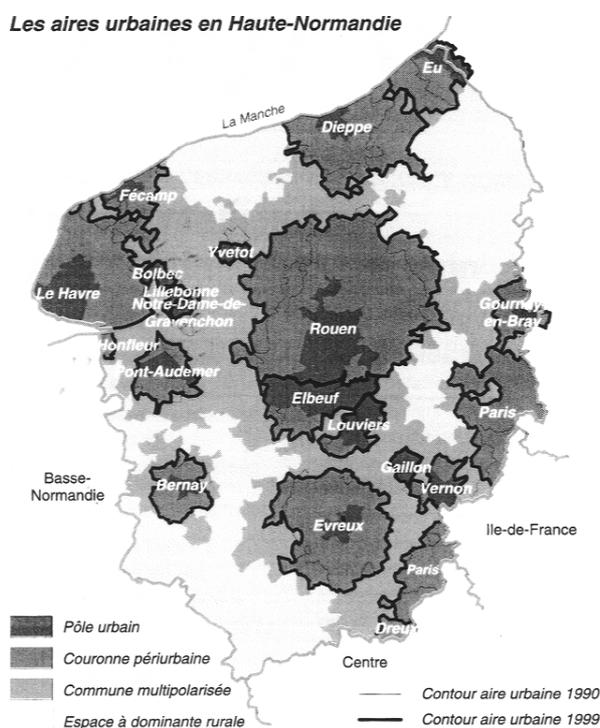
La Haute Normandie en bordure de la Manche est constituée de deux départements, la Seine-Maritime et l'Eure. D'une superficie de 12 318 km², elle représente 2% de la

superficie du pays. Traversée par la Seine, elle est caractérisée par un relief plat proche de celui de l'Île de France.

Trois villes principales appartiennent à cette région : Rouen (chef lieu de la région), Le Havre et Evreux. La loi CHEVENEMENT du 12 juillet 1999 ¹ et la loi VOYNET du 25 juin 1999 ² organisent un nouveau découpage du territoire par la création de communautés d'agglomérations d'une part et de pays d'autre part. Ces nouveaux territoires sont avalisés par le préfet. Aujourd'hui la Haute Normandie se compose de huit pays. Ils sont constitués de 670 communes et couvrent 6100 km², c'est à dire 50% des communes potentiellement concernées et 53% de la superficie de la "référence pays".

De vastes zones ne sont pas encore organisées ou n'ont pas encore abouti dans leurs démarches de constitution d'un pays.

Autre caractéristique de la région, les aires urbaines gagnent toujours du terrain. Entre 1990 et 1999, comme dans le reste du territoire de la métropole, de nombreuses communes rurales en Haute-Normandie sont passées sous l'influence d'une ou plusieurs grandes agglomérations. L'espace urbain occupe désormais presque un quart du territoire régional. La ville de Rouen consolide ainsi sa première place en nombre d'habitants.



¹ Loi du 12. 07.1999 sur le renforcement et la simplification de la coopération intercommunalité.

² Loi du 25.06.1999 sur l'aménagement et le développement durable du territoire.

1.1.2 Démographie : Une population jeune mais vieillissante.

De manière traditionnelle, la Haute Normandie se caractérise par une population relativement jeune. Mais, le dernier recensement fait apparaître que ce phénomène s'accompagne désormais d'un vieillissement qui se produit de façon plus rapide qu'au niveau national.

La Haute Normandie compte 1 780 400 habitants, soit 3% de la population nationale.

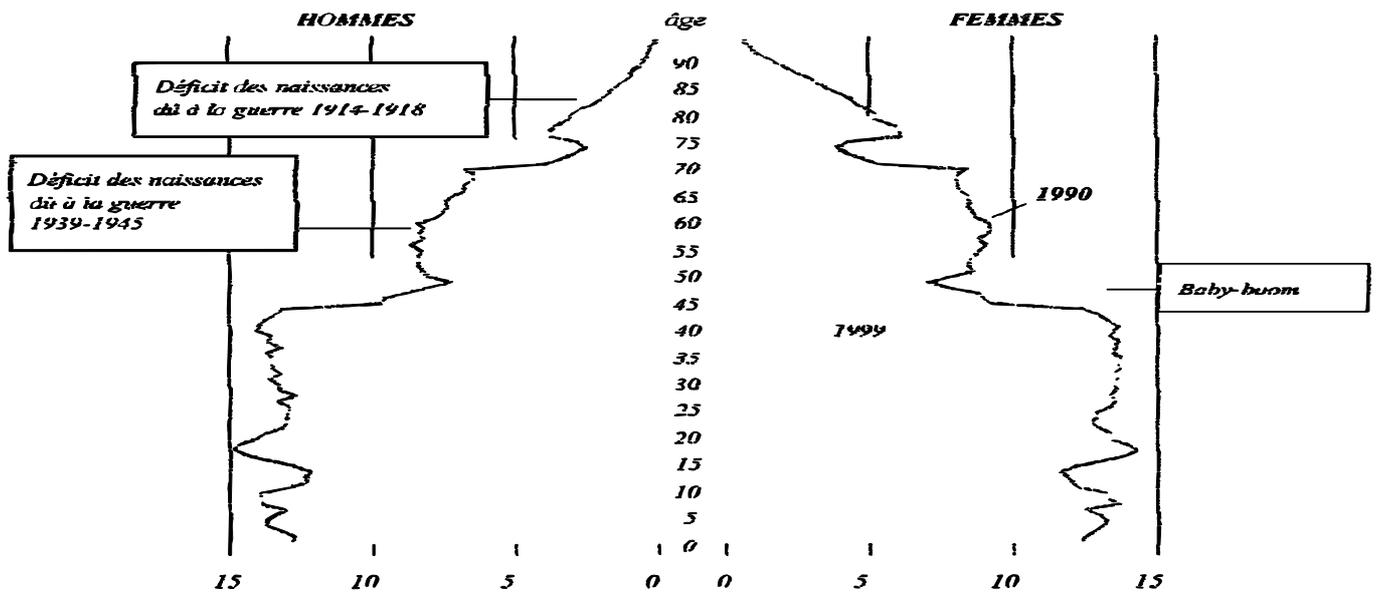
**Population totale par sexe et age en Haute-Normandie
En 1990 et 1999**

Tranches d'âges	1990				1999			
	Hommes	Femmes	Ensembles	%	Hommes	Femmes	Ensembles	%
De 0 à 19	257 397	246 405	503 802	29,0	242 362	231 610	473 972	26,6
De 20 à 39	267 638	267 327	534 965	30,8	248 119	249 436	497 555	27,9
De 40 à 59	195 748	194 173	389 921	22,4	230 505	231 101	461 606	25,9
De 60 à 74	92 197	110 464	202 661	11,7	102 298	122 704	225 002	12,6
75 ans et +	35 905	70 653	106 558	6,1	42 699	79 605	122 304	6,9
TOTAL	848 885	889 022	1 737 907	100,0	865 983	914 456	1 780 439	100,0

- Source INSEE recensement 1999.

L'âge moyen passe de 36 ans en 1990 à 38 ans pour 1999. Si l'on regarde la pyramide des âges de la région, on note un rétrécissement de sa base qui confirme une baisse du nombre de femmes.

Il est également remarquable que le déséquilibre entre le nombre d'hommes et de femmes intervient des 60 ans et s'accroît avec l'âge, phénomène explicable en raison d'une surmortalité masculine. Comparée à la pyramide des âges nationales, celle de Haute-Normandie ne présente pas de différences caractéristiques. Le poids relatif des classes d'âges moyens se renforce encore. 30% des Hauts Normands on aujourd'hui entre 30 et 49 ans. Chez les jeunes adultes, la classe 18 – 26 ans présente un déficit lié à la sous-natalité des années 70, renforcé par les départs relativement nombreux de ces jeunes vers d'autres régions.



Source : INSEE - Recensements de la population 1990 et 1999

Unité : millier d'habitants

La répartition sur le territoire reste contrastée. Avec 145 habitants/km² la Haute-Normandie se caractérise par une densité de population supérieure à la moyenne nationale (104 habitants/km²) avec de fortes disparités selon les zones géographiques. On recense ainsi 75% de la population établie le long de la seine entre VERNON et LE HAVRE, avec les deux agglomérations les plus importantes : LE HAVRE et ROUEN. D'autres villes, de taille plus réduite ; sont situées le long du fleuve et se caractérisent par une fortes expansion (VERNON, VAL DE REUIL,...). Les zones urbaines et périurbaines concentrent la majorité de la population jeune, en revanche la population rurale est plus âgée (moyenne d'âge la plus forte : 40 ans et la plus forte proportion de personnes de plus de 60 ans : 23%).

1.1.3 Economie : situation de crise depuis 1975.

Ouverture sur la mer du Bassin Parisien, la Haute-Normandie a construit son développement autour d'un ensemble portuaire (Rouen et Le Havre) de grande ampleur, à dimension européenne, développant très tôt des spécialités industrielles liées aux hydrocarbures, localisées en Vallée de Seine.

Le tissu économique fortement industriel est marqué par la prédominance de grands établissements industriels et de nombreuses PME sous-traitantes.

En un demi-siècle, la région, autrefois à dominante rurale et agricole est devenue urbaine et tertiaire. Au cours de ces cinquante dernières années, trois périodes se sont succédées qui ont chacune marqué la prédominance d'un métier ou d'une famille de métier. En 1946, plus de 160 000 actifs travaillent dans l'agriculture en Haute-Normandie. Dans les

années 60, les ouvriers supplantent les agriculteurs et deviennent la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (294 000 en 1975). Le déclin de l'emploi industriel sera relayé par la montée des activités tertiaires et l'augmentation des postes d'encadrement (multiplié par 3,5). Malgré cette progression, il est à noter que le déficit de cadres est important en Haute-Normandie.

Fortement marquée par les événements de la seconde guerre mondiale, la région a vu son appareil productif totalement bouleversé. La décentralisation industrielle pour désengorger Paris et revitaliser le "désert Français" en relayant les industries traditionnelles (textile, chantiers navals, sidérurgie, papier-carton), va façonner pour le long terme les structures productives et déboucher sur la crise des industries de main d'œuvres des années soixante dix freinant les possibilités régionales de développement industriel. Aujourd'hui, l'émergence d'industries nouvelles (NTIC), nucléaires, para-chimiques, pharmaceutiques et aéronautiques, ne suffit pas à donner une perspective de sortie de crise pour la Haute-Normandie. Quant à l'agriculture et à la pêche, insuffisamment relayées par l'industrie agroalimentaire, ces secteurs ne profitent ni des possibilités offertes par les ports normands ni de la proximité du grand bassin de consommation de l'Europe du Nord-Ouest.

1.1.4 Social : une situation dégradée.

La situation sociale de la région sera analysée au travers de différents indicateurs que constituent le niveau de l'emploi, la nature de l'emploi, le niveau de formation de la population, le revenu des ménages, le logement et les minima sociaux. L'analyse de ces quelques données met en évidence les difficultés sociales de la région.

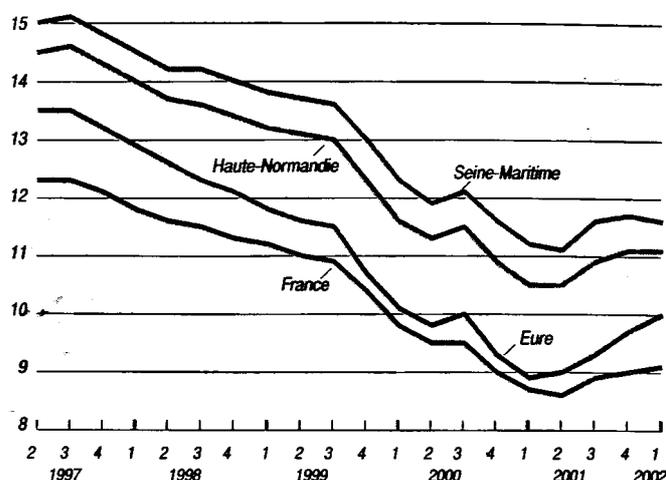
Le niveau de l'emploi.

Il peut être évalué sous un aspect quantitatif (nombre de salariés, taux de chômage,...), et qualitatif au travers des différentes catégories socioprofessionnelles.

Alors que sur les vingt-cinq dernières années, l'emploi en France a progressé de 6%, il n'a pas dépassé le niveau de 1975 pour la région ³.

³ Normandie 2000 – Un demi-siècle de mutation – INSEE 2000 p53

Evolution du taux de chômage.



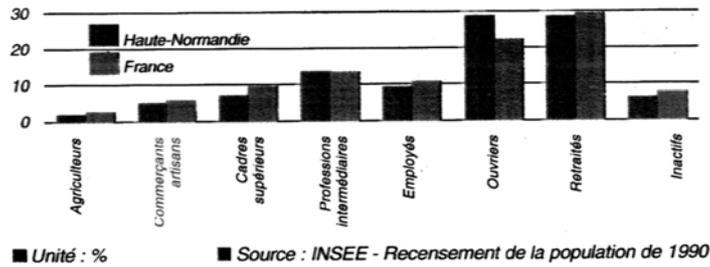
En dépit d'une embellie entre 1997 et 2001, au 31 mars 2002, le taux de chômage avec 11,1% reste supérieur de près de deux points à la moyenne nationale, et figure parmi les plus élevés de France. Le développement des activités tertiaires n'a pas compensé les pertes d'emploi liées à la recomposition du tissu industriel local. Si le chômage féminin représente comme au niveau national la moitié des chômeurs, son taux est nettement plus élevé en Haute-Normandie qu'en France (17,1% contre 14,4% en France)⁴. Ce sont surtout les jeunes femmes qui sont touchées par ce phénomène. Le chômage est particulièrement élevé dans les agglomérations à tradition industrielle : banlieue rouennaise, Vallée de la Seine. Le chômage de longue durée est particulièrement présent. Il représente 43% des personnes sans emploi⁵. De part la jeunesse de la population active, les jeunes sont plus souvent présents dans les chiffres du chômage régional qu'au niveau national (21% contre 18%).

La composition qualitative de l'emploi se caractérise par une forte propension d'ouvriers (28,6% contre 22% pour la France).

⁴ Atlas sanitaire et social de la Haute-Normandie – INSEE – Février 2000

⁵ Atlas sanitaire et social de la Haute-Normandie – INSEE – Février 2000

**Catégories socio-professionnelles comparées :
Haute-Normandie et France**



A l'exception des cadres moyens et des professions intermédiaires, les autres catégories sont en retrait au regard du niveau national.

La nature de l'emploi.

Répartition des salariés selon l'âge et le type de contrat

(Source INSEE – Recensement 1999 – Unité %)

	Intérim	CDD	CDI	Fonctionnaires	Autres
Moins de 25 ans	9	20	34	2	35
25 – 30 ans	6	14	61	11	8
30 – 35 ans	3	8	70	16	3
35 – 40 ans	2	6	70	19	3
40 – 50 ans	2	5	69	22	2
50 ans et plus	1	4	71	22	2
Ensemble (%)	3	8	66	18	5

11% des salariés haut-normands sont en situation de précarité. L'emploi temporaire est extrêmement présent dans la région. Avec 3% des salariés, la Haute-Normandie est la région française dans laquelle le recours à l'intérim est le plus fréquent. Ce phénomène touche essentiellement les jeunes, un quart des intérimaires a moins de vingt-cinq ans, et un

autre quart moins de trente ans. Le recours à ces emplois précaires touche davantage l'industrie et la construction, et les places sont principalement offertes sur des postes d'ouvriers, qualifiés ou non, c'est à dire sur des niveaux de formation peu élevés. Si l'on ajoute la part de CDD, qui sont davantage utilisés, la Haute-Normandie se situe au neuvième rang national pour les emplois non stables.

Autre indicateur de la précarité de l'emploi dans la région, la forte augmentation des « contrats emploi consolidé ». Mis en place pour lutter contre les risques d'exclusion qui menacent certaines catégories de la population, ces contrats ont augmenté de 17% en 2000 et de 28 % en 2001⁶.

Le niveau de formation.

Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, la Haute-Normandie était défavorisée au point de vue éducatif. Des progrès importants ont été réalisés depuis ces dix dernières années. Auparavant, la forte présence régionale des secteurs industriels recourant à un grand nombre d'emplois peu qualifiés n'encourageait guère la population en matière de scolarisation. Les difficultés d'insertion professionnelles des jeunes, particulièrement importantes au début des années quatre-vingt, ont amené les familles de la région à une prise de conscience pour la poursuite des études. Aujourd'hui, la région a rattrapé son retard par rapport au niveau national pour ce qui concerne la proportion d'une classe d'âge qui obtient son baccalauréat (65% en 1998)⁷, et près de la moitié poursuit ses études.

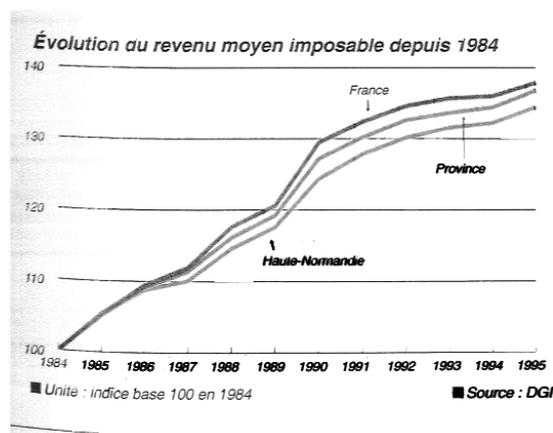
Cependant, le bilan reste malgré tout mitigé. D'une part, le passif accusé depuis des années reste important. D'autre part, force est de constater que les départs prématurés du système éducatif, probablement liés en partie à la demande des secteurs économiques, mais aussi à l'attractivité de formations rémunérées se sont reproduits entre l'année 2000 et 2001. De plus, la Haute-Normandie est la région qui compte le moins de diplômés parmi ses demandeurs d'emploi de moins de trente ans. Le niveau éducatif de la région reste donc structurellement bas.

⁶ Cahier d'AVAL n°61 – INSEE – juillet 2002

⁷ Cahier d'AVAL n°61 – INSEE – juillet 2002

Le revenu des ménages.

A la fin des années quatre-vingt-dix, la Haute-Normandie recense 881 000 foyers dont 49,8% sont non imposables.



Si le revenu moyen disponible s'est accru en Haute-Normandie depuis 1984, il reste cependant inférieur au niveau national et à l'ensemble des autres régions de province. D'une manière générale, c'est dans les banlieues résidentielles que l'on rencontre les revenus moyens les plus élevés, et dans les banlieues industrielles qu'ils sont les plus faibles.

Le logement.

La région représente 2,8% du parc national en matière de logement. Majoritairement de type individuel, ils ont essentiellement une vocation de résidence principale⁸. La Haute-Normandie se caractérise également par un parc locatif social qui représente près de 5% du parc HLM français. Ce phénomène s'explique en partie par les reconstructions de l'après deuxième guerre mondiale. Le parc HLM se situe principalement dans les agglomérations de plus de 10 000 habitants, avec une forte concentration sur l'axe de la Vallée de la Seine.

⁸ Atlas sanitaire et social de la Haute-Normandie – INSEE Février 2000

Les minima sociaux.

Les minima sociaux au 31-12-2000 en Haute-Normandie

(Sources : MSA ; CNAF ; CPAM ; CRAM ; UNEDIC)

Mesures	Nombre de bénéficiaires
Allocation spécifique de solidarité	31 095
Allocation Adultes Handicapés	16 446
Allocation supplémentaire vieillesse	20 276
Allocation parents isolés	8 037
Allocation Assurance Veuvage	425
Allocation d'Insertion	558

Près de 83 000 minima sociaux ont été versés dans la région au cours de l'année 2000. Cela ne signifie cependant pas que 83 000 personnes bénéficient de ces minima, certains étant attribués à l'ensemble des membres d'un ménage, alors que d'autres ne s'adressent qu'à une seule personne. Par ailleurs, certaines sont cumulables

Le RMI demeure l'allocation la plus versée dans la région. Comparés aux années précédentes, les chiffres restent stables.

La loi du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle (C.M.U), a vu son nombre de bénéficiaires s'élever à 26 396 personnes, soit 1,5% de la population régionale. La couverture complémentaire concerne 161 961 Haut-Normands, soit 9,1% de la population régionale. Les trois quarts sont situés en Seine-Maritime, qui compte parmi les départements français où la proportion de bénéficiaires est la plus élevée.

1.1.5 Sanitaire : Une situation préoccupante.

Nous aborderons les caractéristiques régionales au travers des données épidémiologiques de la Haute-Normandie, puis en décrivant l'offre de soins hospitalière, et sa planification.

Données épidémiologiques et priorités de santé publique.⁹

Si l'on compare le taux de mortalité de la région avec le taux de mortalité national, nous ne notons pas d'écart probant : 8,7 ‰ dans l'Eure et 9‰ en Seine-Maritime pour l'année 2000. En revanche, si nous éliminons l'effet de la structure par âge, et que l'on se réfère ainsi à l'indice comparatif de mortalité, il apparaît alors une surmortalité en Haute-Normandie. On recense en effet 109,7 décès en Haute-Normandie pour 100 décès en France.

L'analyse des causes de décès fait ressortir une surmortalité de 13,7% pour les tumeurs, 11,8% pour les traumatismes et empoisonnements, et de 6,2% pour les maladies cardio-vasculaires.

Il est également à noter que la mortalité évitable¹⁰ est sur-représentée dans la région et touche plus particulièrement les hommes.

L'espérance de vie à la naissance des Haut-Normands augmente au même rythme qu'au niveau national, mais reste légèrement inférieure à la moyenne nationale : 81,5 ans pour les femmes, 73,3 ans pour les hommes (82,3 ans pour les femmes et 74,4 ans pour les hommes au niveau national).

S'il faut trouver quelques explications à cette mauvaise situation épidémiologique, nous pouvons nous attacher à trois déterminants. L'environnement physique, les modes de vie et l'offre de soins. L'offre de soins faisant l'objet d'une description ci-après, attachons nous auparavant aux deux autres critères. L'environnement physique est marqué par l'importance du tissu industriel et certains éléments climatiques. L'environnement socio-culturel, nous l'avons déjà évoqué, est celui d'une région où le niveau éducatif et social est faible. Les données concernant les modes de vie montrent l'importance des toxicomanies alcool-tabagiques, et parallèlement, une faible adhésion vis-à-vis des démarches préventives. Six priorités régionales ont ainsi été définies par la Conférence régionale sanitaire : les urgences, la psychiatrie, le cancer, l'alternative à l'hospitalisation, les soins de suite et de réadaptation, les soins aux personnes âgées.

⁹ Données issues du Rapport d'Activité de L'Agence régionale de l'Hospitalisation de Haute-Normandie – 2000.

¹⁰ Mortalité prématurée (avant 65 ans) qui pourrait être évitée par une action sur les facteurs de risques individuels ou par une meilleure prise en charge par le système de soins.

L'offre de soins.

Les professions de santé

Plus que d'autres régions françaises, la Haute-Normandie connaît de graves difficultés de démographie médicale et des déficits chroniques dans certaines spécialités : anesthésie-réanimation , gynécologie-obstétrique, psychiatrie, pédiatrie, et, urgences, pour citer les principales.

La densité des professionnels médicaux en Haute-Normandie est inférieure à la moyenne nationale d'environ 18%. Cette faible densité est corrélée pour les praticiens libéraux à une activité supérieure de 20% pour les omnipraticiens et de 28% pour les spécialistes, à la moyenne nationale. Une étude menée par l'URCAM de la région en 2001, permet d'envisager une hausse du nombre de praticiens à l'horizon 2008, mais l'augmentation générale de la population devrait rendre cette évolution insuffisante, à l'exception des médecins généralistes dont la densité devrait rejoindre le niveau national.

Concernant les autres professionnels de santé, les déficits par rapport au niveau national sont tout aussi importants.

Densité des autres professionnels de santé pour 100 000 habitants

(Sources : DRASS-ADELI – 1999)

Professions	Haute- Normandie	France
Chirurgiens Dentistes	44,2	69,2
Sages femmes	23,8	24,4
Infirmières Diplômées d'ETAT	438,6	544,6
Infirmiers psychiatriques	64,4	90,8
Masseurs kinésithérapeutes	55,7	88,8
Orthophonistes	15,1	23,5
Orthoptistes	2,1	3,7
Pédicures Podologues	10,9	14,9
Ergothérapeutes	3,9	6,6
Pharmaciens	88,5	99,5

Enfin, l'analyse des postes vacants dans les établissements hospitaliers Haut-Normands permet de corroborer le nombre insuffisant de médecins dans certaines disciplines¹¹, et ce, aussi bien pour les praticiens hospitaliers temps plein que pour les praticiens hospitaliers temps partiel.

¹¹ Source – ARH de Haute-Normandie

Praticiens Hospitaliers Temps Plein

(Tour de recrutement 2000)

Disciplines	Postes vacants
Psychiatrie	32
Anesthésie-réanimation	23
Médecine polyvalente ; urgences	8
Cardiologie	5
Gynécologie	4
Autres	38
Total	110

Praticiens Hospitaliers Temps Partiel

(Tour de recrutement 2000)

Disciplines	Postes vacants
Psychiatrie	18
Anesthésie-réanimation	2
Gynécologie	1
Autres	5
Total	26

Les établissements sanitaires

Les 78 établissements sanitaires se répartissent de la façon suivante (source SAE 2000):

Etablissements publics	Etablissements privés PSPH	Etablissements privés à but lucratif
1 Centre Hospitalier Universitaire (CHU).	1 Centre de lutte contre le cancer (CLCC).	21 Cliniques de court séjour.
20 Centres Hospitaliers (CH).	2 Etablissements Spécialisés en Psychiatrie.	2 Cliniques spécialisées en alcoologie.
2 Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS).	7 Etablissements Soins de Suite ; Longs séjours.	1 Clinique Psychiatrique.
13 Hôpitaux Locaux (HL).		7 Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation.

Le niveau d'équipement en lits et places rapporté à la population est inférieur à la moyenne nationale pour toutes les disciplines. L'analyse par statut des établissements fait ressortir

une prédominance du secteur public. A noter la situation particulière de la prise en charge de l'alcoolisme où deux cliniques privées représentent la majorité des capacités.

Synthèse.

La Haute-Normandie se trouve donc bien en terme d'offre de soins dans une situation défavorable par rapport à la situation nationale. Elias COCA dans son ouvrage, Les inégalités entre hôpitaux¹² a réalisé une analyse comparative des régions françaises selon dix-neuf indicateurs d'offre et de consommation de soins, avec indication pour chacun, d'un des cinq niveaux suivants : trop élevé ;confortable ;moyen ;faible ;insuffisant. Pour la région, les informations sont les suivantes :

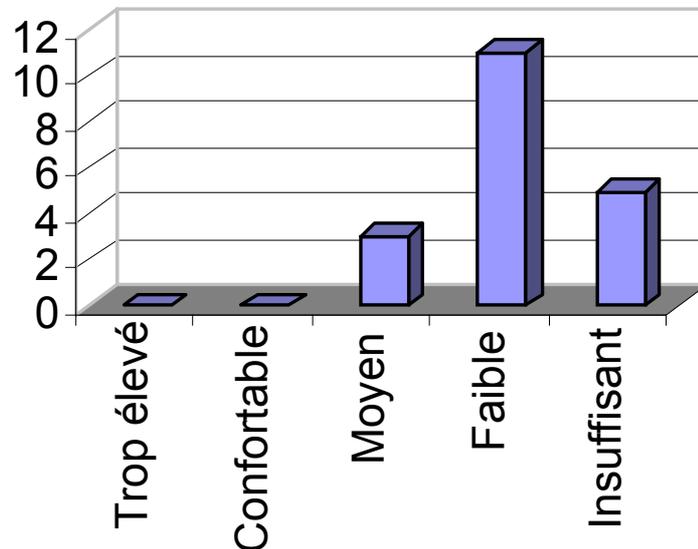
- Nombre de lits de court séjour (public et privé) : faible
- Nombre de lits de CHU/population : moyen
- Nombre de lits de chirurgie (public et privé) : faible
- Nombre de médecins : faible
- Nombre d'infirmier(e)s : insuffisant
- Densité des équipements lourds : insuffisant
- Densité des spécialistes libéraux : insuffisant
- (...)
- Densité de chirurgiens par lits : faible
- Densité de gynécologues-obstétriciens : faible
- Densité de chirurgiens / population : insuffisante
- Densité d'anesthésistes-réa. / population : faible
- Densité de gynéco-obstétriciens / naissances : faible
- Densité de radiologues / population : faible

Les commentaires suivants sont apportés, renforçant une analyse de l'offre de soins suffisamment explicite par elle-même :

« Au total, la Haute-Normandie se révèle être une région nettement désavantagée en moyens de fonctionnement sanitaires. Aucun indicateur au niveau confortable, trois indicateurs moyens, onze faibles et cinq nettement insuffisant. »

¹² Elias COCA, Les inégalités entre hôpitaux, BERGER-LEVRAULT Edition, 1998

Le graphique suivant permet de visualiser l'état de l'offre sanitaire de la région au regard des indicateurs définis par E. COCA.



La planification de l'offre régionale

Instaurée par la Loi portant réforme hospitalière de 1970¹³ et réaffirmée par la Loi portant réforme hospitalière de 1991¹⁴, la planification sanitaire a pour objectif de composer le tissu hospitalier afin d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population. Elle est matérialisée par deux documents juridiques opposables : la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire (SROS).

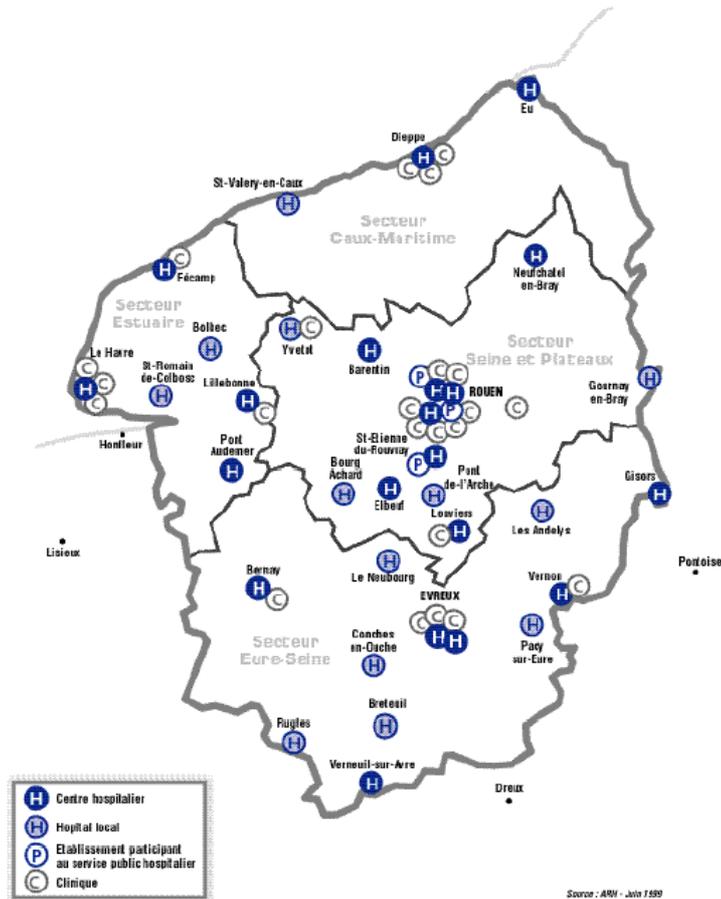
La carte sanitaire.

La carte sanitaire détermine le découpage de la Haute-Normandie en quatre secteurs : Seine et Plateaux, Estuaire, Eure-Seine, et Caux-Maritime.

¹³ Loi n°70-1318 du 31-12-1970, portant réforme hospitalière et modifiée

¹⁴ Loi n°91-748 du 31-07-1991, portant réforme hospitalière

Hôpitaux et cliniques en Haute-Normandie (court séjour)



Ce découpage est établi en fonction des critères géo-démographiques, et de l'attractivité des établissements de santé publics et privés. A la lecture de cette carte, quelques caractéristiques apparaissent. L'offre se concentre, tant pour l'hospitalisation publique que privée, autour de trois grandes agglomérations : Rouen, Le Havre, Evreux. Le secteur Caux-Maritime et l'ouest du secteur Eure-Seine semblent les plus défavorisés en matière d'offre hospitalière de proximité.

La carte hospitalière a également pour objectif de fixer des normes quantitatives : indices de besoins, indices d'équipements lourds. Elle traduit les besoins théoriques en capacité pour les disciplines soumises à autorisation.

Le schéma régional d'organisation sanitaire (S.R.O.S).

Le S.R.O.S cherche à optimiser la répartition de l'offre hospitalière en fonction des priorités de santé publique régionales. Le premier S.R.O.S a permis de définir les principes

fondamentaux du réseau de soins hospitaliers et de lancer une véritable politique de coopération sanitaire en Haute-Normandie. Le deuxième SROS (1999-2004) complète cette démarche autour de six thèmes structurants, retenus pour leur impact sur l'organisation hospitalière et leur importance en matière de santé publique régionale : les urgences, la psychiatrie, la cancérologie, l'alternative à l'hospitalisation, les soins de suite et de réadaptation, les soins aux personnes âgées. Deux projets font l'objet d'une réflexion approfondie et ont donné lieu à l'élaboration de projets spécifiques : la périnatalité et l'insuffisance rénale chronique.

*

* *

*

Ce portrait de la Haute-Normandie était indispensable pour mettre en relief les difficultés auxquelles la région se trouve confrontées. Cette situation délicate est un élément important dans la compréhension du positionnement stratégique du CHU de Rouen. Les difficultés socio-économiques qui influencent directement l'état de santé de la population et son mode de recours aux soins, le tissu hospitalier défavorisé, sont autant d'éléments à prendre en considération dans l'élaboration du positionnement stratégique de l'établissement. L'autre élément d'importance qui a influencé le développement stratégique du CHU de ROUEN, concerne la fusion avec le Centre Hospitalier Saint Julien de Petit-Quevilly.

*

* *

*

1.2 CHU DE ROUEN, CH DE PETIT-QUEVILLY : UNE FUSION PEU ORDINAIRE.

Avant de décrire l'originalité de cette fusion, nous nous imprégnerons du contexte rouennais qui par ses spécificités joue un rôle non négligeable dans le positionnement de l'offre de soins.

1.2.1 Le contexte.

La ville de Rouen s'est historiquement implantée sur la rive droite de la Seine. Son agglomération quant à elle, qui compte aujourd'hui près de quatre cent mille habitants, s'est développée de manière quasi identique en nombre d'habitants sur les deux rives du fleuve. En revanche, une scission, sociologique et économique s'est opérée entre les deux rives. En effet, les quartiers favorisés sont exclusivement situés rive droite, tandis que la majorité des quartiers de la rive gauche regroupe une population plutôt défavorisée.

La rive gauche a souvent été choisie pour évacuer de la ville les activités polluantes, gênantes.

Politiquement, la ville de Rouen était, et est, opposée aux banlieues qui l'entourent. Il était courant de parler de la « ceinture rouge » de Rouen qui se situait elle davantage sur une position politique plus conservatrice. Cette opposition politique n'était pas faite pour favoriser le dialogue.

C'est dans ce contexte qu'évoluaient jusqu'en 1997 deux établissements que rien ne semblait rapprocher et qui allaient être amenés à fusionner : le CHU de ROUEN et le CH Saint Julien de Petit-Quevilly.

1.2.2 Une fusion originale.

L'originalité de cette fusion réside en fait dans la différence de taille et de vocation qui existait entre ces deux établissements. Il peut, en effet, paraître curieux d'opérer un rapprochement entre un centre de petite taille, et, un CHU, structure hospitalière dont la taille et les caractéristiques s'inscrivent dans un rapport de un à dix, et parfois de un à vingt.

En taille et en activité, le CHU de ROUEN se situait à la médiane des CHU français, et développait un haut niveau de productivité. Deux sites sur la rive droite constituait l'activité purement sanitaire : l'Hôpital Charles NICOLLE (activité chirurgicale, urgences et services de spécialités), et l'Hôpital de Bois Guillaume qui accueillait les services strictement médicaux.

Implanté dans une banlieue de la rive gauche, à cinq kilomètres du site de Charles NICOLLE, le CH Saint Julien de Petit-Quevilly ne disposait que de cent cinquante à deux cents lits aigus, mais disposait d'une forte activité d'urgences (17 000 passages par an). Cet établissement ne possédait pas de maternité, seule activité qui n'était pas exercée au regard

des attributions fixées à un centre hospitalier, autrefois dénommé centre hospitalier général. Jamais les projets de création d'une maternité sur ce site n'avaient pu aboutir.

Jusqu'en 1993, rien ne laissait présager d'un rapprochement entre ces deux entités, le contexte politique jouant certainement un rôle non négligeable. En 1993, la tragédie du stade FURIANI de Bastia, fit naître le syndrome du même nom, et les commissions de sécurité devinrent plus vigilantes et surtout plus écoutées par les pouvoirs publics. Au mois de juin de cette même année, la commission de sécurité interdisait l'exploitation du bâtiment qui accueillait les lits de chirurgie à Petit-Quevilly. Le maire de la commune, qui était également le président du conseil d'administration, décida alors, après contact avec le chef d'établissement, de prendre un arrêté de fermeture du bâtiment litigieux.

Un raisonnement à l'échelle de l'agglomération s'imposait pour faire face à cette décision, et trouver une solution pour absorber environ 15 000 passages aux urgences et près de 2 000 séjours en chirurgie. Mais, ni le CHU de Rouen, ni le CH d'ELBEUF, pour diverses raisons, ne voulurent s'engager à résorber ce surplus d'activité. Saint Julien déposa alors en juillet 1994 un projet qui créa le trouble, car il montrait clairement le devenir du site de Petit-Quevilly et la crédibilité qui pouvait lui être accordé. Tous les indicateurs permettaient en effet d'affirmer que le potentiel d'offre de soins de Saint Julien répondait à de véritables besoins sur la rive gauche. Saint Julien pouvait se positionner comme un établissement de proximité dans un espace urbain peu favorisé.

La réalité fut toute autre. Après l'élaboration de ce projet, et sous l'impulsion des services de l'Etat, un processus de fusion entre le CH de Petit-Quevilly et le CHU de ROUEN était engagé. L'objectif consistait à créer un Centre Hospitalier Intercommunal. L'objectif proposé par le Préfet était de développer une activité d'urgences sur Saint Julien pouvant atteindre 20 000 à 25 000 passages par an, de maintenir une activité de chirurgie en correspondance avec les urgences, et de coordonner le développement des hôpitaux de Rouen.

Après un long travail d'élaboration, début 1995, les conseils d'administration respectifs des deux établissements votaient un protocole d'accord qui définissait les modalités d'un travail en commun pour la préparation de la fusion. Ce protocole mettait notamment en avant qu'un noyau d'activités, considérées comme essentielles sur le site de Saint Julien devait être maintenu. Il s'agissait des urgences, de la biologie, de l'imagerie, du développement des consultations externes et d'une activité chirurgicale.

En 1996, les conseils d'administration des deux établissements se sont prononcés en termes identiques pour solliciter du Préfet, qu'il crée un nouvel établissement public de santé. Le 1^{er} janvier 1997, le CHU de ROUEN – Hôpitaux de Rouen comportait cinq établissements.

*
* *
*

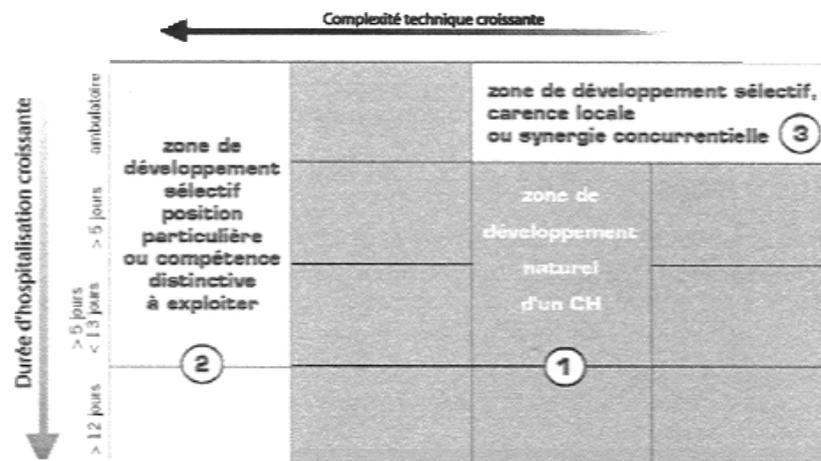
La fusion du CHU de ROUEN et du CH de Petit-Quevilly a un effet immédiat sur le positionnement de l'offre de soins de l'établissement. Le CHU doit dès lors tenir compte, d'une part de son environnement régional, mais aussi, intégrer directement dans son offre de soins le rôle que tenait Saint Julien en tant que structure autonome, et se tourner alors davantage vers un rôle de proximité.

1.3 UN POSITIONNEMENT ISSU DE SON ENVIRONNEMENT.

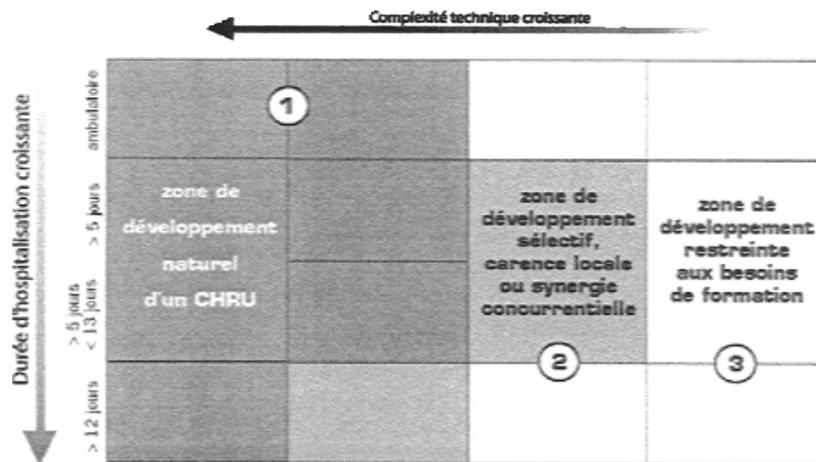
Comme tout CHU, celui de Rouen se doit de jouer un rôle d'établissement de recours et d'établissement de proximité. En nous appuyant sur la typologie stratégique des établissements universitaires mises en avant lors des 7^{ème} Assises Nationales Hospitalo-Universitaires¹⁵, et en conservant à l'esprit les données régionales précédemment décrites, nous verrons pourquoi cet établissement se destine à remplir un rôle régional qui lui est dévolue par définition, et un rôle de proximité qui s'impose à lui peut être plus que de nature.

1.3.1 Typologie stratégique des établissements Hospitalo-Universitaires.

Cette typologie définie lors des 7^{ème} Assises Nationales Hospitalo-Universitaires permet de comprendre le cadre de référence stratégique dans lequel se situe ce type d'établissement.



¹⁵ VII Assises Hospitalo-Universitaires – Montpellier – Octobre 2001 ; Rapport du groupe 1



L'espace stratégique est constitué par la mise en relation de deux déterminants que sont la complexité technique et la durée d'hospitalisation. Ceci permet de situer la zone de développement naturel d'un CH, celle d'un CHU, et d'identifier les zones communes qui peuvent se définir comme des espaces de coopération.

A la lecture des schémas ci-dessus, il apparaît que le CHU a vocation d'offrir des prestations complexes et de prendre en charge les pathologies non maîtrisées qui requièrent un plateau technique varié et des capacités d'hospitalisation pouvant faire face à des besoins de séjours importants. Le CHU partage avec les CH et les cliniques le champ des activités concurrentielles. L'équilibre de positionnement se situe donc entre une répartition harmonieuse des activités complexes et des activités simples. L'environnement détermine ainsi fortement la nature et les choix stratégiques d'un établissement.

1.3.2 Assumer son rôle d'établissement de recours.

Le rôle de prise en charge des pathologies complexes crée la compétence d'un CHU, compétence à laquelle il convient d'ajouter celles de recherche et de formation. Centre de référence pour la région, le CHU de ROUEN doit certes maintenir des technologies de base, mais également participer à la conception et à la mise au point de technologies et de techniques émergentes. Ces dernières conditions restent indispensables pour que l'établissement continue à jouer son rôle d'hôpital de référence. A cette fin, il se doit d'assurer un renouvellement régulier de son portefeuille technologique. Le CHU de ROUEN place ces préoccupations au centre de son positionnement régional. Outre une concrétisation par des réussites spectaculaires en matière de recherche : première mondiale médicale réalisée en 2002 pour la pose d'une valve cardiaque sans avoir à pratiquer une

intervention à cœur ouvert ; elles occupent également une place importante dans le fonctionnement quotidien de l'établissement, en matière d'investissement, de veille technologique, de positionnement auprès du planificateur pour l'obtention d'autorisations d'installations de matériels lourds. Il s'agit bien de mettre à la disposition de l'ensemble de la population une offre de haute technologie qui corresponde à ses besoins.

Cette démarche est d'autant plus importante que la proximité avec la région parisienne et ses établissements de grande renommée, même si elle crée une certaine émulation, présente néanmoins un handicap en terme d'attractivité.

L'offre de soins à visée régionale est positionnée en fonction de segments d'activité qui tiennent compte des paramètres régionaux de morbidité, et des priorités de santé publique. Ainsi, le CHU de ROUEN peut jouer pleinement son rôle d'établissement de recours.

1.3.3 Assumer son rôle de proximité .

Il conviendra avant d'envisager le rôle de proximité du CHU de Rouen de définir cette notion.

Considérations sur la proximité.

Nous retiendrons comme première définition de la proximité celle formulée à l'occasion des 7^{ème} Assises Nationales Hospitalo-Universitaires :

« Dans la terminologie de la planification hospitalière, les soins de proximité font appel à une notion géographique d'accessibilité aux soins. En théorie, on peut définir un temps d'accès maximal à une offre de soins pour une population et un espace géographique donnés. »

Cette définition, comme la plupart de celles qui définissent la proximité hospitalière, est axée sur une notion de zone géographique et de temps d'accès aux soins. Lorsque l'on parle de « proximité », c'est donc la notion de distance qui semble faire référence. La distance peut apparaître comme un indicateur simple et rationnel.

Mais, la notion de « proximité » ne se réduit pas à la notion de distance . Elle est souvent évocatrice d'un modèle de prise en charge . Elle se trouve confondue avec la notion d'activité de bases (urgences, gériatrie, soins de suite, médecine polyvalente, petite chirurgie, plateau technique non spécialisé...). C'est d'ailleurs la définition qu'en donne le SROS de Haute-Normandie.

Définir la proximité au travers de ces deux critères revient à dire qu'une offre hospitalière de proximité consiste à proposer des soins de première intention, dont la fréquence de recours est importante, et ce, à un point rapidement accessible pour l'utilisateur.

Se contenter d'une telle définition est cependant réducteur. En ce qui concerne la distance tout d'abord, il convient de séparer dans l'accès aux soins « la disponibilité » (présence d'un service), « l'accès effectif » et « l'accès efficace »¹⁶. L'accès effectif se définit comme la distance réellement parcourue par le malade, et l'accès efficace comme la distance de l'établissement approprié le plus proche. La distance d'accès a souvent été étudiée pour les zones rurales ou faiblement peuplées sous l'angle de la disponibilité. Un faible nombre d'études ont été menées sur la distance réellement parcourue. En revanche, beaucoup d'articles montrent que l'équipement le plus proche ne constitue pas nécessairement le recours le plus fréquent¹⁷. Dans ce cas, la distance physique n'est considérée ni comme un frein ni comme une restriction. Un facteur déterminant est alors mis en avant : la distance sociale ou psychologique.

Cet élément vient compléter notre définition de la proximité. Il ne convient pas en effet d'appréhender cette notion sur les seuls critères géographiques et de nature d'activité, mais bien d'y ajouter les rapports qu'entretiennent les usagers avec le système de soins eu égard à leurs habitudes de vie et à leur niveau social.

Le C.H.U de Rouen et son rôle de proximité

Le C.H.U de Rouen, par rapport à d'autres établissements de son envergure, ne s'est développé de manière globale qu'à partir de 1975. Aussi, il se caractérise plus fortement que d'autres par son rôle d'hôpital de premier recours. Le nombre élevé de passages aux urgences en témoigne : 123 200 en 2000, 122 514 en 2001¹⁸. Divers éléments déjà évoqués en sont la cause :

- une faible densité d'établissements dans la région,
- des moyens accordés limités,
- une densité médicale (publique et privée) et une offre de l'hospitalisation privée qui ne permet pas un report de la population.

¹⁶ TC RICKETS, L.A SAVITZ, W LESLER, D.N OSBORNE – *Geographie methods for health services research – A focus on the rural-urban continuum* – University Press of America – 1994 in IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé – Janvier 1999 – CREDES.

¹⁷ IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé – Janvier 1999 – CREDES.

¹⁸ Chiffres clés CHU de ROUEN – Rapport d'activité 2001

Appartenir à une région sous-dotée oblige donc le C.H.U à tenir un rôle accru en terme d'établissement de premier recours. Ce statut , n'est pas toujours simple à assumer, et ce pour deux raisons. Tout d'abord, ce rôle essentiel pour la région, d'établissement de proximité, empêche quelque peu le C.H.U de consacrer autant de moyens qu'il le souhaiterait à ses fonctions de haute spécialité. Ensuite, cette position dominante sur la région tend à faire naître dans les autres établissements une suspicion d'hégémonisme de la part du C.H.U. Mais, comment peut-il en être autrement lorsqu'un regard porté sur la carte sanitaire fait apparaître de véritables zones désertiques en matière sanitaire, lorsque la densité des médecins spécialistes est inférieure de 24‰ à la moyenne nationale, et que la dépense hospitalière y est inférieure de 15,5% ? En fait, cette situation nous éclaire sur un dilemme permanent qui occupe le positionnement stratégique de l'établissement, qui aspire à se concentrer sur les activités de pointe, mais qui est en permanence sollicité pour des raisons sanitaires qui relèvent davantage d'une prise en charge de proximité.

A ces éléments récurrents, vient s'ajouter depuis le 1^{er} janvier 1997, le positionnement du site de Petit-Quevilly. Etablissement de proximité par excellence, son intégration au sein du C.H.U de Rouen a pour effet de renforcer encore davantage un recours en première intention déjà bien établi.

*

* *

*

Etablissement a double vocation, le C.H.U de Rouen à donc mené une réflexion sur le positionnement de ses cinq sites.

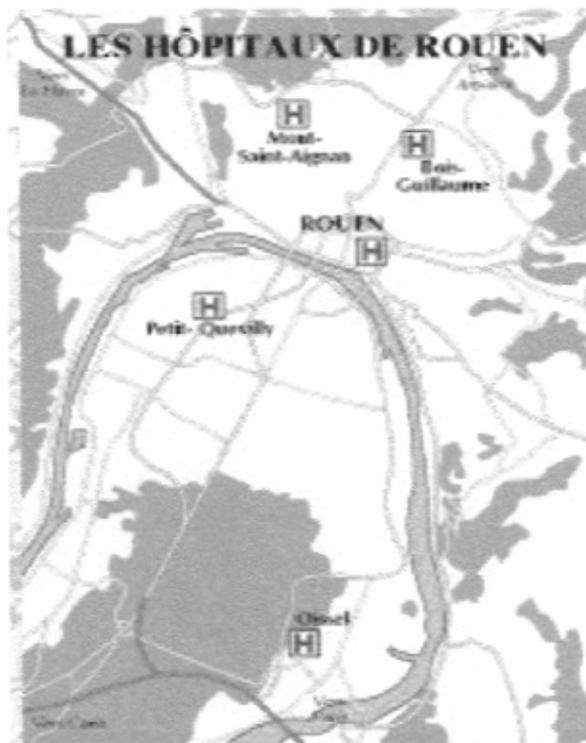
1.4 LE POSITIONNEMENT DES DIFFÉRENTS SITES DU CHU ET LA NAISSANCE DU CONCEPT D'HÔPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ.

Au regard de la situation régionale et des deux niveaux de réponse à apporter, le C.H.U de Rouen a opter pour un positionnement de ses activités qui vise à répondre au mieux à ces exigences.

1.4.1 Le positionnement des différents sites du C.H.U.

Situé dans le secteur seine et Plateaux, le C.H.U joue un rôle non négligeable dans le paysage sanitaire français. Huitième établissement par son nombre de lits de court séjour, dixième en fonction de son budget d'exploitation, il est au cœur du SROS Haut-Normand .

Cet établissement est composé de cinq sites (Hôpital Charles NICOLLE , Hôpital de Bois Guillaume, Hôpital de Oissel, Maison de retraite BOUCICAUT, Hôpital Saint Julien), concentrés pour la majeure partie sur la rive droite de l'agglomération.



Les objectifs affichés dans le projet d'établissement trouvent une traduction concrète dans le positionnement des activités de chacun des établissements. Il s'agit pour le C.H.U de :

« (...) consolider ses missions hospitalières et universitaires au niveau régional, tout en assurant son rôle de proximité pour les 450 000 habitants de l'agglomération. »¹⁹

Regroupement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (M.C.O) sur un site unique : Charles NICOLLE.

Le projet médical, pierre angulaire du projet d'établissement, prévoit l'organisation des activités de soins sur la base de quatre modes de prise en charge identifiés : accueil non programmé, plateau technique, secteur ambulatoire, hospitalisation complète et de semaine. Ces activités seront localisées sur un site unique : Charles NICOLLE. Le regroupement sera réalisé sous forme de pôles médico-techniques et cliniques en fonction d'une logique d'organes. Ce regroupement doit s'opérer dans un souci de rationalisation des équipements et des moyens. Cette organisation se traduit par la restructuration de nombreuses unités, et s'accompagne d'un plan directeur de 183 millions d'Euros.

Outre le positionnement d'activités de premier recours, le projet médical vise à structurer les activités régionales pour lesquelles le C.H.U doit être centre de référence et pôle d'excellence. Sont visées par cet objectif des activités concernées par les priorités de santé publique régionale : la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, l'oncologie pédiatrique, l'hémophilie, l'hépatite C, le SIDA, les prélèvements et transplantations d'organes.

Cette stratégie prend donc délibérément le parti de situer l'essentiel de l'activité sur le site « historique » du C.H.U . En dehors des objectifs de rationalisation, cette politique a pour conséquence de renforcer et de réaffirmer la place centrale qu'occupe le site Charles NICOLLE dans l'organisation de l'établissement.

Un site dédié aux soins de suite et de réadaptation : Bois Guillaume.

Spécialiser Bois Guillaume est une suite logique de la centralisation du M.C.O sur Charles NICOLLE. L'activité génère en effet un besoin croissant de lits d'aval de qualité. A cet effet, le C.H.U souhaite créer près de 250 lits supplémentaires de soins de suite et de réadaptation pouvant absorber un besoin identifié, le nombre de lits dans la région étant largement déficitaire.

¹⁹ Projet d'établissement du C.H.U de Rouen - 2001

Oissel et BOUCICAUT : une réponse à la prise en charge des personnes âgées.

Qualifiée de priorité régionale, la prise en charge de la personne âgée fait partie de la préoccupation de l'établissement. A ce titre, deux autres sites périphériques à Charles NICOLLE sont utilisés pour remplir cette mission. Il s'agit des établissements de Oissel et de BOUCICAUT. Ce dernier peut être qualifié de maison de retraite, le site de Oissel est davantage orienté vers la gérontologie avec notamment un développement d'activité géronto-psychiatrique et d'accueil de jour. Ces établissements évoluent au sein d'un réseau : la CEGAR (Communauté d'Établissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise).

Saint Julien : la naissance du concept d'Hôpital Urbain de Proximité (H.U.P).

Si le positionnement des établissements précédemment évoqués n'a pas posé trop d'interrogations, la récente intégration du site de Saint Julien au C.H.U de Rouen a suscité une réflexion novatrice. Regrouper le M.C.O sur Charles NICOLLE et spécialiser les trois autres sites constituait finalement une suite prévisible dans l'historique et la logique de prise en charge réalisée sur le C.H.U de Rouen. Le projet d'établissement vise donc pour ces établissements à clarifier leur vocation.

La situation de l'Hôpital Saint Julien est tout autre. Jusqu'à une période encore récente (1996), il était autonome et offrait à la population de la rive gauche une prise en charge comme peut le faire un centre hospitalier de petite taille. Spécialiser Saint Julien aurait pu être une solution retenue par les décideurs du C.H.U. Cette décision aurait inscrit cet établissement dans la droite ligne des autres établissements périphériques de Charles NICOLLE, préservant ainsi une certaine logique stratégique .

Mais, cette solution revenait à ignorer l'action déjà menée par cet établissement lorsqu'il était encore autonome, et ignorer le rôle de proximité que jouait alors Saint Julien. Dès lors, il s'agissait d'intégrer Saint Julien dans l'offre de soins du C.H.U, dans une stratégie globale d'établissement, sans pour autant créer une rupture trop forte avec la vocation précédente de l'hôpital de Petit-Quevilly. C'est ainsi qu'est né le concept d'Hôpital Urbain de Proximité.

1.4.2 Saint Julien, Hôpital Urbain de Proximité : un positionnement paradoxal ?

Concept novateur, l'H.U.P mérite à ce stade d'être défini, définition qui nous le verrons n'est pas sans susciter certaines interrogations.

L'Hôpital Urbain de proximité.

L'objectif premier d'un H.U.P est de prendre en charge des patients en améliorant et en adaptant l'offre de soins aux besoins de la population locale tout en garantissant un niveau de sécurité et de qualité optimal.

L'H.U.P est donc pour l'essentiel un établissement de première intention. Il doit être en mesure d'accueillir des patients par le biais d'un service d'urgences, et, offrir une possibilité de diagnostic efficace, débouchant sur des soins, une hospitalisation sur place, ou une orientation vers un établissement approprié.

Situé en milieu urbain, il bénéficie au travers de relations privilégiées du soutien technique et logistique d'un établissement de référence. En l'occurrence, pour Saint Julien, le fait d'être un établissement du C.H.U de Rouen lui confère cette assise. L'accent est mis ici sur deux éléments primordiaux : l'H.U.P doit être fortement intégré dans la zone urbaine qu'il dessert, et, il doit offrir grâce aux relations qu'il entretient avec un centre de référence, des gages de qualité et de sécurité, paramètres délicats à maintenir dans une structure de petite taille.

L'H.U.P doit être en mesure de fournir une réponse immédiate aux besoins de la population. A ce titre, certaines activités que nous pouvons qualifier de bases, doivent être présentes. Saint Julien comporte ainsi un service d'urgences, un service de médecine, un plateau technique allégé, et une polyclinique de consultations avancées. Un service de chirurgie simple n'est pas à exclure, même si cette option n'a pas été retenue sur Saint Julien.

Ce type d'offre lui permet de renforcer et de jouer pleinement son rôle de proximité qui se veut à la fois géographique et sociale. A ce titre, des unités de soins de suite et de réadaptation, des lits de maison de retraite sont également implantés.

Enfin, son rôle de proximité est affirmé par une orientation des activités centrée sur les besoins de la population. L'offre de soins doit correspondre aux besoins de santé publique qui se font jour sur la zone d'attraction de l'établissement. Sa taille réduite doit l'aider, de part la souplesse qu'elle est susceptible de générer, à adapter rapidement son offre aux besoins les plus prégnants. Répondre au mieux aux besoins de santé public, c'est aussi intervenir dans les domaines de la prévention et de l'éducation à la santé. Ce rôle, l'H.U.P doit être en mesure de l'assumer. Il peut le faire d'autant plus facilement que sa taille humaine, son intégration dans la cité, sont autant d'atouts pour favoriser ce type d'actions.

L'H.U.P n'est donc ni un hôpital général, ni un hôpital spécialisé. Il n'est pas surdimensionné et ne tire pas sa valeur de la richesse de son plateau technique ou de l'aura des activités dispensées. Il est fortement intégré dans l'espace urbain jouant ainsi son rôle d'établissement de proximité. Bénéficiant du soutien logistique et technologique d'un établissement de référence, il peut concentrer une part importante de son activité sur une offre de première intention, mais également, sur des actions de santé publique, domaines souvent ignorés par les établissements de santé, que sont la prévention et l'éducation à la santé.

Un positionnement paradoxal ?

La définition que nous venons de donner de l'H.U.P nous éclaire sur sa vocation, et ne manque pas de faire naître des interrogations sur la cohérence du positionnement stratégique de cet établissement dans le cadre plus global de la stratégie du C.H.U de Rouen.

En effet, alors que les activités de M.C.O, et le plateau médico-technique sont regroupés sur un site unique, alors que les autres sites périphériques ont vocation à être spécialisés, n'y a-t'il pas une rupture dans la logique stratégique de l'établissement en faisant de Saint Julien un établissement qui conserve une offre de soins diversifiés ? Pourquoi ne pas faire de Saint Julien un établissement spécialisé ? Cela offrirait la possibilité de développer une prise en charge particulière supplémentaire, et, de renforcer par un redéploiement de moyens la prise en charge M.C.O sur le site de Charles NICOLLE. N'est-ce pas s'exposer à certaines réticences que de proposer une telle solution qui prend le contre-pied parfait de la ligne directrice fixée pour les autres établissements et déboucher ainsi sur un échec ?

D'autres interrogations pourraient être formulées. Leur nombre et ce positionnement « hors cadre » nous amène donc à rechercher les raisons qui justifient d'un tel choix.

*

* *

*

2- LES RAISONS D'UN POSITIONNEMENT A PRIORI PARADOXAL

Diverses causes peuvent être évoquées pour expliquer ce choix de faire de Saint Julien un H.U.P. Le but de cette partie n'est pas d'en rechercher l'exhaustivité, mais bien de mettre en évidence que la stratégie d'un établissement en matière d'offre de soins et de positionnement de ses activités dépend d'une multitude de critères. Ils sont parfois complémentaires, parfois opposés. En tout état de cause, il convient de tenir compte de l'ensemble de ces éléments, de leur poids relatif en terme d'influence positive ou négative sur la réussite d'une stratégie, sans perdre de vue que l'objectif à atteindre reste l'optimisation du service rendu aux patients.

Le portrait que nous avons tracé de la région, nous permet d'affirmer que la Haute-Normandie n'est guère favorisée sur le plan économique et social, et par voie de conséquence au niveau sanitaire. La rive gauche de l'agglomération reflète bien cette situation, et nous pouvons donc y voir les premières raisons du maintien d'une offre de proximité et de son développement au travers de l'H.U.P. Mais d'autres arguments d'ordre stratégique, politique, viennent également plaider pour un tel positionnement.

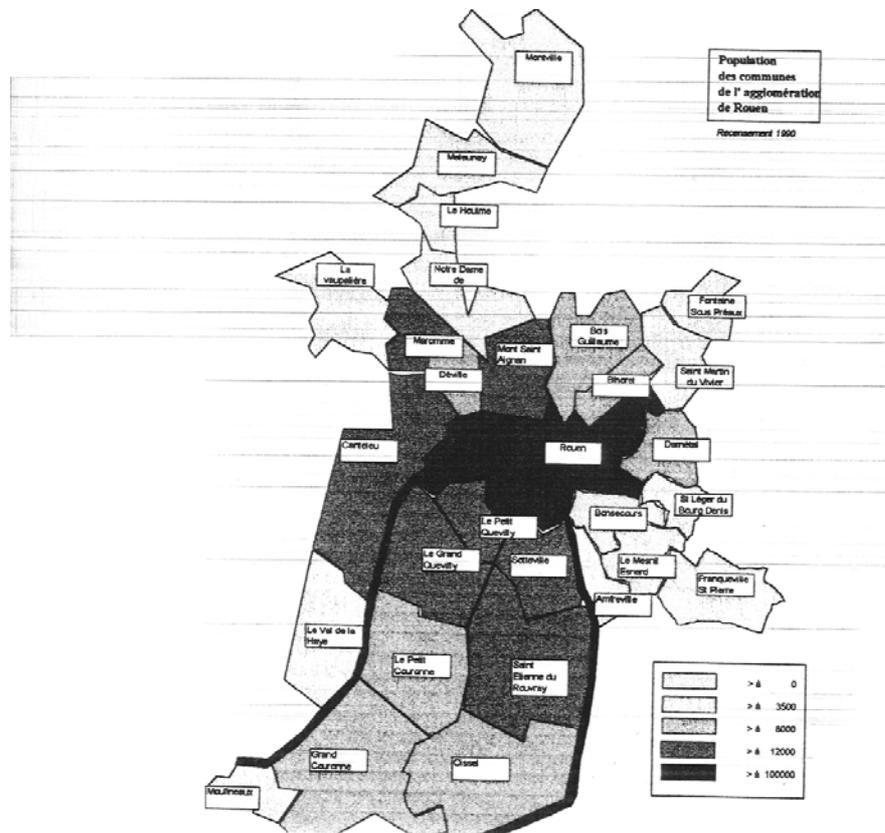
2.1 DES RAISONS D'ORDRE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIALE.

2.1.1 Un bassin de population conséquent.

L'agglomération de Rouen est composée de trente trois communes. En 1999, sa population totale comptait 390 283 habitants²⁰. Coupée par la Seine, la majorité des communes sont situées sur la rive droite, la rive gauche ne comptant que sept communes. En revanche, la population se répartie de manière quasiment identique sur les deux rives : 145 238 rive droite, 138 453 rive gauche et 106 592 pour le centre ville. Petit-Quevilly et la rive gauche de l'agglomération ont vu leur population se multiplier par dix en l'espace d'un siècle.

²⁰ Source INSEE – RGP 1999

Face à la faiblesse du tissu hospitalier régional, et à la taille du bassin de population évoqué, la présence d'un établissement de proximité paraît se justifier.



2.1.2 Une population fragile.

Catégories socioprofessionnelles.

La rive gauche de Rouen se caractérise par une forte présence ouvrière. L'écart entre la population ouvrière et les cadres est très marqué, il atteint entre +30 et +40 points²¹. Cette distribution disproportionnée découle des variantes que chaque zone développe en matière d'emploi et d'habitat. Ainsi, la proximité géographique des sites industriels, ainsi que la prégnance de l'habitat social collectif expliquent la sur-représentation de la population ouvrière.

²¹ INSEE – Haute Normandie 1993

Les revenus les plus faibles de l'agglomération²².

Le revenu annuel moyen sur l'agglomération de Rouen au début des années 1990 était de 12 208 euros (80 075 francs) . A la même période, celui de la rive gauche était de 10 590 euros (69 473 francs), soit un écart de 15,3%. La commune de Petit-Quevilly présentait le revenu annuel moyen le plus faible de l'agglomération. Cette situation se vérifie encore aujourd'hui, et en fonction des communes, la rive gauche présente des taux de non imposition compris entre 52% et 60% de la population²³.

Des conditions d'emploi précaire.

Les salariés représentent la majorité des actifs de la rive gauche. Mais, plus de 11% de ces emplois salariés peuvent être qualifiés de précaires²⁴, au premier rang desquels figurent les contrats à durée déterminée. Un salarié sur vingt travaille sous ce mode de contrat. Le travail à temps partiel est aussi fortement développé, et concerne essentiellement les femmes. Ces emplois se situent pour plus de la moitié sur la rive gauche de l'agglomération.

Le chômage

La rive gauche est la partie de l'agglomération la plus touchée par le chômage. Près d'un actif sur cinq est à la recherche d'un emploi. Les difficultés du marché du travail se reportent en premier lieu sur les jeunes et sur les femmes. Un chômeur sur trois à moins de vingt-cinq ans ; trois chômeurs sur cinq sont des femmes.

Un faible niveau d'études et de diplôme.

Le taux de scolarisation des plus de quinze ans demeurant rive gauche n'atteint pas 10%²⁵ . Ils sont près de trois fois plus à ne posséder aucun diplôme²⁶. Ces données vont qui plus est à l'encontre de la tendance qui se dessine sur l'agglomération, creusant de fait un peu plus le fossé qui sépare les deux rives. En effet, l'agglomération a vu au cours de la dernière décennie son taux de scolarisation à 20 ans passer de 24% à 58%, et dans l'ensemble, la population de l'agglomération rouennaise est plus diplômée que la moyenne régionale.

²² INSEE – Haute Normandie 1993

²³ INSEE, DRASS, CAF – atlas sanitaire et social de la Haute-Normandie – Février 2000

²⁴ INSEE – Haute Normandie 1993

²⁵ Taux de scolarisation : Enfants scolarisés/population de 15 ans et plus.

²⁶ INSEE – Haute-Normandie - 1999

2.1.3 Un frein sociologique .

La partie « noble » de la ville se situe rive droite, avec en son cœur le centre ville historique. La rive gauche s'est longtemps vu attribuée le rôle de zone de délestage de l'agglomération ; activités polluantes, dangereuses, cité ouvrière. Cette histoire a marqué les mentalités rouennaises et se traduit encore aujourd'hui par une séparation sociologique particulière entre les deux rives.

Les populations des deux rives se mélangent peu, et se rendre rive droite pour un habitant de la rive gauche n'est pas un acte courant. « Passer de l'autre côté de l'eau » n'a rien de banal.

La majeure partie des habitants de la rive gauche ne se déplace rive droite ni pour son travail (plus de 60% des actifs travaillent rive gauche), ni pour ses loisirs.

Ces freins sociologiques, mélange de « distance sociale » et de « distance psychologique » sont également des arguments justifiant de la présence de l'HUP sur cette partie de l'agglomération. En effet, une enquête du CREDES²⁷ montre que la distance d'accès aux établissements de soins varie de façon significative selon les facteurs sociaux. Les itinéraires thérapeutiques s'inscrivent dans un tissu d'habitudes et de flux quotidiens, de relations personnelles. Il ressort clairement de cette étude que moins le niveau d'études est élevé, et plus le degré d'urbanisation est élevé, moins on se déplace. A ce titre, la présence d'un établissement de premier recours sur la rive gauche semble pertinente.

2.2 DES RAISONS D'ORDRE SANITAIRE.

2.2.1 Une offre de soins déséquilibrée entre les deux rives .

Qu'il s'agisse de l'offre publique ou privée, d'hospitalisation ou de médecine de ville, d'activité paramédicale, la comparaison de la densité entre l'offre de soins rive droite et celle de la rive gauche, est largement en défaveur de cette dernière. En 1998, la densité de médecins généralistes était de plus de 10 pour 10 000 habitants rive droite, contre moins de 7 pour 10 000 habitants rive gauche. Il en est de même pour les infirmiers libéraux : plus de 10 pour 10 000 habitants rive droite, moins de 4 pour 10 000 habitants rive gauche²⁸. Nous savons depuis longtemps que la solvabilité des populations, leur niveau de revenu et, de fait,

²⁷ IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé – Janvier 1995 - CREDES

²⁸ Atlas sanitaire et social de Haute-Normandie – INSEE – Février 2000

leur niveau social constituent les principaux facteurs de localisation des professionnels de santé. L'écart entre les deux rives de l'agglomération rouennaise ne constitue qu'un exemple supplémentaire. La rive gauche souffre donc directement, de part le profil de sa population et de son cadre de vie, d'une sous-densité en matière d'offre de soins. La notion de représentation de « l'espace médical »²⁹ joue contre l'implantation des professionnels de santé dans ce secteur de l'agglomération.

De plus, les populations ont une toute autre vision de l'espace. Le recours aux soins est lié aux habitudes de déplacement. Cette pratique communautaire de l'espace social se déroule au sein d'un territoire « l'espace sanitaire »³⁰, c'est à dire l'aire de recours aux soins. A ce titre, la rive gauche peut se définir comme un bassin de vie, et même un bassin de santé. L'unité, les comportements similaires de la population et la valeur d'usage qu'elle attribue à l'espace donné, sont autant d'éléments qui définissent ces notions et qui sont présents sur cette partie de l'agglomération.

Ainsi, au regard du déficit de l'offre, et devant les besoins importants de la population de la rive gauche, le maintien et le développement d'une offre de soins de proximité paraissent tout à fait justifiés.

2.2.2 Des besoins de santé accentués par la précarité.

L'inégalité sociale face à la mort et la maladie existe. Les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont plus durement touchées. Le rapport de probabilité de décéder entre 35 et 65 ans (mortalité prématurée), est deux fois plus élevé pour un ouvrier par rapport à un cadre³¹. Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (R.M.I) ont quant à eux un taux de mortalité de deux à trois fois plus élevé que celui de la population générale. Les évaluations épidémiologiques confirment cette inégalité entre classe sociale. Un cadre supérieur présente quatre fois moins de risques d'avoir un infarctus. Les décès par cancers des voies aéro-digestives supérieures, sont proportionnellement dix fois plus nombreux chez les ouvriers et employés que chez les cadres. Les suicides sont également plus nombreux dans les banlieues ouvrières. Nous connaissons les causes de ces inégalités : pollutions industrielles, expositions professionnelles, tabagisme, alcoolisme, manque de surveillance médicale, pas ou peu d'éducation à la santé.

²⁹ H. PICHERAL – Echelle d'analyse de la desserte en soins médicaux – Cahiers Sociologie et Démographie médicale - 1990

³⁰ H. PICHERAL – Echelle d'analyse de la desserte en soins médicaux – Cahiers Sociologie et Démographie médicale - 1990

³¹ Espérance de vie et probabilité de décès – Cohorte INSEE 1982-1996

Le Haut Comité de Santé Publique (H.C.S.P), dans son rapport sur la santé en France³² a dénoncé une nouvelle fois cet état de fait, et affiché clairement l'objectif de le réduire.

La rive gauche de l'agglomération Rouennaise se trouve confrontée à ces difficultés. Si aujourd'hui, peu de chiffres existent sur ce sujet, il n'en demeure pas moins que les discours et le ressenti des professionnels de santé vont dans ce sens. Cette partie de l'agglomération est le reflet des caractéristiques sanitaires de la région. Les priorités de santé publique définies pour cette dernière peuvent donc être transposées à la rive gauche de l'agglomération.

L'hôpital public, constitue pour les populations défavorisées un « substitut partiel »³³ à une faible consommation médicale de ville. La fréquentation hospitalière est en effet plus élevée pour les personnes appartenant aux groupes économiquement et socialement les moins favorisés : ménages d'ouvriers non qualifiés, revenus bas, faible niveau d'instruction.

Ainsi, il serait paradoxal de supprimer une offre de soins à l'endroit où les besoins sont criants. Renforcé par les difficultés de déplacement de cette population, il apparaît primordial de maintenir une offre de soins de proximité, et ce dans le but de répondre le plus précisément aux besoins, et de développer des actions de prévention et d'éducation à la santé. L'H.U.P vise à favoriser ce type d'intervention.

2.3 DES RAISONS D'ORDRE STRATÉGIQUE.

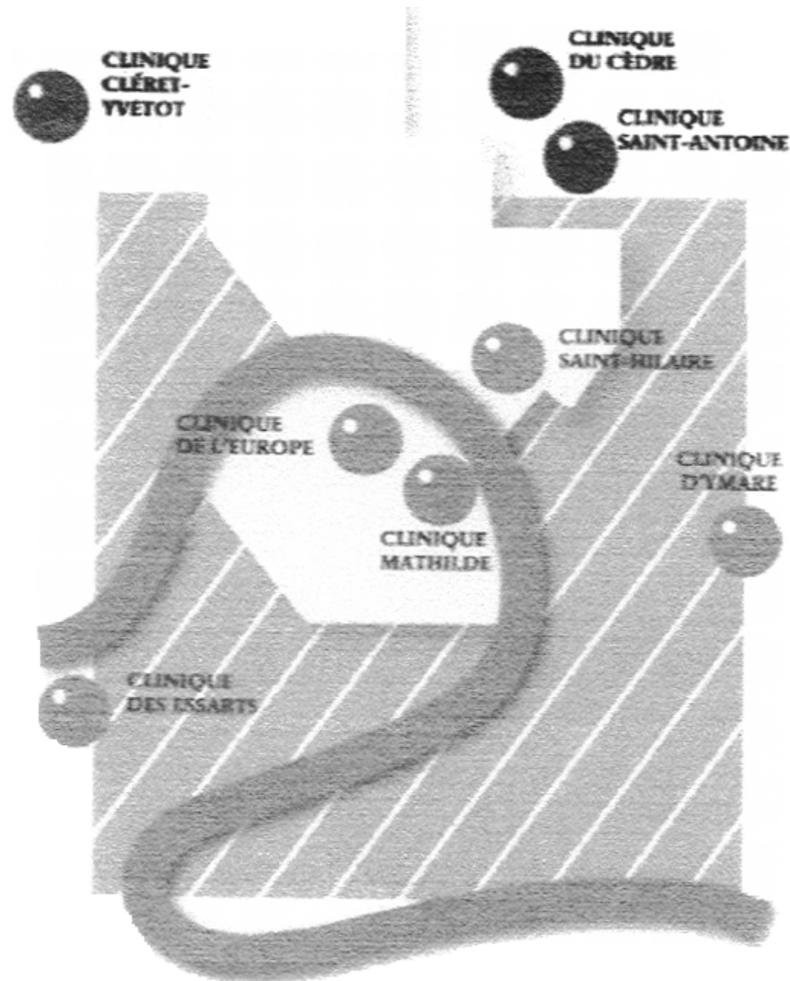
2.3.1 Etre présent face à l'offre d'hospitalisation privée.

Au même titre que les établissements publics, les cliniques privées sont engagées dans un mouvement de restructuration : développement des coopérations, modernisation des structures et des organisations, recherche de la qualité. Ainsi, depuis 1996, le paysage de l'offre d'hospitalisation privée s'est fortement modifié. Ce fut d'abord la fusion de trois établissements qui donna naissance à une nouvelle entité, la Clinique de l'Europe. Composée de 154 lits, spécialisée en chirurgie et en médecine, elle bénéficie d'un plateau technique de bon niveau et d'une Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences (UPATOU). Cette clinique jouit d'une très bonne réputation. En juin 2002, la Clinique Mathilde, spécialisée elle dans l'obstétrique et la gynécologie voit le jour. Fruit de la fusion de trois établissements, 3 000 naissances par an doivent y être accueillies, ce qui est

³² H.C.S.P – La santé en France, 2002 – Documentation Française

³³ IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé – CREDES – Janvier 1995

sensiblement identique au nombre de naissances annuelles sur le C.H.U. Cet établissement fait partie des cinq plus grosses maternités privées de France.



La rive gauche de Rouen compte donc aujourd'hui plus de 350 lits d'hospitalisation privée. Dès lors, le C.H.U se doit d'être présent afin de ne pas prendre le risque d'abandonner des pans entiers d'activité au secteur privé qui a su se moderniser, et qui jouit d'une bonne réputation sur l'agglomération.

Saint Julien et le concept d'H.U.P constitue la réponse apportée à cette nécessaire tête de pont dont doit disposer le C.H.U sur la rive gauche. En effet, s'ils ne sont pas encore mesurés, nous pouvons penser que l'un des effets de la couverture maladie universelle sera à court terme de voir l'hospitalisation privée recruter sa clientèle sur des catégories de population identiques à celles de l'hospitalisation publique. Dès lors, l'effet de protectionnisme qui pouvait exister cessera, accroissant de ce fait une concurrence déjà existante entre ces

deux secteurs. Aussi, il semble important d'être d'ores et déjà présent, voir de renforcer cette présence sur des secteurs qui jusqu'à maintenant constituaient des bassins de clientèle captive.

2.3.2 Réguler les flux pour désengorger le site de Charles NICOLLE.

Les flux de malades admis de manière non programmée au C.H.U sont importants et sans cesse grandissants. Ces patients sont pour l'essentiel admis au Service d'Accueil des Urgences (S.A.U) de Charles NICOLLE, mais peuvent également être accueillis par les filières spécialisées (urgences coronariennes, neurologiques...). Ainsi, au 31 décembre 2001, le C.H.U a enregistré, (hors urgences de Saint Julien), 92 900 passages aux urgences, dont 31 540 pour la pédiatrie. Ces admissions non programmées peuvent également concerner les services d'hospitalisation complète (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique), créant alors un déséquilibre entre l'activité programmée et celle non programmée, des difficultés en terme de gestion de lits, et au final une certaine insatisfaction des malades et des conditions d'exercice difficiles pour les personnels.

Le site de Saint Julien quant à lui, reçoit en moyenne 15 000 personnes aux urgences chaque année. Cependant, un taux de fuite de l'ordre de 50% ; de la rive gauche vers le S.A.U de Charles NICOLLE a pu être établi.

L'enjeu apparaît alors clairement en terme de gestion de flux. Il s'agit bien de fixer au travers de l'H.U.P et de sa qualité de prise en charge, ce flux de patients, afin d'une part de soulager le site de Charles NICOLLE, et d'autre part, d'éviter à la population des déplacements inutiles.

Cette perspective est d'autant plus pertinente lorsque l'on sait que d'une part, l'augmentation des passages aux urgences est due à la hausse des problèmes sociaux, et à des problèmes de santé mentale (suicide des adolescents, toxicomanie...). D'autre part, 91% des cas recensés ne constituent pas une urgence médico-chirurgicale vitale, relevant d'une prise en charge intense et rapide, mais davantage d'une activité de dispensaire. De plus, le site de Charles NICOLLE, déjà surchargé, ne serait pas en mesure à l'heure actuelle d'accueillir 15 000 passages aux urgences supplémentaires.

Cet enjeux de régulation des flux concerne également les consultations externes. Aujourd'hui, faute d'offre locale, 20% des consultants qui fréquentent la polyclinique de Charles NICOLLE viennent de la rive gauche. Cette fuite allonge les délais d'attente, et se traduit comme pour les urgences par des déplacements de population qui pourraient être évités. Qui plus est, si l'offre était située rive gauche, nous pouvons aisément supposer que le nombre de consultants seraient plus nombreux. Il est donc encore une fois , nécessaire de

réguler ce flux afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients lors des consultations. L'H.U.P peut être un excellent outil pour réaliser cette opération.

2.3.3 Rechercher la cohérence dans le développement de l'offre de soins.

La rationalisation des dépenses de soins implique pour certains établissements une redéfinition de leurs activités. Avant la fusion, l'hôpital de Saint Julien était le plus coûteux de la région. Cependant, la sécurité y était assurée et se traduisait par un faible taux de recours contentieux ; l'activité justifiait sa présence en tant que centre hospitalier.

Une vision strictement comptable des choses consistait après la fusion à regrouper sur Charles NICOLLE toutes les activités sanitaires, et en particulier les urgences. Cependant, ce type de concentration aurait ignoré la dimension médico-sociale et les difficultés d'une frange importante de la population.

L'H.U.P se doit donc d'être économiquement performant et d'intégrer cette composante médico-sociale. Afin de concilier ces deux aspirations, il lui faut donc renoncer à des activités trop coûteuses qui seront assurées à moindre frais par le site de Charles NICOLLE. Les économies réalisées doivent en retour permettre d'intégrer une dimension médico-social accrue de la prise en charge.

2.4 DES RAISONS EN MATIÈRE D'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE.

Le rôle social et économique d'un établissement hospitalier dans une commune est évident. Aussi, ce paramètre ne peut pas être évacué lorsque l'on positionne une offre de soins, d'autant plus que les élus ne sont jamais absents lorsqu'il s'agit de prendre de telles décisions.

2.4.1 Le poids économique de la présence d'un hôpital.

Nous pouvons apprécier l'importance économique du C.H.U de Rouen au travers de ces quelques chiffres :

- 0,6 % du Produit Intérieur Brut de la région,
- 30 millions d'euros d'achats de biens et services auprès des entreprises locales,
- emploie plus de 1% des actifs de la région,
- 122 millions d'euros de rémunérations versées

- 2 millions d'euros attribués à la formation (initiale et continue).

Dans une région déjà en difficulté au niveau économique et social, il va de soit que le poids du C.H.U est considérable. Il en est évidemment de même pour un établissement comme Saint Julien dont la présence économique sur la rive gauche reste primordiale.

2.4.2 Qualité de la présence sociale d'un établissement public de santé.

Outre le poids économique, ce qui prédomine en matière d'aménagement du territoire et incite au maintien d'une offre hospitalière appropriée sur la rive gauche, c'est également la qualité de la présence sociale d'un hôpital, et son impact sur un lien social à maintenir dans une zone difficile.

La qualité des emplois offerts.

Comparé à l'ensemble des activités, le C.H.U présente l'avantage d'offrir des emplois à forte stabilité, 92% de ses employés appartiennent à la fonction publique hospitalière³⁴, les protégeant ainsi des réductions d'effectif causées par le déclin de la productivité (textile), l'exigence accrue de rentabilité (industrie automobile), ou la délocalisation (filère papier).

De plus, l'emploi y est largement féminisé (83% de l'effectif), dans une région où les femmes sont les principales victimes du chômage. Il en va de même pour le niveau de qualification. Le C.H.U est en mesure d'offrir bon nombre d'emplois peu qualifiés, créant ainsi un débouché à des personnes qui sont en difficulté sur le marché du travail.

Le rôle social et la qualité de l'emploi proposé par le C.H.U reste un atout non négligeable dans une région où se multiplient les situations professionnelles précaires. Qu'il s'agisse du « premier » ou du « deuxième » salaire, il contribue à la sérénité des ménages dont l'un des membres est employé par l'établissement.

La formation.

Autre aspect de cette qualité sociale, celui de la formation. Dans un secteur géographique où le niveau d'instruction est peu élevé, le C.H.U, de part ses investissements en formation, initiale ou continue, contribue directement à l'amélioration du niveau éducatif de cette population.

³⁴ Chiffres clés – C.H.U de Rouen 2001

Emulateur de mixité sociale

Le dernier avantage au maintien d'une structure hospitalière en matière d'amélioration de la qualité sociale, est celui de promouvoir une véritable mixité sociale. Même si elle reste difficile à réaliser, peu de cadres et de médecins résident en effet rive gauche, la présence de cet établissement dans une zone difficile a au moins le mérite de faire se rencontrer différentes catégories sociales dans un environnement social et économique délicat.

Grâce à ces différents niveaux, maintenir et développer l'H.U.P, concoure bien à améliorer la qualité de l'espace urbain rouennais.

2.4.3 Une nécessité face à l'urbanisation.

80% des Hauts-Normands vivent dans un espace urbain³⁵. Rouen constitue la plus grande de ces aires urbaines, et la rive gauche l'une de ses principales composantes puisqu'elle regroupe 50% de la population. Ce phénomène d'urbanisation et de péri urbanisation a donné lieu à ce que l'on nomme la politique de la ville. D'opérations ciblées, Habitat Vie Sociale en 1977, elle a évolué vers des actions à visée plus transversale tant sur les termes de l'intervention (habitat, éducation, social...) que sur son étendue géographique. On ne parle pas que d'un quartier, mais bien d'une politique étendue à la ville, voir à l'agglomération. Le contrat ville est devenu l'outil principal de la politique de la ville. De nouveaux contrats ville sont signés pour la période 2000-2006 et incluent la santé comme une priorité.

Répondre présent en matière d'aménagement du territoire, d'accès au service public, et dans le domaine qui nous préoccupe à des soins de qualité, donc adaptés à la population, reste une préoccupation des établissements de santé.

L'H.U.P, de par son rôle de proximité, son ancrage dans le tissu urbain rouennais doit être en mesure de devenir un outil efficace au service de cette politique.

³⁵ Espace urbain : espace composé de maisons avoisinantes constituant un groupe tel qu'aucune habitation ne soit séparée de la plus proche de plus de 200 mètres et qui comprend au moins 50 personnes (définition INSEE).

2.4.4 La vision de l'élu sur les objectifs d'un Etablissement Public de Santé.

Le conseil National des Villes (C.N.V)³⁶ s'est prononcé en février 2000 sur certaines recommandations concernant la santé dans les villes³⁷. Il incitait les élus à faire en sorte que :

« (...) les hôpitaux soient intégrés au dispositif (de l'amélioration sanitaire et sociale des villes) et qu'il leur soit demandé de ne pas s'impliquer dans une unique fonction d'établissement de soins mais comme une autre ressource, tant dans le champ de la santé que dans celui de la prévention. »

Si nous connaissons l'importance de la présence d'un hôpital sur une commune, cette recommandation émise par le C.N.V nous informe quant à l'état d'esprit dans lequel les élus municipaux, dont le premier est, ne l'oublions pas, le président du conseil d'administration, envisagent le rôle et la place que doit occuper un établissement de santé.

L'hôpital, selon cet avis, doit aujourd'hui s'intégrer dans un champ plus vaste que le simple domaine sanitaire. Il doit agir sur les différents leviers de la prévention. L'H.U.P semble donc s'adapter à cette vision donnée par le C.N.V. Le soutien qui lui sera apporté par le C.H.U de Rouen en terme de moyens sanitaires lui permet en effet de se concentrer, certes, sur l'accueil et les soins de premiers niveaux, mais aussi de s'intégrer peut être plus facilement dans des actions en terme de prévention et d'éducation à la santé.

2.5 FAIRE FACE AU RISQUE INDUSTRIEL.

2.5.1 Le risque industriel dans l'agglomération rouennaise.

Le risque industriel se caractérise par divers éléments. La pollution de l'air et de l'eau, les déchets industriels, les sites pollués, la sûreté nucléaire, les carrières, et enfin les risques technologiques. L'agglomération rouennaise est particulièrement concernée par trois de ces risques.

L'air .

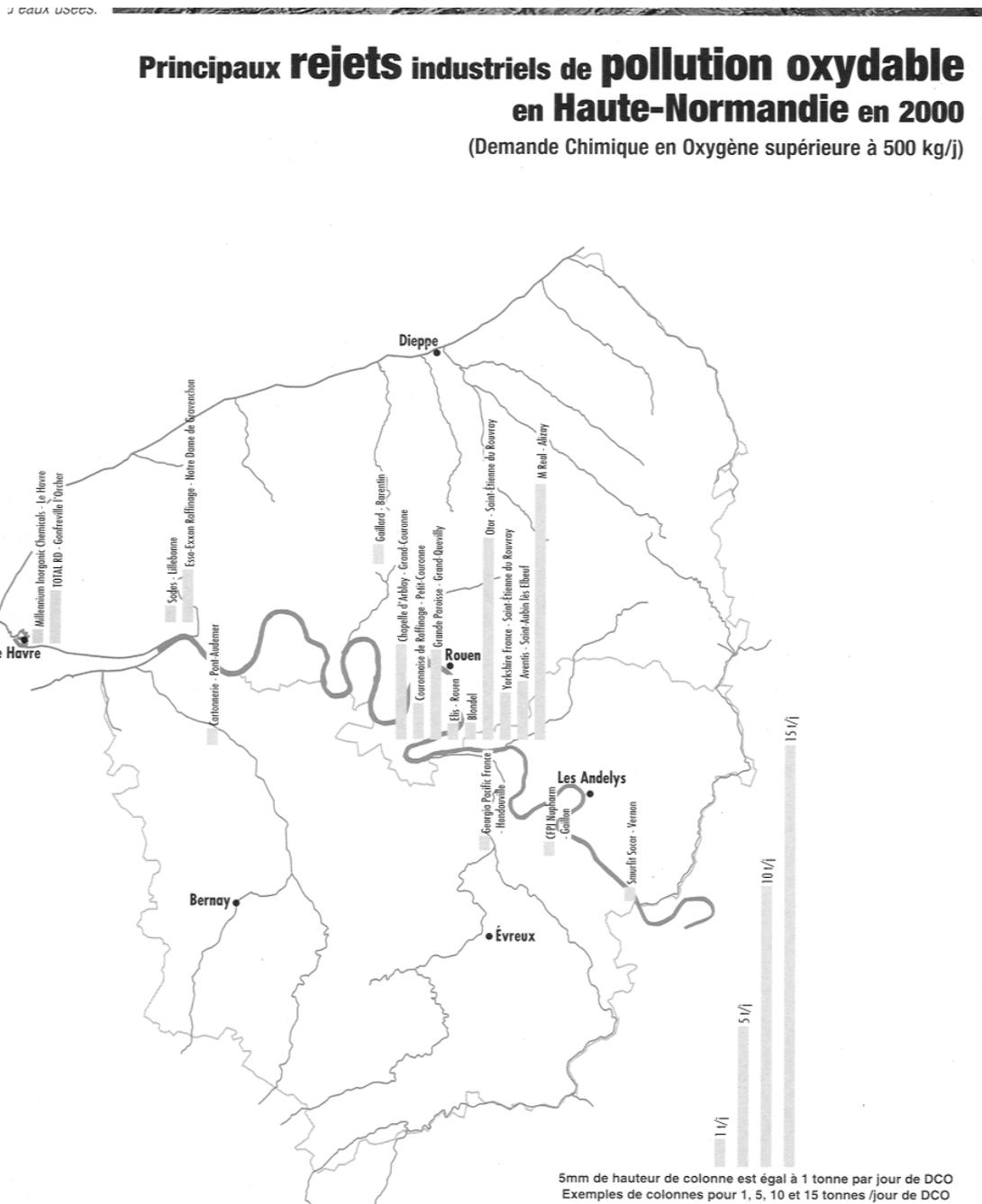
En 2000, l'industrie régionale, responsable de 90% des émissions, a rejeté en moyenne 232 tonnes par jour de dioxyde de soufre³⁸. L'agglomération de Rouen et plus particulièrement sa rive gauche sont concernées par ces émissions.

³⁶ Créé par décret du 28-10-1988 – Organe consultatif de la politique de la ville.

³⁷ Annexe 6 – Avis du C.N.V « santé et politiques sociales » in Rapport du C.N.V 1998-2001 – La Documentation Française.

L'eau.

L'eau est indispensable à l'activité industrielle (chauffage, refroidissement, mélange,...). De ces différents usages, l'eau garde des traces qui peuvent avoir des conséquences importantes pour l'environnement, allant jusqu'à affecter les chaînes alimentaires. Ce type de pollution est mesurée par la demande chimique en oxygène. La rive gauche de l'agglomération concentre le plus gros risque régional en matière de rejets .



Les risques technologiques majeurs.

La prévention des risques technologiques majeurs constitue un enjeu prioritaire pour la région. La Haute-Normandie compte 74 sites industriels concernés par l'application de la directive SEVESO 2, adoptée par l'Union Européenne le 9 décembre 1996. Rouen et son agglomération accueillent 22 des 74 sites.

Il s'agit pour l'essentiel des raffineries de pétrole, d'entreprises de la chimie, d'unités de stockage susceptibles d'être à l'origine d'un accident de grande ampleur lié à une explosion, un incendie, une fuite de gaz toxiques. La directive définit deux catégories d'établissements : les établissements « à risques » ou visés par des seuils bas de quantité de produits dangereux ; les établissements à « hauts risques » ou visés par des seuils hauts. Chaque site répertorié fait l'objet de mesures techniques de prévention validées par la Direction Régionale de l'Industrie et de la Recherche et de l'Environnement (D.R.I.R.E). Des plans d'urgences sont élaborés pour faire face à un accident éventuel. A ce titre, le Préfet, au moment de la fusion préconisait un renforcement du service d'urgences de Petit-Quevilly.

L'ensemble de ces risques induit la nécessité de leur prise en compte, et d'adapter l'offre en fonction de ce type de besoin.

2.5.2 Diversifier les sites susceptibles d'accueillir les victimes.

Le risque industriel fortement présent sur l'agglomération rouennaise doit être pris en compte dans le positionnement des activités des établissements. Chacun pense évidemment à une éventuelle catastrophe du type de l'usine AZF de Toulouse. Dans le cas d'un afflux massif de victimes, la diversité des sites d'accueil est un atout. Il convient également d'être prêt à recevoir des victimes d'accident du travail, quelque soit leur niveau de gravité. La concentration des activités à risque sur la rive gauche implique donc qu'une offre d'urgences de proximité soit disponible.

Le risque industriel concerne également la population au quotidien. La pollution de l'air et de l'eau contraint à une surveillance et à l'information des populations en matière de prévention et de protection.

L'H.U.P est un moyen efficace d'apporter cette diversité des sites d'accueil. Il évite la saturation complète du site de Charles NICOLLE en cas de catastrophe, en apportant une réponse complète pour les victimes légères et en orientant les plus graves vers le S.A.U ; en jouant un rôle dans l'information, la prévention et l'éducation en matière de protection des populations face au risque industriel.

*

* *

*

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Le C.H.U de Rouen de part la position délicate de la région Haute-Normandie en termes socio-économiques et sanitaires, se doit d'assurer une offre de recours régional, mais également de proximité. Ce dernier rôle s'est encore accentué après la fusion avec le CH Saint Julien de petit-Quevilly. Situé sur la rive gauche de l'agglomération, le bassin de population desservi par cet établissement présente de nombreux signes de fragilité. Si la tendance du C.H.U en matière de positionnement stratégique de ses activités se traduit par une concentration des activités M.C.O sur le site de Charles NICOLLE, et par la spécialisation des sites périphériques, le choix pour Saint Julien a été fait de conserver une offre de soins étendues. Cette exception dans le positionnement a donné lieu à l'émergence d'un nouveau concept : l'Hôpital Urbain de Proximité.

Dédié à fournir à la population une offre de soins de proximité et de première intention, cet établissement se doit d'être fortement intégré dans l'espace urbain. Etablissement bénéficiant d'un plateau technique simple, complété par le soutien du site de Charles NICOLLE, il peut ainsi se concentrer sur l'accueil de la petite urgence, la mise en œuvre des politiques de santé publique, et assurer ainsi une proximité géographique et sociale de qualité et sécurisée.

Ce positionnement s'il peut apparaître comme paradoxal trouve sa justification dans un bon nombre d'éléments qui relèvent du sanitaire, du social, de la stratégie et de la politique.

Donner naissance à un concept est une chose importante, mais cette novation n'a de sens que s'il est possible, de la faire vivre. Passer du concept à la réalité, du virtuel au réel devient alors un enjeu dans la conduite de l'établissement. C'est ce que le C.H.U de Rouen a entrepris de faire. Mais à l'heure actuelle, donner corps à l'H.U.P relève davantage du « parcours du combattant » que d'une « promenade de santé ». Pourtant, nous l'avons vu, les arguments ne manquent pas pour justifier de sa mise en place. Analyser les moyens mis en œuvre pour développer concrètement ce concept, ainsi que les différents points de blocage qui subsistent nous apparaît alors pertinent.

II. LA MISE EN ŒUVRE DE L'HOPITAL URBAIN DE PROXIMITE : UN CHEMIN SEME D'EMBUCHES

Après avoir initié le concept de l'H.U.P, il s'agit de le développer et de le faire vivre. Certaines mesures ont été réalisées dans ce sens. Mais, en dépit des besoins, cette mise en place rencontre un certain nombre d'obstacles qui pourraient tendre à remettre en cause le concept même d'H.U.P. Quels procédés ont été utilisés pour donner forme à ce projet ? A quelles difficultés se trouve t'il confronté ? Quels risques émergent avec l'H.U.P ? C'est à ces questions que nous allons maintenant apporter une réponse.

1 - DONNER CORPS À L'HÔPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ.

Deux axes ont été suivis pour faire vivre l'H.U.P. Le premier concerne l'amélioration de l'image du site et se traduit par une politique de réhabilitation immobilière. Le second vise à repositionner l'offre de soins en fonction des caractéristiques de l'H.U.P et des besoins de la population.

1.1 UN PROGRAMME DE RÉHABILITATION IMMOBILIÈRE.

1.1.1 Historique et données générales sur Saint Julien.

L'hôpital Saint Julien est situé dans un environnement très urbanisé, mêlant les constructions traditionnelles du centre ville à une importante cité HLM construite dans les années 60.

L'hospice Saint Julien fut réalisé en 1932. Il était constitué par :

- une ancienne maison de maître qui accueillait les services administratifs de l'hôpital,
- le bâtiment DAVEY, appuyé à celui de l'administration dans lequel étaient installés les lits de médecine,
- un bâtiment tout en longueur accueillait la polyclinique,
- divers bâtiments répartis le long du mur d'enceinte : la pharmacie, un pavillon d'entrée, la blanchisserie.

Durant la seconde guerre mondiale, un service de chirurgie a été constitué avec un bloc opératoire de trois salles et un service d'imagerie médicale. D'autres bâtiments ont été construits depuis 1950 :

- un bâtiment ouvert en 1967 accueillait les urgences au rez-de-chaussée et le service de chirurgie réparti sur deux étages. En 1993, les services de sécurité ont déclaré ce bâtiment non conforme pour l'accueil d'unité d'hébergement. De ce fait, les deux étages ont été fermés, et seules les urgences furent maintenues.
- un V120, le bâtiment Fleury, accueille 80 lits de long séjour et 30 lits de chirurgie,
- une maison de retraite a été implantée. Elle a été complétée en 1984 par un bâtiment destiné à l'accueil d'un service de cure médicale et par une annexe de restauration adaptée aux patients.

D'autres bâtiments viennent compléter cet ensemble pour le moins hétéroclite : un bâtiment pour les admissions, le self du personnel, le bâtiment et les ateliers des services techniques.

1.1.2 Un objectif d'unification fonctionnelle et architecturale du site

Le but de cette opération de restructuration est double. Il s'agit d'une part de rendre ce site plus fonctionnel. En effet, l'éclatement des divers bâtiments, le manque de liaisons entre-eux, n'en font plus un site adapté aux contraintes et aux besoins de fonctionnement actuels. Cette dispersion architecturale, renforcée par un fort dénivelé, à tendance à isoler des bâtiments dont les activités sont pourtant complémentaires. Il s'agit donc de relier entre elles les entités, et notamment les unités cliniques et médico-techniques, afin d'améliorer la qualité des prises en charge (flux et circuits, temps d'attente, rapidité d'intervention d'urgence, ...).

Cette restructuration permet également de réduire les coûts annexes inhérents au concept pavillonnaire en place à Saint Julien, et notamment ceux liés aux déplacements internes par ambulance des patients vers l'imagerie.

Enfin, elle constitue la mise à niveau, en terme de sécurité, des structures immobilières les plus déficientes (Marie GUILLOT, les urgences dont les deux niveaux supérieurs sont condamnés, la polyclinique).

D'autre part, cette opération immobilière se veut un signal fort sur le nouveau départ que prend le site de Saint Julien. Il s'agit bien d'améliorer l'image du site, mais aussi de matérialiser une rupture avec le passé. Saint Julien fait aujourd'hui partie du C.H.U de Rouen, et cela doit être perceptible. Cette valorisation du site vise à exprimer vis-à-vis du public comme des acteurs internes, l'attachement et l'engagement de faire de l'hôpital de Petit-Quevilly un site opérationnel.

A ces fins, il a été décidé de retenir une organisation générale du site basée sur la construction d'un bâtiment unique, en position centrale, utilisant au mieux la pente naturelle du terrain. L'opération se matérialise par un bâtiment neuf de trois niveaux d'une surface de 2 800m².

Niveaux	Entités fonctionnelles	Surface Utile	Surface dans oeuvre
Rez-de-chaussée de référence	Accueil et Orientation	182	1300
	Urgences	385	
	Centre de Consultations	275	
	Locaux communs	100	
	Total	942	
Rez-de-chaussée Bas	Laboratoire	142	305
	Relais pharmaceutique	50	
	Point Logistique central	30	
	Total	222	
Etage	Unité d'hospitalisation banalisée	799	1 159
Total Construction Neuve		1 963	2 764

Une liaison par passerelle entre le nouveau bâtiment et la maison de retraite est prévue. Elle permet aux patients de se rendre directement, à couvert, vers le plateau technique. Viennent s'ajouter à cette opération principale la construction d'un bâtiment pour l'accueil du service mortuaire, la restructuration du bâtiment administratif et l'implantation d'une antenne S.M.U.R. Cette restructuration devrait libérer 1 104m² libérant des espaces extérieurs, permettant ainsi d'améliorer les accès, le stationnement et les liaisons entre les différents bâtiments.

Le budget de cette opération, approuvé par le Conseil d'Administration du C.H.U de Rouen le 15 octobre 1999 a été arrêté à 7,6 millions d'euros.

1.1.3 Mesure de l'impact de cette opération.

Le nouveau bâtiment a été inauguré le 25 juin 2002. Il est par conséquent un peu tôt pour mesurer pleinement les effets de cette nouvelle structure. Cependant, deux éléments peuvent dorénavant et déjà retenir notre attention en terme d'amélioration de l'image du site.

Le premier est l'attachement et la vigilance qui ont été portés au bon déroulement de l'opération. Livraison dans les délais des nouveaux bâtiments, mobilisation des moyens logistiques et humains du C.H.U de Rouen pour que le déménagement se passe avec le

moins de gêne possible pour les usagers comme pour les personnels. A ce niveau, nous pouvons parler de réussite. Cet élément est d'autant plus important qu'il montre la faisabilité et l'efficacité de la coopération entre les sites du C.H.U en terme de logistique.

Le second concerne les impressions recueillies lors de l'inauguration. Le nouvel établissement est une réussite architecturale soulignée par l'ensemble des acteurs hospitaliers et par les élus. L'image du site s'en trouve déjà améliorée, même si la totalité de l'opération de restructuration n'est pas achevée. La cérémonie d'inauguration a également été un moyen de faire connaître à l'ensemble de la population la nouvelle orientation que prend l'établissement.

Il restera à concrétiser ce bon départ, et à mesurer les améliorations en terme de fonctionnement .

1.2 UNE OFFRE DE SOINS CIBLÉES SUR LES BESOINS DE LA POPULATION.

L'H.U.P tel que nous l'avons défini se doit d'être au plus près des besoins de la population qu'il dessert. C'est dans cette optique qu'ont été définies les différentes activités qui s'exerceront sur le site.

Les capacités d'accueil actuelles sont les suivantes :

Bâtiments	Spécialités	Capacités (Lits)
FLEURY	Soins de suite de chirurgie	34
	Long séjour	80
SIMON DAVEY	Médecine	84
	Surveillance continue	10
Maison de Retraite	Médico-social	50
Cure Médicale	Médico-social	70
Marie GUILLOT	Long séjour	30
Total		358

Rappelons que l'un des objectifs de l'H.U.P est également de fixer la population de la rive gauche sur l'offre de Saint Julien afin de désengorger Charles NICOLLE, notamment en matière d'urgences et de consultations externes. L'offre de soins sur Saint Julien sera donc structurée en fonction des orientations suivantes : développer des consultations externes avancées, répondre à l'urgence, renforcer son rôle de proximité, se tourner délibérément vers les actions de santé publique.

1.2.1 Le développement des consultations.

Un besoin identifié et qui ira en s'accroissant.

Tout site confondu, le C.H.U de Rouen a enregistré en 2001, 231 677 consultations externes, soit une hausse de près de 2,5% par rapport à 2000. Si une partie d'entre elles est réalisée sur le site de Saint Julien, il n'en demeure pas moins que l'offre sur l'établissement de la rive gauche reste insuffisante. En effet, environ 20% des consultants de Charles NICOLLE ont pour origine géographique la rive gauche de l'agglomération.

Ce recours aux consultations hospitalières ira certainement en s'accroissant, car le profil démographique et social que nous avons établi des habitants de la rive gauche correspond ou correspondra dans peu de temps aux caractéristiques d'une population qui a recours aux consultations externes de l'hôpital public. La population de la rive gauche est d'une part jeune et d'autre part vieillissante. Or, d'après une enquête de la DREES, les consultations sont les plus nombreuses aux âges extrêmes de la vie³⁹. La population de la rive gauche présente en outre les caractéristiques sociales de 39% des consultants français. Il s'agit, toujours selon la DREES, de personnes qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat et qui viennent consulter dans un contexte d'hospitalisation ou pour un avis diagnostic. Les consultations avancées concernent essentiellement la chirurgie (77%). Les patients consultent le plus souvent pour la première fois avec un motif d'ordre diagnostic. Les pathologies traumatiques en sont souvent à l'origine, ainsi que les motifs tels que les visites d'anesthésistes, les examens complémentaires ou les actes infirmiers.

L'identification des besoins fait également apparaître la nécessité de réaliser des consultations non proposées sur le site de Saint Julien. Ce pourrait être par exemple le cas pour des consultations d'obstétrique. Elles permettraient en répondant à un besoin identifié grâce au taux de fuite vers le site de Charles NICOLLE de désengorger ce dernier et d'améliorer l'accès de proximité pour la population de la rive gauche. Il est de plus nécessaire de développer la prise en charge locale d'une part dans les disciplines de spécialité, et d'autre part de répondre aux besoins de la population en matière de gériatrie, d'addictologie, de soins palliatifs et de prise en charge psychiatrique.

Une condition doit être impérativement remplie. Ces consultations devront présenter un caractère « charismatique » fort si l'on souhaite qu'elles attirent la population de la rive gauche. Afin de leur donner, elles devront être sinon assurées par les praticiens de renom du C.H.U, du moins par des praticiens qui auront obtenus leur reconnaissance. Ces consultations devront en tout état de cause être « labellisées » C.H.U de Rouen. Pour la population, aucune différence de qualité de diagnostic ne devra être perceptible entre une

³⁹ Etudes et résultats – n°167 avril 2002 - DREES

consultation réalisée sur le site de Charles NICOLLE et la même consultation proposée sur le site de Saint Julien.

Enfin, la réussite du développement des consultations externes comporte un enjeu stratégique majeur. Porte d'entrée vers l'hôpital, elles constituent la vitrine de ce dernier. La relation de confiance qui peut s'établir lors d'une consultation entre le praticien et le patient est primordiale en matière de captation de clientèle. Face à l'offre étendue du secteur privée sur la rive gauche, les consultations externes de Saint Julien ont un rôle primordial à jouer dans la réussite de l'objectif de faire du site de Petit-Quevilly une tête de pont du C.H.U de Rouen sur cette partie de l'agglomération.

1.2.2 Optimiser la réponse à l'urgence.

Assurer la réponse à l'urgence est une mission essentielle du niveau de proximité. Sur Saint Julien, 80% des passages aux urgences sont le fait de personnes qui résident sur la rive gauche de l'agglomération. A ce titre, le rôle de proximité est donc rempli. Il apparaît même comme essentiel lorsque l'on sait qu'il s'agit d'une population jeune et que dans 70% des cas ces patients se présentent de leur propre initiative.

De type U.P.A.T.O.U (Unité de Proximité d'Accueil , de Traitement et d'Orientation des Urgences), le service de Saint Julien a pour mission l'accueil et les soins en médecine et petite chirurgie courante, les soins externes, les orientations et transferts, les transports sanitaires. Ce type de structure est parfaitement adapté aux besoins de la population puisque sur les 15 000 à 20 000 passages annuels, une bonne part d'entre eux représente une urgence de faible gravité, c'est à dire sans risque vital pour la personne.

Cette prise en charge va encore être renforcée sur le site de Saint Julien par l'implantation d'une antenne S.M.U.R⁴⁰. L'implantation d'un tel équipage, à proximité immédiate de l'U.P.A.T.O.U permet de conforter la qualité de la prise en charge des urgences sur la rive gauche de l'agglomération. Autre atout non négligeable, elle constitue un plus pour l'image et la valorisation du site. Grâce à ce nouvel équipage, l'aide médicale d'urgences dispose d'une unité mobile de réanimation à proximité d'un bassin de population qui correspond environ au tiers des interventions du S.M.U.R de Rouen. Ainsi, deux équipes sur Charles NICOLLE pourront se concentrer sur les interventions de la rive droite . Ceci présentera un gain en terme de délai d'intervention pour la rive gauche, et sur le plan organisationnel, constitue un rapprochement appréciable avec le nœud autoroutier de l'autoroute A13.

⁴⁰ Service Mobile de Réanimation d'Urgences

Le site de Saint Julien offre de surcroît le bénéfice de pouvoir fractionner et de délocaliser une partie de l'équipement de médecine d'exception sur la rive gauche. Ceci constitue une sécurité supplémentaire en cas d'impossibilité de franchissement de la Seine ou de difficultés majeures de communication en situation de catastrophe.

Enfin, la présence d'un médecin du S.M.U.R, localisé vingt quatre heures sur vingt quatre sur le site de Petit-Quevilly offre une possibilité de renforcement de l'équipe médicale de l'U.P.A.T.O.U en cas de débordement par afflux de victimes. De plus, le transport médicalisé de patients graves vers Charles NICOLLE sera immédiatement assuré par cette équipe, renforçant un peu plus la sécurité et la qualité de l'offre de Saint Julien.

1.2.3 Renforcer son rôle de proximité.

Le SROS 1999- 2004 pour la Haute-Normandie définit comme niveau de proximité : « (...) la délivrance de soins courants avec la même garantie de qualité et de sécurité qu'au niveau de référence ».

En accord avec cette définition, certaines activités vont être conservées et d'autres développées. En revanche, certaines seront transférées sur Charles NICOLLE.

Maintenir et renforcer.

Les activités de médecine et de gériatrie aiguës constituent des services de base pour l'offre de proximité sur Saint Julien. Pour ce qui concerne l'organisation de ces disciplines, le projet envisage des activités de médecine interne et de gériatrie aiguë avec le développement de la prise en charge de la démence, celui de l'addictologie et la mise en place d'un hôpital de jour polyvalent médical.

Autre disposition importante en terme de renforcement de l'offre de proximité urbaine, le maintien sur le site d'une maison de retraite, d'unité de cure médicale et de long séjour. Alors que ces prises en charge ont tendance aujourd'hui à être réalisées en dehors des centres urbains, il apparaît essentiel, eu égard aux difficultés de déplacement de la population de la rive gauche, de permettre aux personnes accueillies dans ces structures de pouvoir rester en contact avec leurs univers géographique et familial. Ainsi, 110 lits de long séjour, 30 lits de cure médicale et 50 lits de maison de retraite vont être maintenus sur le site. Cette structure gériatrique, participe comme les autres structures du même type au C.H.U de Rouen à la Communauté des Etablissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise.

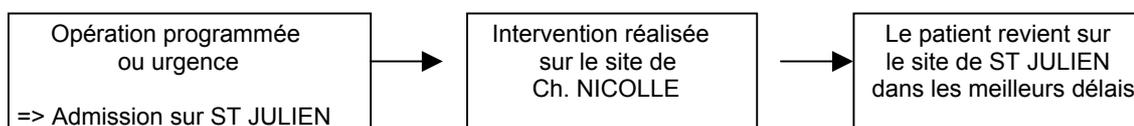
Adapter l'offre de soins.

La mutation de certaines activités rentre dans le cadre de la définition de l'H.U.P et est réalisée au regard des besoins de la population. Elle concerne essentiellement la chirurgie et les services médico-techniques.

L'H.U.P n'a pas vocation à être un établissement de haute technologie. A cet effet, il doit disposer d'un plateau technique non spécialisé permettant de répondre aux besoins de proximité. A ce titre, la radiologie et ses 22 000 actes annuels conservera sa place sur le site. L'activité du laboratoire est réorganisée dans le cadre de l'Institut de Biologie présent sur le site de Charles NICOLLE. Cette nouvelle organisation engendre la fermeture du laboratoire la nuit à partir de 20 heures, et le week-end à partir du samedi 13 heures . Une navette est prévue vers Charles NICOLLE afin d'assurer d'éventuelles analyses urgentes. En revanche, tous les examens de bactériologie sont transférés sur Charles NICOLLE.

Autre changement important, l'abandon de la chirurgie sur le site de Saint Julien. L'organisation du plateau technique s'inscrit dans le projet médical du C.H.U, recentrant sur l'hôpital Charles NICOLLE les activités médico-techniques lourdes. Les sites opératoires se trouvent de ce fait réorganisés autour des services de réanimation et des salles de réveil, et ce, sur un même lieu géographique. Si l'activité opératoire est abandonnée, en revanche, se développe une unité de soins de suite de chirurgie. Cette unité vise à répondre en terme de proximité à une exigence du SROS qui précise :

« La proximité doit permettre un retour des patients après un séjour au niveau de référence »⁴¹. L'idée de cette unité est d'accueillir les patients originaires de la rive gauche qui auront subi une intervention sur le site de Charles NICOLLE. Ce transfert aurait lieu entre trois et cinq jours après l'opération. L'objectif est une fois encore d'améliorer l'offre de proximité pour une population réticente à se rendre sur l'autre rive de l'agglomération. Le circuit idéal pourrait alors prendre la forme suivante :



⁴¹ SROS 1999-2004 – Haute Normandie - ARH

Le site de Charles NICOLLE est alors placé dans la situation d'un prestataire de services pour Saint Julien. Outre l'avantage économique, le patient bénéficie lors de son intervention de l'ensemble des moyens technologiques et humains présents sur le site de Charles NICOLLE, moyens qui en aucun ne pourraient être aussi importants sur celui de Saint Julien. Cette opération devrait permettre aux hospitalisés de bénéficier d'une prise en charge post-opératoire rapide, adaptée et de qualité, le tout à proximité de leur domicile. Cette nouvelle organisation sera d'autant plus réussie si des consultations avancées de chirurgie sont développées et portées à la connaissance du public.

Encourager et développer.

Le rôle de l'H.U.P est aussi de prendre en charge et de développer les nouveaux outils de proximité dont la réglementation permet l'exploitation. Il s'agit d'une part de l'hospitalisation à domicile (H.A.D) et d'autre part des services de soins à domicile (S.S.I.A.D). Dans la région, cette offre demeure disparate avec 440 places installées sur 7 375 autorisées, soit un taux d'installation de 5,96% contre 10% pour la moyenne nationale. Sur le secteur Seine et Plateaux, nous disposons de 28 places pour 10 000 habitants, or la demande existe. Une enquête menée par l'A.R.H a fait ressortir un besoin très fort de demande de structure d'H.A.D de la part des médecins et des familles elles-mêmes⁴², afin d'assurer notamment la prise en charge des patients dépendants. A ce titre et concernant l'H.U.P, des relations sont tissées avec l'H.A.D de la Croix Rouge.

Autre structure de proximité qui est développée, les service de soins infirmiers à domicile. Cinquante places ont été créées et sont actuellement dans une phase de montée en charge. Ce S.S.I.A.D dessert une grande partie de la rive gauche avec les villes de Petit-Quevilly, Grand-Quevilly, Petit-Couronne et Grand-Couronne. Outre le lien évident avec la proximité, ces activités permettent également d'assurer des soins simples mais qui sont peu pris en charge car mal côtés, et donc, mal rémunérés.

1.2.4 Se tourner vers les actions de santé publique.

S'incérer et s'intégrer au mieux à l'espace urbain, répondre aux besoins de la population sont les critères essentiels de l'H.U.P, et le mène à orienter son action vers les priorités de santé publique et vers des actions de prévention et d'éducation sanitaire.

⁴² SROS 1999 – 2004 – Haute Normandie - ARH

Répondre aux priorités de santé publique.

Etablissement à vocation urbaine, l'H.U.P est particulièrement destiné à prendre en charge l'une des priorités de santé publique identifiée qu'est le mal être urbain. Celui-ci échappe encore aujourd'hui à une définition satisfaisante. Il est néanmoins caractérisé par certains idiomes. « Le mal être urbain est porteur de critères psychologiques et sociaux tels que la démoralisation, l'anxiété, l'auto dévaluation, et concerne particulièrement les villes »⁴³. Une cartographie des hospitalisations sans consentement (H.S.C) à Rouen établit clairement que les graves crises mentales obéissent à une logique socio-spatiale. La carte confirme en effet la sur-représentation des H.S.C sur une diagonale tracée par les quartiers socio-économiquement défavorisés.

Il ressort de cette carte que la rive gauche est particulièrement touchée par ce type de phénomène. Aussi, il est nécessaire de développer la prise en charge de ce genre de pathologie. Elle se fera grâce au centre médico-psychologique. Déjà présent sur le site, cette structure fonctionne par convention avec le Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray. Ce service assure des consultations médicales et psychologiques tous les jours ouvrables et permet également l'appel à un infirmier psychiatrique aux urgences en cas de besoin.

⁴³ R.FALLON – Chercheur CNRS UPRESA – 6063 – Université de Rouen.

Autre priorité régionale sur laquelle l'H.U.P s'engage : la lutte contre l'alcoolisme. Prise en charge dans le cadre de consultations, l'action devrait être renforcée par la création d'un Centre de Consultations Ambulatoires en Alcoologie. Un projet de développement des activités de consultations a été déposé dans le cadre d'un programme régional de prévention alcoologie, addictologie.

Etre initiateur en santé publique.

Sans pour autant abandonner son rôle sanitaire, l'H.U.P pourra le compléter en devenant un véritable acteur en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Les situations sanitaires et sociales, le développement des conduites addictives, qu'il s'agisse de l'alcool, du tabac, des médicaments psychoactifs, ou des drogues illicites, mais aussi l'accroissement des maladies psychiques, notamment chez les jeunes, sont autant de dangers pour la santé en recrudescence dans les milieux urbains, et notamment dans les zones urbaines socialement défavorisées.

La prévention devient alors essentielle, au même titre que l'éducation à la santé des populations de ces quartiers. Ces actions sont primordiales si nous ne voulons pas toujours nous enfoncer dans des stratégies réparatrices et coûteuses.

Certaines actions pourront donc être rapidement envisagées comme : des consultations de diététique, des opérations de dépistage, des opérations d'information. Les sujets et les idées ne manquent pas, il convient aujourd'hui de structurer cette mission.

*

* *

*

Améliorer l'image et la renommée du site, redéfinir l'offre de soins pour l'intégrer dans la stratégie globale du C.H.U, alliant proximité, sécurité et préoccupations de santé publique, telles sont les premières actions menées ou envisagées pour faire vivre le concept d'hôpital urbain de proximité. Mais, cette démarche rencontre à l'heure actuelle un certain nombre de difficultés que nous allons à présent analyser.

*

* *

*

2 - UN CHEMIN SEMÉ D'EMBUCHES.

Les entretiens menés pour la réalisation de ce mémoire auprès des différents acteurs du C.H.U de Rouen ont été riches d'enseignements sur les obstacles que peut rencontrer l'H.U.P dans sa mise en œuvre. Au travers des réponses, mais aussi des silences ou des non dits, certaines réticences, certaines oppositions sont clairement apparues.

2.1 LA PROBLÉMATIQUE FUSION.

2.1.1 Un choc culturel non dissipé.

Cinq années sont passées depuis la fusion entre les deux établissements, mais le sentiment qui prédomine reste celui d'une non fusion culturelle. Quelque soit la fonction occupée, qu'il s'agisse du personnel médical ou non médical, tous partagent la même impression, celle d'appartenir à la même entité juridique, mais pas au même hôpital. Dans les faits, le personnel de Saint Julien parle du « C.H.U » pour désigner le site principal de Charles NICOLLE, et sur ce dernier, Saint Julien est avant tout perçu comme l'hôpital de la rive gauche de Rouen avant d'être considéré comme un établissement faisant parti à part entière du C.H.U de Rouen.

La différence de taille peut constituer un élément explicatif de cette non intégration. Si les modes de gestion ont pu décontenancer les équipes de Petit-Quevilly, l'effet taille est également porteur de différences de comportements, de rapports entre les acteurs. Sur Saint Julien, les relations étaient très personnalisées, « on n'hésitait pas à aller voir le directeur pour évoquer un problème ». La dépersonnalisation engendrée par la fusion est mal vécue et semble incompatible avec les habitudes de fonctionnement antérieures.

Rudy LANCHAIS dans son mémoire consacré à la fusion entre le C.H.U de Rouen et le C.H de Saint Julien⁴⁴ mettait en avant la différence de taille comme point d'achoppement possible. Force est de constater aujourd'hui qu'il s'agit bien d'une difficulté non surmontée dans ce que nous appelions une fusion originale.

Les différences culturelles ne s'arrêtent pas à l'effet taille, elles concernent également l'histoire des établissements, les rencontres de cultures professionnelles (culture médicale, administrative, syndicale). Elles peuvent être résumée à la dichotomie reconnue entre les petits établissements et leur culture de proximité, et l'anonymat des grands centres. Le

⁴⁴ E.D.H promotion 1996-1998 – Les zones de risque dans la gestion du processus de fusion entre hôpitaux

constat est aujourd'hui évident, le choc culturel n'est pas dissipé, la fusion n'est pas digérée, causant des difficultés pour la mise en place de l'H.U.P.

2.1.2 Défiance des équipes de Saint Julien eu égard aux engagements pris lors de la fusion.

Les accords passés entre les établissements au moment de la fusion ont été actés dans deux protocoles⁴⁵. Ces protocoles prévoyaient :

« (...) d'intégrer et de valoriser les projets des deux établissements, en particulier ceux retenus ou envisagés dans les projets médicaux de ces derniers ». Ainsi, ces accords prévoyaient les modes de coopération médicale entre les deux établissements, et ce dans le respect et la valorisation de leurs projets médicaux respectifs. Or, les engagements pris restent pour certains à l'état de projet, ou ont pris pour d'autres une toute autre orientation. Le tableau suivant permet de comparer les termes des protocoles et leur traduction actuelle.

Protocole	Situation au 01-07-2002
Urgences : une unité de lits portes.	Urgences rénovées, pas d'unité de lits portes.
Polyclinique de consultations avancées : pneumologie, dermatologie, gastro-entérologie, gynéco-obstétrique, chirurgie viscérale, neurologie, ophtalmologie.	Polyclinique : la plupart des consultations avancées envisagées restent à développer.
Présence sur Saint Julien d'une activité de chirurgie traumatologique en concentrant l'activité du bloc de Saint Julien sur la période diurne.	Suppression de la chirurgie de saint Julien et remplacement par des lits de soins de suite de chirurgie.
Pérenniser les activités de médecine interne avec notamment des compétences en cardiologie, diabétologie, rhumatologie, alcoologie, toxicologie.	Inquiétude quant au devenir de certaines disciplines faute de recrutement médical.
« Unité de surveillance continue polyvalente, garantie de la sécurité des soins (...), sera maintenue sur le site de Saint Julien »	Unité supprimée
« L'intégration de l'activité de pharmacie du site de Saint Julien dans l'organisation pharmaceutique (...) sera assurée »	Pharmacie relais prévue initialement, aujourd'hui supprimée.

Les écarts entre les clauses prévues dans le protocole d'accord et la réalité ont jeté le doute et la suspicion sur les intentions des équipes de Charles NICOLLE à l'égard du site de Saint Julien.

⁴⁵ Protocole d'accord relatif à la création d'un établissement hospitalier intercommunal – juillet 1995
Protocole complémentaire – avril 1996

Il est vrai que les différences observées ne sont jamais réalisées en faveur du site de la rive gauche. De plus, quelques puissent être les raisons de ces écarts, un manque de concertation et d'écoute est décrié par les équipes de Saint Julien qui se plaignent d'être le plus souvent mises devant le fait accompli plutôt que consultées.

2.1.3 Incompréhension de la part des équipes de Charles NICOLLE du soutien apporté à Saint Julien.

Comme bon nombre d'établissements, le C.H.U de Rouen se débat au milieu de difficultés budgétaires et d'effectifs. Aussi, une certaine incompréhension sur les moyens distribués vers Petit-Quevilly demeure.

« Sans nous, Saint Julien serait fermé depuis longtemps » ; « On manque déjà de moyens pour nos équipes et il faut entretenir Saint Julien » ; « On se demande à quoi sert Saint Julien ». Ces réflexions entendues au cours de réunions, ou, recueillies lors des entretiens, donnent le ton de l'avis des équipes de Charles NICOLLE sur l'utilité de maintenir et d'investir sur le site de Saint Julien.

Ces discours sont révélateurs que la culture d'établissement à bâtir avant et après la fusion, en est toujours à ses balbutiements. Les équipes de Charles NICOLLE sont quelque peu victimes de « C.H.U centrisme », car Saint Julien à d'une part, apporté au moment de la fusion des moyens financiers qui ont servi entre autre à la rénovation architecturale, et d'autre part son utilité autant sanitaire que sociale ne semble pas usurpée.

2.2 LA PROBLÉMATIQUE MÉDICALE.

2.2.1 Difficultés de recrutement de médecins pour le site de Saint Julien.

Le site de Saint Julien doit aujourd'hui faire face à des problèmes de recrutement médicaux qui posent dès maintenant des difficultés quant à l'organisation de l'offre de soins et à l'avenir de certaines disciplines sur le site. Ainsi, la succession d'un des chefs de service de médecine n'est toujours pas assurée, et soulève certaines inquiétudes sur le maintien de certaines prises en charge sur Petit-Quevilly, et notamment la diabétologie.

La première cause que nous pouvons identifier pour expliquer ces difficultés est le problème de démographie médicale sur la région, phénomène amplifié par une faible attractivité régionale. La Haute-Normandie avec une densité médicale de 260 praticiens pour 100 000 habitants présente en 1999 un taux inférieur à la moyenne nationale (331

médecins pour 100 000 habitants)⁴⁶. Cette situation déjà défavorable reste préoccupante pour les années à venir. En effet, des projections réalisées pour les années 2020⁴⁷ montrent que la densité médicale de la région devrait encore décroître (225 médecins pour 100 000 habitants). Outre une hausse prévisible de la population, cette baisse de densité est expliquée par la combinaison de deux facteurs. D'une part, les étudiants de Haute-Normandie réussissent peu au concours de l'internat. D'autre part, la compensation par flux migratoire est inexistante.

⁴⁶ Etudes et Résultats n°57– DREES – Mars 2000

⁴⁷ Etudes et Résultats n°57– DREES – Mars 2000

Une deuxième source de difficultés peut être envisagée. Le protocole complémentaire d'accord relatif à la fusion des deux établissements, signé en avril 1996 prévoit pour le personnel médical :

« (...) Les recrutements du Centre Hospitalier Saint Julien interviendront dans le cadre des procédures habituelles de recrutement du C.H.U. Les critères de recrutement seront strictement homogènes. »

Si cette disposition présente l'avantage d'une recherche de compétences et de de qualité identique sur chaque site, en revanche, il n'est pas évident que les critères adoptés pour recruter un praticien sur le site de Charles NICOLLE soient rigoureusement adaptés à ceux que nécessite un recrutement sur le site de Saint Julien, créant de fait une désaffection pour cet établissement.

Si l'on se réfère aux typologies médicales esquissées ces dernières années, celles créant un distinguo entre les « indépendants » et les « experts », expliquent la situation vécue sur Saint-Julien et corrobore cette hypothèse d'inadéquation dans les critères de recrutement⁴⁸. Pour ces deux types de praticiens, la notion du « bon » médecin est quasiment radicalement opposée, et l'on retrouve davantage, l'une de ces catégories dans les C.H, et l'autre dans les C.H.U.

Les « indépendants » considèrent qu'un bon médecin doit être en mesure de prendre en charge seul, de nombreux malades, ayant des pathologies différentes. L'autonomie est pour eux une valeur importante. Ils préféreront comme adjoints des praticiens au profil identique, en mesure de les seconder, plutôt que des spécialistes disposant d'une compétence complémentaire. Les évolutions technologiques ne sont pas pour eux des priorités. Un « bon » médecin devant être capable de soigner tout type de maladie, il ne cherche pas à contrôler son recrutement. Ce profil se retrouve en général dans les centres hospitaliers.

Les « experts » quant à eux, considèrent qu'un bon médecin est celui qui dispose d'un savoir spécifique. Il sont « hyper-spécialisés », et de ce fait, très attachés à la technologie. Pour ces raisons, ils privilégient le recrutement d'autres médecins spécialistes pour n'avoir à soigner que les malades relevant de leur spécialité. Ils cherchent également à contrôler le profil des malades hospitalisés. On retrouve les « experts » bien souvent dans les C.H.U.

L'opposition entre ces deux profils de ce que doit être un bon praticien se vérifie entre le site de Saint Julien et celui de Charles NICOLLE. Elle permet de comprendre que les

⁴⁸ A. VALETTE – La formation de l'offre de soins à l'heure de la stratégie : quelle autonomie pour les établissements de soins ? *in* L'hôpital stratège – John Libbey –Eurotext.

critères qui valent pour le site de Charles NICOLLE ne correspondent ni aux besoins ni aux attentes de Saint Julien.

Le manque d'intérêt pour l'hôpital de Petit-Quevilly de la part de la communauté médicale du C.H.U mérite d'ailleurs que nous nous y attardions plus longuement, car il constitue un élément à part entière de cette problématique médicale.

2.2.2 Un engagement trop faible du corps médical vers Saint Julien.

Les praticiens du site de Charles NICOLLE ne sont pas attirés par le site de Saint Julien. La médecine de proximité n'est pas ce qu'ils recherchent, et cette réflexion vaut pour toutes les catégories de médecin présentes au C.H.U. Les cas traités sur Petit-Quevilly se composent essentiellement de soins primaires alors que les praticiens du C.H.U recherchent surtout des soins tertiaires.

Nous pouvons également percevoir l'un des effets parfois pervers de la forte médicalisation de l'hôpital. Façonnée par l'université et le développement du savoir médical, elle s'est en outre structurée autour du recours croissant aux équipements biotechnologiques. Le rôle du plateau technique s'est considérablement renforcé au fil des années, et les retombées médicales de la recherche fondamentale restent aujourd'hui nombreuses. Cependant, la spécialisation au profit du développement des connaissances entre parfois en contradiction avec les besoins locaux, et cet écueil semble perturber le bon fonctionnement de l'H.U.P. La prise en charge de proximité offre peu de place à la spécialisation, à la publication, à la recherche. En revanche, elle nécessite de tisser des liens étroits avec les médecins de ville, de s'intéresser aux urgences. L'ensemble de ces critères ne relèvent pas des centres d'intérêt des praticiens de type « expert » décrit précédemment, et cette situation explique le désintérêt et le manque d'engagement des praticiens de Charles NICOLLE vers Saint Julien.

Dans les faits, cela se traduit par une faible mobilité des équipes médicales sur l'ensemble des sites des hôpitaux de Rouen.

2.2.3 Un « sens politique » limité de la part des praticiens de Saint Julien.

A la suite de la fusion, certains praticiens de Saint Julien sont partis, d'autres ont changé de site. Les médecins restés en place ne se sont pas inscrits dans les relations de pouvoir qui peuvent exister à l'hôpital. A titre d'exemple, aucun membre de l'ancienne commission médicale d'établissement (C.M.E) de Saint Julien ne fait aujourd'hui parti de la C.M.E du C.H.U de Rouen. Ce manque d'envergure politique des médecins de Saint Julien constitue un point faible pour porter le projet de l'H.U.P, car au moment des arbitrages

médicaux, la voix de Saint Julien raisonne beaucoup moins fort que celle des autres sites. Cette faible implication politique reste d'ailleurs une caractéristique des praticiens hospitaliers qui ont choisi d'exercer en centre hospitalier plutôt qu'en C.H.U.⁴⁹. Les praticiens de centre hospitalier ont tendance à se placer généralement plus en retrait sur la scène décisionnelle de l'hôpital que leurs homologues de C.H.U.

2.3 PROBLÉMATIQUE DE L'IMAGE DE SAINT JULIEN.

2.3.1 Le poids du passé.

Le site de Petit-Quevilly a du mal à se défaire d'une image et d'une réputation médiocre. Vu du C.H.U, Saint Julien a conservé une image « d'hôpital hospice », destiné aux « pauvres » et aux « vieux »⁵⁰. Ni les médecins ni les administratifs ne se déplacent vers Petit-Quevilly, et de ce fait, ils ne perçoivent pas les changements réalisés ou en-cours de réalisation.

De plus, le fait que l'appartenance de Saint Julien au C.H.U ne soit pas encore intégrée, ne contribue pas à la mise en place d'un cadre favorable nécessaire au développement de la complémentarité des équipes soignantes ou paramédicales, élément pourtant nécessaire au bon fonctionnement de l'H.U.P.

2.3.2 Un changement de référentiel non opéré.

Sur les deux sites, les différents acteurs conservent des références qui ont constitué et structuré les hôpitaux jusqu'à ces dernières années. Ces référentiels sont basés sur les variables d'offre de soins. Plus précisément, il semble que la valeur d'un site dépende de la gamme de services offerts. L'hypothèse implicite reste que plus l'offre est étendue, plus seront assurées les venues et la fidélisation de la clientèle. L'image de l'établissement dans ce schéma dépend alors du niveau de technicité et de l'étendue de l'offre.

Dès lors, les aspects positifs sont liés à la spécialisation de l'offre, au maintien à tout prix de la chirurgie, au degré de technicité du plateau technique, à la capacité d'attraction des urgences.

⁴⁹ S.CLEMENT – L'hôpital « généraliste » et la médecine libérale *in* L'hôpital stratège – John Libbey - Eurotext

⁵⁰ R.LANCHAY – Les zones de risque dans la gestion des processus de fusion entre hôpitaux- Mémoire ENSP

Le seul développement possible, apprécié et jugé comme durable consiste alors à améliorer le plateau technique, à augmenter la gamme de services offerts.

Or, l'H.U.P ne cherche pas à répondre à ces critères, il en prend même le contre-pied pour certains. Aussi, l'image que véhicule ce projet laisse certains acteurs septiques, voir méfiants à son encontre. En effet, outre l'attachement au niveau technologique et à la valeur qui lui est accordé, le référentiel dominant, contrairement à l'H.U.P, laisse peu de place à la complémentarité. Il renvoie davantage à des images fortement ancrées sur l'idée de compétition et de survie. Les réflexes de lutte et de défense des protagonistes sont le signe d'une relative autarcie que l'on ne cherche pas particulièrement à dépasser.

2.4 MANQUE DE LISIBILITÉ DANS LE PROJET DÉVELOPPÉ.

2.4.1 La définition et la vocation de l'H.U.P.

Si le concept d'H.U.P a été annoncé dès la rédaction du projet médical de l'établissement, ses orientations et ses attributions sont restées quant à elles relativement floues. Ainsi, lorsque l'on interroge les acteurs sur ce qu'est pour eux un H.U.P, ils sont peu nombreux à pouvoir formuler une réponse précise.

Cette situation est intéressante car elle illustre assez bien certains positionnements d'activité dans le monde hospitalier. En effet, le développement d'offres se fait bien souvent, faute de données disponibles, sur le ressenti des acteurs, sur les expériences de terrain. L'amélioration des techniques d'information médicale, les « zonages » géographiques par type de pathologie, de population, la cartographie de santé, sont autant d'outils qui restent sous-utilisés. Si le ressenti et l'expérience sont des critères qu'il convient de prendre en considération, l'utilisation de tels outils aiderait à justifier de la nécessité du développement de l'H.U.P.

Ce problème de définition de l'H.U.P et de ses missions se trouve amplifié par la vision qu'ont les protagonistes de ce que doit être un établissement hospitalier. Chacun persiste à penser que Saint Julien ne sera un hôpital digne de ce nom que s'il est technicisé. D'ailleurs, les positions syndicales issues de Petit-Quevilly à ce sujet sont éloquentes. Ces organisations considèrent le projet comme une perte de chance pour la population locale, et comme une non réponse aux besoins sanitaires en terme d'accueil et de traitement des victimes en cas d'accident important. Elles considèrent que le désengorgement de Charles NICOLLE est un leurre sans renforcement de la présence médicale aux urgences et sans développement des services annexes(chirurgie, surveillance continue) sur le site de Saint Julien.

Au travers de ces réflexions, il apparaît clairement que les objectifs de l'H.U.P n'ont pas été entendus, et ce pour une grande majorité des protagonistes. A ces difficultés de définition des missions, sont venues s'ajouter des décalages ou des variations importantes par rapport aux objectifs affichés lors de la fusion et de l'élaboration du projet médical.

2.4.2 Des objectifs affichés qui varient ou sont retardés sans être expliqués.

Certaines décisions, nous l'avons vu précédemment, sont allées à l'encontre des premiers engagements pris au moment de la fusion. Il convenait cependant de revenir et d'approfondir ce point. Sur le fond, les acteurs concernés, et surtout ceux de Saint Julien, admettent certains changements d'orientation. En revanche, la forme employée crée des troubles et des dissensions profondes, engendrant un climat de suspicion peu propice au développement du projet.

Quelques réorganisations de l'activité médicale ont été mal vécues (transfert de l'activité opératoire, transformation de l'activité de chirurgie, fermeture partielle du laboratoire, recentrage de la fonction pharmacie). Si le climat social a pu être contenu grâce à un accompagnement particulier du chef de projet appuyé par sa Direction Générale, au respect du calendrier des travaux, à la qualité architecturale et fonctionnelle du projet, ainsi qu'à la mise en place d'un comité de pilotage pluridisciplinaire, il n'en demeure pas moins que ce défaut de communication reste mal perçu. Une culture de site encore bien ancrée chez un personnel où la mobilité est quasi nulle, la non présence systématique du représentant de la C.M.E lors des réunions du comité de pilotage, l'inertie médicale en matière de réorganisation des activités à impact fort, sont autant d'éléments qui jettent un voile sur les objectifs voulus pour l'H.U.P., et n'aident pas à sa réalisation.

3- DES RISQUES À ÉVITER.

3.1 VEILLER À L'UNITÉ DU SERVICE RENDU.

Le concept d'H.U.P fait appel à la notion de territorialisation et renvoie à des dispositifs visant à une plus grande proximité des services sur le territoire urbain. Il s'agit bien au travers de ce concept de rapprocher les services de leurs usagers, et ce, dans le but de mieux répondre aux besoins de la population. Cette amélioration, se traduit en terme de délais de prise en charge, de moyens d'investigation mis en place, de qualité de diagnostics et de soins.

Séduisante sur le principe, cette territorialisation de l'offre de soins pose la question du respect d'un principe essentiel : veiller au maintien de l'unité du service rendu. Etre pris en

charge sur le site de Saint Julien doit en effet procurer les mêmes garanties de service, de qualité et de sécurité que d'être pris en charge sur le site de Charles NICOLLE. Le non respect de cette condition contribuera à fractionner encore davantage la rive droite et la rive gauche en terme d'offre sanitaire.

Aujourd'hui, le manque d'intérêt des équipes médicales pour Saint Julien, la quasi non mobilité des personnels soignants, l'inquiétude quant à l'avenir éprouvée par les personnels de Petit-Quevilly, ne contribuent pas à garantir cette unité.

3.2 NE PAS FAIRE DE SAINT JULIEN UN ÉTABLISSEMENT DE SECONDE ZONE.

La crainte exprimée par certains personnels de Saint Julien de faire de ce site « une coquille vide » n'est peut-être pas exagérée. L'ensemble des difficultés auxquelles la mise en œuvre du projet se trouve confrontée pourrait conduire à cet état de fait.

Le déficit de praticiens hospitaliers enregistré et à venir ne contribue pas à renforcer l'optimisme. Cette difficulté à pourvoir les postes médicaux, accrue par l'immobilisme et le désintérêt des praticiens de Charles NICOLLE ne permet pas aujourd'hui d'envisager sereinement le développement des activités médicales escomptées, qu'il s'agisse des consultations ou des disciplines d'hospitalisation.

Ainsi, le risque existe quant à ce que Saint Julien devienne un établissement de délestage de Charles NICOLLE. Il constituerait une solution de facilité pour trouver des lits d'aval à une hospitalisation, dans un établissement dont certaines disciplines sont souvent engorgées.

L'aspect novateur du concept d'H.U.P ne serait plus qu'un souvenir, la volonté de développer une offre de proximité adaptée aux besoins d'une population fragilisée, un vœux pieux.

*

* *

*

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.

L'hôpital Saint Julien bénéficie depuis la fin du premier semestre 2002 des effets positifs de locaux d'accueil entièrement rénovés, et donc d'une image nouvelle, favorable à la réalisation des objectifs assignés à l'H.U.P.

La réussite de cette structure passe par la mobilité des équipes (médicales et paramédicales) sur l'ensemble des sites des Hôpitaux de Rouen, apportant et garantissant ainsi un niveau de qualité et de sécurité à une prise en charge adaptée aux besoins de la population.

Or, cette volonté n'est pas relayée ni en terme d'actes significatifs, ni en terme de propositions, d'engagement à venir, et ce, quelque soit les spécialités.

Occasionnées en partie, et certainement accrues par un manque de lisibilité du projet, ces difficultés de mise en place nous amènent à évoquer deux risques majeurs qui guettent l'H.U.P : la non garantie de l'unité du service rendu, et finalement une réorientation de cet établissement vers une structure de délestage de Charles NICOLLE.

Le positionnement paradoxal de Saint Julien, les freins rencontrés à l'occasion du développement du projet, justifient que nous nous posions la question de la viabilité du concept d'hôpital urbain de proximité.

III- LA VIABILITE DU CONCEPT D'HOPITAL URBAIN DE PROXIMITE

Le bilan mitigé que nous pouvons faire de la mise en œuvre du concept d'H.U.P suscite dès lors des interrogations quant à sa viabilité. Son positionnement, bien que justifiable, demeure paradoxal dans la ligne stratégique du C.H.U,et, les difficultés rencontrées lors de la mise en place du projet, sont autant d'éléments qui pourraient plaider en faveur d'une réorientation du projet. Pourtant, l'état sanitaire et social de la rive gauche justifie cette présence hospitalière. Aussi, nous analyserons d'une part qu'elle peut être la viabilité de ce concept, au plan local, et d'autre part, nous verrons si l'H .U.P peut être reproduit dans d'autres agglomérations, et devenir ainsi un modèle de reconversion pour certains établissements.

1- VIABILITÉ À L'ÉCHELON LOCAL.

En dépit des obstacles rencontrés, la viabilité de l'H.U.P sur l'agglomération rouennaise ne paraît pas compromise. La situation sanitaire et sociale locale lui confère une légitimité suffisamment forte, légitimité renforcée par le soutien apporté par les différents décideurs hospitaliers. Cependant, ce concept n'évoluera favorablement que dans la mesure où des réponses adéquates seront apportées aux différents points de blocage.

1.1 UN SOUTIEN LOCAL FORT.

On distingue couramment trois acteurs décisionnels à l'hôpital. Nous pouvons dire que trois légitimités coexistent : la politique que représente le maire ou le président du conseil général en tant que président du conseil d'administration ; l'administrative qui est celle du directeur, garant du bon fonctionnement de l'établissement ; et enfin, la technique qui est celle du corps médical.

L'influence de ces acteurs sur la stratégie de l'hôpital est directe. Les pouvoirs publics ont aménagé un régime de fonctionnement hospitalier où chacun des trois pouvoirs ne dépend d'aucun autre, et peut, à ce titre bloquer la bonne marche de l'institution.

Dans le contexte qui nous intéresse, les maires de Petit-Quevilly (changement de maire aux dernières élections municipales) ont joué un rôle important pour le maintien d'une structure active sur la rive gauche.

Nous verrons également que ce projet bénéficie d'un soutien sans équivoque de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H).

L'élu : un conciliateur vigilant.

Le pouvoir politique à l'hôpital relève de la loi du 16 vendémiaire de l'an V (loi du 7 octobre 1796) qui a municipalisé les hôpitaux. Le fondement de ce pouvoir local trouve sa source dans le transfert de l'Etat vers les communes de la gestion, et donc du financement des hôpitaux et hospices. Finançant pour une grande part les établissements hospitaliers, la commune ne pouvait être que leur tutrice. La composition de la commission administrative va refléter cette influence, la présidence de la commission est assurée par le maire.

L'évolution de la place de l'élu ne lui est pourtant pas favorable. L'influence communale s'étiolé au fil du XX^{ème} siècle avec l'arrivée de nouveaux administrateurs représentant les assurés sociaux, avec la participation des administrateurs des caisses de sécurité sociale (1945), le renforcement de la composante médicale (1970), puis celle des

syndicats des personnels non médicaux (1991) et enfin avec l'insertion des représentants des usagers (1996).

Aujourd'hui, le pouvoir municipal semble moins important, d'autant qu'à compter de la loi du 31 décembre 1970, le législateur a introduit une représentation des conseils généraux, puis en 1991 des conseils régionaux, et en 1996 des conseils municipaux des autres communes que la seule commune où siège l'établissement.

Affaibli ou dilué, il n'en demeure pas moins que le maire reste un acteur important dans le système hospitalier et dans le soutien aux stratégies menées. Un regard sur la typologie⁵¹ des présidents de conseil d'administration nous aidera à comprendre l'importance du soutien dont bénéficie l'H.U.P.

Le « maire-président » , en raison de sa double fonction est l'un des acteurs soumis aux champs de jugements les plus complexes. Retenons que deux types de maire peuvent être identifiés : l' « actif » et le « passif ».

Le président « passif » n'a pas de projet spécifique pour l'hôpital. Les présidents « actif » ont tous en revanche la même idée de ce que doit être un « bon » hôpital pour leur ville. C'est tout d'abord une entreprise qui offre des emplois. Dans des villes de taille moyenne, où l'hôpital fait partie des plus gros employeurs, le maire fera tout pour accroître ou préserver les postes de personnel. Un « bon » hôpital est aussi celui qui se modernise et renvoie ainsi l'image d'une ville et d'une gestion dynamique. Certains équipements comme les bâtiments, les équipements biomédicaux à forte valeur technologique, sont alors privilégiés car leur valeur symbolique est forte aux yeux de la population.

Dans le cas qui nous intéresse, les maires successifs ont joué et jouent un rôle important dans le soutien au projet et peuvent être qualifiés de présidents « actifs ». Au moment de la fusion tout d'abord. Le CH de Petit-Quevilly était alors dans une position délicate : établissement le plus cher de la région, bâtiments non conforme en matière de sécurité. Face à cette situation difficile, la fusion se présentait comme une issue qui pouvait être favorable à cet établissement . Cependant, devant la différence de taille des deux établissements, cette fusion risquait vite de devenir une absorption pure et simple. A cette époque, le maire de Petit-Quevilly, s'il n'a pas fait de difficultés pour accepter la fusion, et renoncer ainsi à la présidence du conseil d'administration de l'établissement, a en revanche, souhaité et œuvré avec le directeur en place pour que Saint Julien conserve une base d'activité de court séjour forte, un accueil pour les urgences performant, et, développe des projets de prise en charge novateurs. Ces exigences se sont accompagnées d'un intérêt et d'une vigilance sans faille au respect des protocoles de fusion. Le maire de Petit-Quevilly

⁵¹ Typologie de A.VALETTE – Quelle autonomie pour l'établissement de soins ? *in* L'hôpital stratège – John Libbey – Eurotext.

n'hésitant pas à recevoir les représentants du personnel et à leur apporter son soutien lors de certains mécontentements quant à la réalisation de la fusion.

« Garde fou » du respect des protocoles, le premier magistrat de Petit-Quevilly sait également accompagner le projet d'H.U.P dans la nouvelle image que l'on peut donner à un établissement de santé performant. Le fait qu'un établissement hospitalier puisse ne pas être « hyper-technicisé », qu'il se tourne délibérément vers les besoins de proximité de la population et vers des missions de santé publique est compris et encouragé par le maire de Petit-Quevilly. Cette position a d'ailleurs été publiquement soutenue lors de l'inauguration des nouveaux bâtiments au mois de juin 2002. Mais encore une fois, ce soutien s'accompagne d'une vigilance accrue quant au respect des engagements pris par le C.H.U de Rouen en terme de soutien logistique et de développement d'activité, et notamment des consultations avancées.

Le maire de Petit-Quevilly joue donc un nouveau rôle. Si son poids au sein du conseil d'administration s'est affaibli, il est absent du conseil d'administration, le maire peut envisager de jouer un rôle de contre-pouvoir face à une politique hospitalière rigoureuse. Il peut se positionner de manière plus franche dans un rôle de défense des intérêts de la population, contrairement à l'hôpital et à ses professionnels qui eux se trouvent tiraillés, à la fois avocats des malades, et, en même temps, pris dans un processus hiérarchique de dépendance à l'Etat.

Ce positionnement du maire peut présenter un danger en terme d'avancée du projet, de mutation de la structure. Ne souhaitant pas aux yeux de ses administrés, paraître cautionner une politique hospitalière à priori peu favorable à l'établissement de la commune, il aurait pu être amené à radicaliser son discours dans l'objectif de défense des intérêts locaux. Or, il est aujourd'hui dans ce jeu de contre-pouvoir sur un tout autre registre. Il devient le modérateur, le conciliateur, véritable relais entre la population et le décideurs hospitaliers.

Le maire n'est pas le seul soutien local dont dispose l'H.U.P. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation soutien également ce projet.

Un soutien important : l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H).

Même si elle n'est pas un acteur interne de l'hôpital, l'A.R.H doit être prise en considération. Chargée de faire appliquer les directives nationales au niveau du système local de soins, elle dispose d'un pouvoir de contrôle et d'évaluation, et d'une capacité à favoriser ou à retarder les projets initiés par les établissements. Notre entretien avec la responsable de la planification à l'A.R.H de Haute-Normandie, nous permet d'affirmer que l'Agence constitue un soutien fort pour l'H.U.P.

D'une part parce que l'H.U.P s'inscrit tout à fait dans la ligne directrice qu'a fixée l'A.R.H pour la région. L'Agence s'est en effet employée depuis 1996 à susciter les rencontres, à favoriser les échanges entre les différents acteurs, à faire émerger des solutions innovantes, prenant en compte les spécificités locales. Les objectifs de cette politique sont clairs, il s'agit :

« (...) d'ouvrir les établissements sur leur environnement, d'optimiser les plateaux techniques pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, fixer l'activité pour offrir à la population toute une gamme de services de proximité, valoriser les synergies pour réaliser des économies d'échelle et articuler les pôles santé avec les autres services publics, dans une logique d'aménagement du territoire. »⁵².

L'H.U.P s'inscrit donc bien dans ce schéma. Il répond en effet à la quasi totalité des critères fixés par l'Agence pour l'amélioration de l'offre sanitaire de la région. L'optimisation du plateau technique en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins est réalisée grâce à la coopération avec Charles NICOLLE. L'ouverture sur l'environnement correspond bien à la volonté de faire de l'H.U.P un établissement dont l'offre de soins est bâtie autour des besoins de la population, et dont l'accès est simplifié. Enfin, les critères de proximité, d'aménagement du territoire, sont nous l'avons déjà vu, des éléments majeurs de la définition même et de la raison d'être de l'H.U.P. Cette adéquation entre les objectifs de l'A.R.H et ceux assignés à l'H.U.P, font donc de l'Agence un soutien sur lequel il est possible de s'appuyer.

Autre élément qui favorise le soutien de l'H.U.P par l'A.R.H, celui de la nécessité pour cette dernière de conserver une offre publique en matière de soins sur la rive gauche. Il n'est pas question pour l'Agence que l'offre de soins rive gauche soit entièrement laissée à la discrétion du secteur privé. Saint Julien doit donc conserver et renforcer son identité. Il doit la conserver, c'est à dire ne pas se trouver noyé dans le C.H.U et devenir un établissement spécialisé. Il doit la renforcer, c'est à dire mettre en œuvre les moyens d'une prise en charge de proximité de qualité.

Ces soutiens forts dont bénéficie le concept d'H.U.P permettent donc d'espérer une issue favorable. Cette dernière sera possible si les points de blocage existants sont levés.

⁵² La lettre de la Haute-Normandie – n°755 – A.R.H 1999

1.2 APPORTER UNE RÉPONSE AUX DIFFÉRENTS POINTS DE BLOCAGE.

La viabilité du concept d'H.U.P au plan local ne pourra pas se contenter du soutien d'acteurs extérieurs. Il convient pour accroître ses chances d'apporter rapidement des solutions aux obstacles évoqués précédemment.

A ce titre, quatre domaines d'intervention peuvent être privilégiés : poursuivre l'effort d'intégration que demande la fusion ; apporter des solutions à la problématique médicale ; continuer à travailler sur l'amélioration de l'image de Saint Julien ; afficher, renforcer et valoriser le rôle de proximité.

1.2.1 Poursuivre l'unification du C.H Saint Julien et du C.H.U de Rouen.

Apprendre à travailler ensemble

Défiance des uns, désintérêt des autres, la fusion opérée entre les deux établissements soulève le problème, classique au demeurant dans ces opérations, des conditions d'évolution des capacités collectives organisationnelles. Cette évolution ne dépend pas seulement du changement de l'équilibre des forces, mais aussi et surtout du changement des modes de régulation, d'évaluation et de contrôle de l'action collective.

Les structures fusionnées, nous l'avons vu, présentent des différences considérables, en terme de taille, d'identité, de culture, de mode de régulation. La question se pose alors de trouver de nouveaux modes de rapports entre les acteurs, de redéfinir des outils de régulation.

Cette redéfinition des rapports passe par « l'apprentissage ». CROZIER et FRIEDBERG⁵³ ont donné cette définition de « l'apprentissage », définition qui s'applique parfaitement à notre situation :

« c'est à dire (l'apprentissage) la découverte, voir la création et l'acquisition de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, bref, de nouvelles capacités collectives. ».

On ne gère pas une petite entité comme une grosse structure. Fusionner deux structures si différentes implique, si l'on ne veut pas briser l'ensemble des synergies, le respect du petit par le plus gros. La réussite de cette intégration passe donc par la connaissance et la mise en valeur des atouts de chacune de ces structures. Elle implique donc la mise en place de relations fiables et durables, où chaque acteur occupera une place qui lui permettra d'être reconnu. Cette reconnaissance et ce respect mutuel doivent servir de base à l'élaboration des nouveaux modes relationnels ainsi que des nouveaux outils

⁵³ CROZIER et FRIEDBERG – L'acteur et le système – Paris – Edition du Seuil

relationnels. Ils pourront être repris à partir d'anciens fonctionnements qui seront adaptés à la nouvelle structure, ou bien, créés de toute pièce, avec pour objectif de servir des intérêts communs.

Afin d'élaborer ces nouveaux modes de relations, deux actions nous semble devoir être menées. D'abord, il convient en terme de communication institutionnelle de poursuivre l'action déjà engagée visant à bien faire comprendre qu'aujourd'hui Saint Julien et le C.H.U de Rouen forment un seul et même établissement. Travailler, être soigné à Saint Julien, c'est travailler, être soigné au C.H.U. Travailler, être soigné au C.H.U de Rouen, s'est la possibilité de travailler, d'être soigné à Saint Julien. Si cette communication doit se faire régulièrement par les voies habituellement utilisées (magazine d'information interne, communications diverses), elle pourrait également prendre par instant des formes un peu plus novatrices. Pourquoi par exemple ne pas réaliser de temps à autre une conférence de direction, une C.M.E plénière, ou toute autre instance sur le site de Saint Julien ? Cette réflexion vaut d'ailleurs pour l'ensemble des autres sites.

Etablir de nouvelles relations passe peut-être également par la mise en place d'un directeur de site sur Saint Julien. Le personnel médical et non médical, habitué autrefois à entretenir des relations étroites avec la direction s'est vu du jour au lendemain privé de cette possibilité. La coupure à semble t'il été trop brutale. Même si cette décision va à l'encontre de l'organisation actuelle (direction centralisée sur un site unique), elle permettrait en tout état de cause de faciliter les rapports entre les interlocuteurs, et répondrait à une demande forte, exprimée notamment par le corps médical de Saint Julien. Qui plus est, elle marquerait davantage la présence d'une direction jugée parfois trop éloignée du terrain. Les attributions de ce directeur reste à définir, mais il devrait à notre sens, afin d'être un véritable interlocuteur pour les équipes de Saint Julien, bénéficier d'une autonomie de décision, bien que cadrée par la politique du C.H.U, relativement étendue.

Ensuite, « l'apprentissage » passe nécessairement par la mobilité des équipes. Qu'elles soient médicales, paramédicales ou administratives, la mobilité inter-sites est aujourd'hui quasi nulle. Cette immobilité ne contribue évidemment pas, ni à la découverte de l'autre, ni à la création d'une nouvelle culture d'établissement commune. Il convient donc d'encourager et de favoriser ces mouvements inter-sites. Les médecins, au même titre que les soignants, sont, nous le savons, très attachés à la notion de travail en équipe. L'un des principaux freins que nous avons pu identifier à la mobilité est la crainte d'être isolé sur l'un des sites en cas de mouvement. « Noyé dans la masse » dans le cadre d'un mouvement de Saint Julien vers Charles NICOLLE, « Perdu au milieu de nul part » dans le sens inverse. Encourager et favoriser ces mouvements peut être réalisé en mixant les équipes. Faire bouger plusieurs personnes vers un même endroit en même temps, sous l'égide d'un chef de service unique pourrait être une solution. Ainsi, nous ne parlerions plus par exemple de

l'équipe des urgences de Saint Julien et de celle de Charles NICOLLE, mais bien d'une équipe des urgences, susceptible de travailler sur l'un ou l'autre site.

Utiliser les nouveaux recrutements, en indiquant que le poste se situe en fonction des besoins ou de l'organisation sur l'un ou l'autre des sites restera dans l'immédiat le moyen le plus souple pour instaurer cette mobilité. En effet, si la démarche incrémentale des « petits pas » n'engage pas autant qu'une stratégie planificatrice et délibérée, elle constitue une manière de concrétiser des changements sans trop bousculer le système, entraînant une dynamique progressive de développement qui se nourrit d'elle même.

Lever les ambiguïtés.

Nous l'avons évoqué, l'un des points de blocage au développement de l'H.U.P est constitué d'un manque de lisibilité du projet. L'ambiguïté est l'une des méthodes les plus courante pour assurer le soutien à une stratégie. Elle permet en effet à plusieurs groupes, ou personnes, de soutenir le même projet pour des raisons différentes, et avec des espérances diverses, en particulier quant à ses conséquences administratives. Dans ce cas, les stratégies officielles ont donc toute les chances d'être vagues, contradictoires, ou de ne faire l'unanimité ni sur leur signification ni sur leur mise en œuvre.

Mais, jouer trop longtemps sur les ambiguïtés d'un projet fini par créer une distension entre les termes de la structure visée et celle qui se met en place. Le danger réside dans cet écart qui devient une brèche dans laquelle les opposants au projet s'engouffrent, faisant de ce différentiel un « espace de rupture⁵⁴ ». Dans le cas de l'H.U.P, les écarts relevés entre le projet prévisionnel et la réalisation, et ce quelque puissent en être les causes, sont devenus des arguments qui profitent aux détracteurs du projet, aux septiques.

Aussi, il conviendrait d'adopter maintenant une politique d'explication des objectifs de Saint Julien. Communiquer sur les réussites, sur le devenir, mais également sur les difficultés rencontrées devient primordial pour la suite du projet. A ce titre, le comité de pilotage mis en place à l'occasion des travaux semble être un outil adapté. Les réunions régulières sont l'occasion d'informer et d'échanger. Les acteurs hospitaliers y sont présents (médecins, cadres paramédicaux, cadres administratifs, direction). Son action pourrait néanmoins être renforcée si un représentant de la C.M.E assistait régulièrement à ce comité.

⁵⁴ JP – CLAVERANNE – Démarche de projet et ambiguïté – *in* L'hôpital stratège - John Libbey - Eurotext

1.2.2 Trouver des solutions à la problématique médicale.

Renforcer l'attractivité de Saint Julien.

La première réponse à apporter à la problématique médicale concerne bien entendu le recrutement. Surmonter cette difficulté devient vital pour l'H.U.P, car sans praticiens, il est évidemment impossible de développer ou de pérenniser une activité, qu'elle soit nouvelle ou ancienne. Trois points constituent nous l'avons vu cette difficulté de recrutement :

- le problème national de démographie médicale,
- le problème régional du manque d'attractivité de la Haute-Normandie pour le corps médical,
- le décalage entre les aspirations des praticiens du C.H.U et les pathologies à traiter sur Saint Julien, décalage accentué par l'inadéquation aux besoins de l'H.U.P des critères de recrutement fixé par le C.H.U.

Les deux premiers points se révèlent être des facteurs exogènes sur lesquels il semble difficile d'intervenir. En revanche, des solutions peuvent être envisagées pour apporter une réponse au dernier point.

Il conviendrait certainement d'adapter les critères de recrutement médical aux postes de Saint Julien. La recherche du meilleur candidat basé sur les critères d'une capacité à prendre en charge un patient dans le cadre des activités d'un C.H.U, sans être nécessairement trop exigeant pour un C.H, bride quelque peu le nombre de candidats potentiels. Certains d'entre eux, sans répondre à l'exhaustivité des exigences émises par le C.H.U, pourraient néanmoins être recrutés pour Saint Julien, établissement pour lequel ils constitueraient de bons praticiens. Dès lors, pour ne pas creuser de fossé entre les niveaux de pratique médicale des sites, il conviendrait que ces médecins se forment et progressent auprès des praticiens de Charles NICOLLE, ce qui peut être également perçu comme un atout dans le profil de poste. L'avantage de cette situation peut être double : lever les difficultés de recrutement sur Saint Julien, instaurer par le biais de la formation, des relations étroites entre les praticiens de Saint Julien et ceux de Charles NICOLLE.

Il est également nécessaire de renforcer l'attractivité des postes de Saint Julien. Nous l'avons analysé, ce que recherche les praticiens sur le C.H.U de Rouen, outre l'intérêt des cas et les moyens technologiques, c'est également le travail d'équipe. L'isolement est une véritable crainte, et prendre un poste à Saint Julien présente à leurs yeux ce risque. Dès lors, les postes médicaux de Saint Julien doivent garantir ce travail d'équipe et un lien fort avec les équipes du site de Charles NICOLLE. Il conviendrait donc de créer des équipes médicales, communes à Charles NICOLLE et à Petit-Quevilly, chaque équipe étant placée

sous la responsabilité d'un chef de service unique pour l'ensemble des sites. L'attractivité passe également par des engagements à prendre en terme d'intéressement universitaire, d'innovation, de qualité de vie professionnelle.

Créer un nouvel esprit C.H.U.

Aujourd'hui, nous pouvons observer « deux familles médicales », celle de Saint Julien et celle du C.H.U de Rouen avant fusion. L'harmonisation ne s'est donc pas opérée entre les équipes médicales de ces deux établissements. Ces praticiens doivent maintenant apprendre à travailler ensemble, les liens entre les équipes médicales de chaque site doivent se renforcer. Développer les postes partagés sur différents sites peut être envisagé comme une solution. Cette mesure semble d'autant plus attractive que les praticiens qui accepteraient ce type de poste pourraient bénéficier d'une prime multi-établissement . Cette mesure permet de créer des postes à temps partagé entre plusieurs sites. Elle doit contribuer à renforcer la couverture dans les établissements de proximité, et, doit apporter un début de réponse au problème de démographie médicale. Les modalités d'attribution de la prime multi-établissements ont été déterminées par la circulaire ministérielle du 13 octobre 2000⁵⁵ dans le cadre de l'arrêté du 06 janvier 2000. Les activités assurées entre des sites géographiques appartenant antérieurement à des établissements distincts et ayant fusionnés sont éligibles au versement de l'indemnité multi-établissement. Elle concerne les praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel. C'est le Directeur de l'A.R.H, qui dans le cadre des priorités régionales qu'il entend soutenir, attribue cette indemnité. Elle est allouée pour une durée d'un an, renouvelable par reconduction expresse. Notons ici que l'enveloppe attribuée à la Haute-Normandie pour financer cette mesure comprend une majoration de 30% eu égard aux difficultés en matière de démographie médicale régionale.

Insuffler un nouvel esprit C.H.U de Rouen en matière médicale doit se faire en harmonie et avec le soutien actif du Président de la C.M.E. Aussi, il peut être intéressant de créer une « C.M.E intermédiaire » sur le site de Saint Julien. En effet, aucun praticien de Saint Julien n'est aujourd'hui intégré dans la C.M.E du C.H.U de Rouen. Afin de palier à cet obstacle de dialogue, mais aussi de reconnaissance de la communauté médicale de Saint Julien, une réunion en amont des C.M.E pourrait être conduite sur Saint Julien. Elle serait pilotée par le président de la C.M.E, et permettrait d'évoquer les différents projets et obstacles rencontrés par les praticiens de Saint Julien.

Enfin, mettre en œuvre cette coopération, c'est également l'inscrire dans un projet médical précis qui fait encore défaut pour le site de Petit-Quevilly. L'écriture de ce projet doit

⁵⁵ Circulaire DHOS/M n°2000-521 du 13 octobre 2000, relative à l'indemnité versée à certains personnels médicaux hospitaliers lorsqu'ils exercent leur activité dans plusieurs établissements

être la première étape d'une collaboration entre les responsables médicaux des deux sites, collaboration qui devra se pérenniser lors de l'exécution du projet médical.

1.2.3 Poursuivre l'amélioration de l'image du site.

Saint Julien souffre encore aujourd'hui d'une image longtemps dégradée. L'inauguration du nouveau bâtiment constitue un premier pas dans la réhabilitation du site auprès du public et des professionnels de santé. Cet effort d'amélioration de l'image devra se poursuivre. Sa réussite ne se cantonne pas pour autant à la simple image physique du site, mais également par le respect des promesses réalisées sur l'organisation des activités et sur la vigilance à apporter à l'unité du service rendu.

Poursuivre la réhabilitation immobilière.

Le site de Saint Julien, en dépit des améliorations apportées reste aujourd'hui très hétéroclite. La clef de voûte de l'œuvre de la restructuration du site, inaugurée en juin 2002 est un signal fort envers la population, les professionnels et les administrateurs sur la volonté du C.H.U de Rouen de faire vivre l'H.U.P. Afin de profiter de cette dynamique, la suite des opérations devra être menée avec la même rigueur qui a fait le succès de ce premier volet : respect des délais, prise en considération des gênes occasionnées, information régulière sur l'avancement des travaux. Ainsi, les opérations à venir : le réaménagement du long séjour, l'implantation de l'antenne S.M.U.R et le réaménagement du centre médico-psychologique, si elles sont menées avec la même attention, contribueront à préserver l'allant instauré par cette première réussite. L'H.U.P pourra ainsi bénéficier des effets positifs de locaux d'accueil entièrement rénovés, d'une accessibilité mieux étudiée, et donc d'une image plus favorable. Mais, ces réussites architecturales si elles sont nécessaires ne seront pas suffisantes et devront s'accompagner de réussites en matière d'offre de soins.

Des activités « labellisées » C.H.U.

De beaux bâtiments ne suffiront pas à eux seuls à améliorer l'image de Saint Julien. Le syndrome de la « coquille vide » reste présent dans les esprits des équipes du site.

Il est donc primordial que les engagements pris au moment de la fusion en terme d'activité soient respectés. Une relecture sept ans après la conclusion de ces accords, nous amène à penser que ce respect des engagements doit concerner tout particulièrement le maintien et le développement de la polyclinique (consultations avancées). Vitrines de l'établissement, leur importance en matière stratégique a été mainte fois démontrée. C'est pourquoi, outre une réponse adaptée aux besoins de la population, elles devront présenter également la même qualité que celles réalisées sur le site de Charles NICOLLE. Le choix

des praticiens qui réaliseront ces consultations devra donc être rigoureux. Il ne s'agit pas d'envoyer sur Saint Julien un médecin dont on ne veut pas sur le site de Charles NICOLLE. Au contraire, il s'agit de permettre à des praticiens motivés et compétents d'exercer sur un site où un potentiel de clientèle peut être recruté. Cette préoccupation vaut également pour les autres activités, il en va de la garantie de l'unité du service rendu.

Une vigilance particulière devra être apportée en terme d'organisation médicale sur le respect des circuits définis. Un patient qui peut être pris en charge à Saint Julien, n'a aucune raison de se retrouver (sauf sur demande du patient) pris en charge à Charles NICOLLE. Il en va de la crédibilité du site de Petit-Quevilly, et notamment en matière d'urgences. Poursuivre l'amélioration de la réputation de Saint Julien est en effet primordial si l'on souhaite le voir jouer pleinement son rôle de désengorgement, et en particulier en terme d'urgences. Alors que le délai moyen d'attente aux urgences de Charles NICOLLE est de trois heures, il se situe sur Petit-Quevilly entre une demi-heure et une heure. Les urgences simples qui encombrant le S.A.U peuvent être facilement réorientées sur Petit-Quevilly, surtout lorsque l'on sait que le temps d'attente est l'un des principaux motifs d'insatisfaction du patient lorsqu'il vient aux urgences. Ces transferts de la rive droite vers la rive gauche seront possibles si le public considère que Saint Julien et Charles NICOLLE sont bien les sites d'un seul et même établissement : le C.H.U de Rouen.

Ce respect des circuits se pose également pour l'unité de soins de suite de chirurgie. Tout patient dont l'état de santé le permet, et qui en terme de proximité à intérêt à être hospitalisé sur la rive gauche, devra y être transféré, et ce quelque soit « l'intérêt » de la pathologie. Il convient de montrer l'intérêt de cette unité : désengorgement des structures de Charles NICOLLE, qualité, sécurité et proximité pour le patient et ses proches. A contrario, Petit-Quevilly devra également jouer le jeu et attacher un souci particulier : à fixer sa clientèle, à récupérer dans les meilleures conditions et les meilleurs délais les patients qui à un moment de leur séjour auront été transférés sur Charles NICOLLE.

Ainsi, nous pourrons évaluer le rôle tenu par l'H.U.P dans le soulagement du site de Charles NICOLLE, qu'il s'agisse des urgences, des consultations, mais aussi des services d'hospitalisation.

1.2.3 Valoriser et renforcer la notion de proximité.

Un changement de mentalité à insuffler.

Si chacun s'accorde à penser que la proximité est une valeur positive en terme d'offre de soins, il n'en va pas de même lorsque l'on rattache des activités précises à cette notion, et que dans ce cas, la définition d'un établissement de proximité ne correspond pas

nécessairement à celle d'un hôpital disposant d'un panel d'activité complet, accompagné d'un plateau technique sophistiqué.

Faire accepter à la population et aux professionnels de santé qu'un établissement de qualité s'est celui qui répond aux besoins de la population en lui assurant sécurité et qualité, sans pour autant posséder l'exhaustivité des disciplines ou des moyens de diagnostic sur place, n'est pas une opération aisée. Ces contraintes sont pourtant celles de l'H.U.P. Ce message ne sera entendu et compris que si l'H.U.P fonctionne sans encombre. Aussi bien pour la population que pour les professionnels, l'ensemble des opérations qui seront « soustraitée » sur Charles NICOLLE devront être en terme de fonctionnement quasi transparentes. A titre d'exemple, les résultats d'un examen de laboratoire demandé en urgence sur Saint Julien, et réalisé sur Charles NICOLLE, devront être fournis dans un délai quasi identique à celui de ce même examen réalisé Saint Julien.

C'est au prix de la qualité du fonctionnement institutionnel que l'évolution des mentalités pourra se faire. Cette progression est primordiale car elle désamorcera un bon nombre de tensions liées à la réorganisation de certaines activités. On ne supprime pas l'activité de chirurgie d'un établissement sans laisser une certaine amertume, mais si le circuit entrée à Petit-Quevilly, opération sur Charles NICOLLE, retour à J+3 sur Petit-Quevilly fonctionne, alors gageons que l'évolution des mentalités en faveur de l'H.U.P se fera.

S'appuyer sur les acteurs locaux pour renforcer son rôle de proximité et assurer son activité.

Renforcer et valoriser le rôle de proximité, s'insérer pleinement dans le tissu urbain, ces volontés impliquent la recherche et le développement de réseaux locaux. Cette position permet également de mettre en place de manière plus efficace les opérations de santé publique et d'éducation à la santé. La mise en place de ces réseaux locaux nécessite le développement des relations avec la médecine libérale. Le C.H de Saint Julien est en mesure d'apporter à cet égard un avantage important au C.H.U.

Les schémas d'orientation d'un patient font en effet preuve d'une grande diversité. Les médecins de ville tiennent compte de l'offre locale de soins (publique, privée), mais également des désirs de la clientèle, de plus en plus au fait des possibilités de soins hors du bassin de vie. Cependant, une dimension fondamentale régit la mise en place de leur réseau de correspondants, il s'agit : « (...) de la place accordée aux relations interpersonnelles et à la continuité ⁵⁶ ». Perdre contact avec le patient est synonyme de rupture dans l'image d'homogénéité de la médecine à laquelle le praticien se doit de participer devant ses clients. Ces rapports au client ont des répercussions directes sur la construction même de ces

⁵⁶ S.CLEMENT ; L.LEVI PREVOT ; J.MANTEVANI ; M.MEMBRADO – IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé – CREDES janvier 1995

réseaux. L'orientation n'est en aucun cas un abandon du patient par le généraliste. Bien au contraire, il souhaite mener un travail d'équipe avec le spécialiste. Ainsi, les C.H.U se révèlent souvent être des structures indispensables mais mal aimées. Les C.H occupent quant à eux une place fort différente. « Le C.H rend service par sa proximité géographique, (...) son recours « gratuit » et garant d'une certaine continuité dans l'accompagnement du malade⁵⁷ ». L'H.U.P dispose donc à priori d'un atout considérable pour assurer et développer son fonctionnement : celui du soutien et d'une orientation possible, si les activités développées s'y prêtent, des patients des généralistes. Il convient donc de développer ces relations. Informations, aides en matière de formation seront autant d'éléments qui devraient permettre aux généralistes rouennais de connaître l'offre de soins de Petit-Quevilly et les inciter à orienter leur clientèle vers cet établissement. Ceci permettrait à Saint Julien d'asseoir ses activités et de s'insérer encore davantage dans le tissu urbain. En appréhendant mieux les difficultés de la population, il pourra alors jouer pleinement son rôle en matière de santé publique et d'éducation à la santé.

*

* *

*

L'H.U.P sur l'agglomération bénéficie donc d'un soutien important qui peut servir d'assise à son développement. Résoudre les difficultés inhérentes à la mise en place du projet vise essentiellement à travailler sur la clarification des objectifs et leur communication, et ce dans le but de faire accepter l'essence de l'H.U.P. La réussite de ce projet, repose également sur l'existence d'équipes médicales et paramédicales mobiles sur l'ensemble des sites des Hôpitaux de Rouen, apportant ainsi les mêmes garanties de sécurité et de qualité quelque soit le lieu de prise en charge.

Concept novateur, l'H.U.P possède suffisamment d'atouts pour se développer sur la rive gauche de Rouen. Synonyme d'une réorganisation et d'une réorientation des activités d'un petit centre hospitalier, ce modèle peut-il constituer une solution pour d'autres établissements en mal de positionnement, peut-il faire l'objet d'une création ex-nihilo ?

⁵⁷ S.CLEMENT ; L.LEVI PREVOT ; J.MANTEVANI ; M.MEMBRADO – IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé – CREDES janvier 1995

2 - LA REPRODUCTIBILITÉ DE L'HÔPITAL URBAIN DE PROXIMITÉ.

L'H.U.P devrait à la lecture des différents éléments exposés pouvoir se développer sur l'agglomération rouennaise. Il répond en effet aux besoins caractéristiques de cette dernière, et bénéficie d'un engagement appuyé des décideurs hospitaliers locaux. A l'heure des restructurations hospitalières, l'H.U.P apparaît comme une solution pour la réorientation des établissements de petite taille souvent victimes d'une politique hospitalière exigeante en terme économique et sécuritaire.

Il permet de maintenir une offre de soins étendue et de proximité. Il donne également la possibilité de valoriser une nouvelle image de l'hôpital, celle d'un établissement dont la force n'est pas l'étendue du potentiel technologique et technique, mais, une offre ciblée sur les besoins de la population avec comme atout majeur celui de pouvoir être un acteur efficace en matière d'actions de santé publique.

Dès lors, il nous semble intéressant de nous interroger sur la reproductibilité du concept. L'H.U.P peut il être adapté à d'autres situations ?

Rappelons le, l'H.U.P est un établissement de première intention. Situé en milieu urbain, il doit s'insérer fortement au niveau local. Il assure un rôle de proximité géographique et sociale. Ses priorités ne sont pas celles d'un développement de ses capacités technologiques, mais bien de cibler son offre sur les soins de première intention et sur les actions et priorités en matière de santé publique.

Trois éléments structurants de la société française nous permettent de penser que le concept d'H.U.P peut effectivement être repris. Il s'agit de l'urbanisation, des caractéristiques de la demande de soins et, de la politique de réorganisation hospitalière.

2.1 L'URBANISATION.

2.2.1 Le développement urbain.

Les résultats du dernier recensement ont confirmé la poursuite de l'urbanisation en France. Aujourd'hui, près des trois quart de la population vit en milieu urbain, c'est à dire, soit en ville, soit dans un territoire directement sous son influence comme la banlieue ou la couronne périphérique. L'étalement urbain se fait du centre vers la périphérie des villes.

L'analyse des aires urbaines ⁵⁸ depuis 1975 permet de dire que les villes se sont développées selon le schéma de l'étalement urbain.

Taux d'évolution du nombre d'habitants dans les villes

En %

(source : recensements – INSEE)

	Taux d'évolution annuel moyen		
	De 1975 à 1982	De 1982 à 1990	De 1990 à 1999
Ville centre	-0,64	-0,17	0,15
Banlieue	0,83	0,84	0,41
Couronne Périurbaine	2,85	2,05	1,19
Ensemble des 73 aires urbaines	0,51	0,65	0,44

L'étalement urbain trouve son origine dans le desserrement urbain. Ce processus conduit les ménages les moins aisés et les familles à quitter le cœur des villes pour s'installer en périphérie. Cette notion met en avant la saturation progressive des espaces des centres ville, devenus trop chers du fait de leur raréfaction. Elle rend également compte du comportement des ménages et des politiques d'urbanisation successives. En effet, partout où la croissance des populations a nécessité la construction de logements, les zones à urbaniser en priorité ont transformé les anciennes banlieues ou en ont fait naître de nouvelles. De plus, la promotion de l'habitat individuel a favorisé l'urbanisation de communes restées jusque là rurales. Enfin, les choix effectués en matière de transports urbains (métro, tramway ou voies rapides entrants au cœur des villes) ont été déterminants pour le développement des villes.

On distingue aujourd'hui six morphologies urbaines différentes. Cette classification montre que l'essentiel de la population se trouve dans les banlieues et les couronnes périurbaines.

⁵⁸ Aire urbaine : Constituée de trois éléments : la ville centre, la banlieue (territoire sous influence directe de la ville, la couronne périurbaine (périphérie plus lointaine, au delà du front dense de l'urbanisation mais encore sous influence de la ville et de sa banlieue – Economie et Statistiques n°336 – 2000

Part de la population par morphologie urbaine

En %

(source : recensements 1999– INSEE)

	Nombre d'aires en France	Part de la population (%)		
		Ville centre	Banlieue	Couronne
Ville centre important Couronne réduite	7	60,0	33,0	7,0
Ville centre important Banlieue réduite	13	60,0	15,2	24,8
Profil moyen	22	38,2	41,0	20,8
Banlieue hypertrophiée	13	23,1	65,5	11,4
Ville centre assez important Couronne développée	14	47,0	19,7	33,3
Couronne dominante	4	26,5	31,8	41,7
Ensemble	73	34,5	48,6	16,9

En dehors des aspects géographiques et quantitatifs, les données qui nous intéressent sont également d'ordre sociale, et en particulier de structuration sociale des territoires urbains. La structuration sociale des zones urbaines a pu être décrite pour la France grâce aux travaux de Nicole TABARD⁵⁹ à partir du recensement de 1990. Il en ressort que la majorité des aires urbaines de plus de 100 000 habitants (37 sur 73), se

⁵⁹ Représentation socio-économique du territoire. Typologie des quartiers et communes selon la profession et l'activité économique de leurs habitants – Document de travail n° F/9311 – INSEE

Des quartiers pauvres aux banlieues aisées , une représentation sociale du territoire – Economie et Statistiques n°870

caractérise par une ville centre dont le statut socio-spatial est plus élevé que celui de la banlieue, lui même plus élevé que celui de la couronne. Il s'agit des agglomérations de Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Nantes, Strasbourg, Rouen, Nancy, Poitiers, Limoges, Besançon, Caen, Orléans, Dijon pour ne citer que les capitales régionales. Cette liste non exhaustive nous permet de penser que l'implantation d'un H.U.P dans l'une de ces villes qui en taille et sociologiquement, s'apparentent à Rouen serait peut-être intéressant.

2.1.2 Urbanisation et H.U.P.

Un lien fort existe entre urbanisation et intérêt de développer un H.U.P. Nous l'avons vu, l'H.U.P se destine à être un établissement tourné vers son milieu, profondément insérer au tissu urbain local. Il veut y tenir un rôle de proximité géographique et sociale. L'urbanisation croissante doit lui permettre de justifier de ce rôle. D'une part parce que le rapport à la distance se modifie avec l'urbanisation. Ainsi, des C.H qui autrefois se trouvaient isolés, et tiraient leur raison d'être de cet éloignement, sont aujourd'hui partie intégrante d'une agglomération, et l'accessibilité à des centres de soins plus importants est souvent facilitée. Cela à déjà, et risque encore de remettre en cause l'existence des structures plus petites. Dans ce cas, l'H.U.P peut s'imposer comme une solution qui permettrait de maintenir un niveau d'offre de soins élargis tout en rationalisant l'utilisation des équipements et des techniques coûteuses.

Autre argument qui plaide en faveur de l'H.U.P dans ce contexte d'urbanisation, le fait que 50% des capitales régionales et 37 des zones urbaines sur 73 en France présentent un profil socio-spatial identique à celui de l'agglomération rouennaise. Or, cette répartition socio-spatiale est l'un des facteurs qui légitime la création de l'H.U.P. Nous pouvons donc aisément imaginer que ce schéma applicable sur Rouen puisse être reproduit sur d'autres agglomérations, pour des populations qui, à quelques variantes près, doivent présenter des caractéristiques identiques et les mêmes besoins d'offre de soins de proximité.

2.2 L'EVOLUTION DES CARACTÉRISTIQUES DE LA DEMANDE DE SOINS.

Vieillesse et apparition des « consommateurs » de soins caractérisent l'évolution de la demande de soins . L'H.U.P est un élément de réponse à ces nouvelles exigences.

2.2.1 Les nouvelles caractéristiques de la population.

Le vieillissement de la population.

L'augmentation de la part des personnes les plus âgées au sein de la population au cours des dernières décennies est liée à la combinaison de deux facteurs : la baisse de la fécondité et la baisse de la mortalité aux âges élevés. La proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population totale est ainsi passée de 18% en 1970 à 21% en 2000, soit 12,1 millions de personnes.

Les projections démographiques publiées par l'INSEE au début de l'année 2001 dessinent une augmentation inéluctable de la part des personnes les plus âgées dans les quarante années à venir. En 2020, la France pourrait compter 17 millions de personnes de plus de 60 ans, et près de 4 millions de personnes de plus de 80 ans.

Nous savons que le recours aux soins à pour l'essentiel lieu aux âges extrêmes de la vie. Cet âge élevé s'accompagne de plus, pour certaines personnes d'une dépendance qui nécessite un besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Aussi, face à ce phénomène, l'hôpital va devoir faire face à une demande de soins émanant d'une population croissante et peu enclinte à se déplacer. La proximité va alors jouer un rôle important dans la qualité de la prise en charge.

Le patient consommateur.

Le glissement du patient passif, infantilisé, au patient consommateur est souvent vécu par les professionnels de santé de manière négative. Cependant, « vivre avec la maladie » a pour conséquence de solliciter les missions de soins d'une autre manière, et implique pour les professionnels de santé une réflexion sur ces nouvelles attentes. Mieux soigner signifie de plus en plus mieux comprendre le malade, ses proches. Aussi, le plateau technique et l'excellence du suivi thérapeutique ne suffisent plus à satisfaire pleinement des exigences tournées vers le consumérisme, d'autres réponses doivent compléter ces premières demandes.

2.2.2 L'H.U.P au sein d'un réseau : une réponse possible qui situe le patient au cœur des préoccupations.

Afin de mieux prendre en considération ces évolutions, nous devons donc être en mesure d'adapter l'hôpital à la cité. L'H.U.P, par sa souplesse, sa proximité, sa dimension humaine, son souci d'adapter son offre de soins aux besoins de la population, doit être considéré comme une réponse envisageable à cette nouvelles demande.

Ses qualités et ses préoccupations doivent lui permettre de s'intégrer facilement, voir d'être l'initiateur d'une prise en charge en réseau. Le réseau de soins s'impose progressivement comme organisation dans la prise en charge d'une personne. Il permet d'adapter une réponse qui soit véritablement au service du patient et de ses proches, et ce, au sein de l'environnement qu'ils ont choisi.

Ce type de réponse s'inscrit dans la droite ligne de la promotion des droits de la personne malade. Développer ce type d'offre, c'est bien situer le patient et ceux qui l'accompagnent au cœur des préoccupations des professionnels de santé.

Vouloir changer le regard sur les éléments qui font la qualité d'un hôpital, c'est également servir l'usager. Pourquoi vouloir continuer à rattacher la performance d'un établissement, sa qualité, à son potentiel technologique ? Mieux vaut une bonne orientation faite au bon moment avec toutes les garanties de qualité et de sécurité nécessaires plutôt qu'une intervention mal réalisée. De plus l'H.U.P de par sa conception, allié au réseau, garanti la proximité une fois l'intervention réalisée. L'H.U.P participera ainsi à la prise en charge globale de la personne.

2.2.3 L'H.U.P : une solution de repositionnement des petits établissements urbains.

La manière dont les centres hospitaliers se sont adaptés aux nouvelles règles du jeu de la décennie s'est essentiellement exprimée dans leur capacité à intégrer et à s'intégrer à un environnement en évolution rapide.

Les politiques de rationalisation des moyens, les problèmes de démographie médicale, les exigences en matière de sécurité et de vigilance, sont autant d'éléments qui aujourd'hui contraignent certains établissements à se repositionner. Les principales « victimes » sont pour l'essentiel des établissements de taille petite ou moyenne qui souffrent de leur proximité et de la concurrence avec un centre de référence.

Face à ces nouvelles règles du jeu, mais également à une demande croissante de la part des usagers pour que l'hôpital devienne plus transparent, plus communicant, les établissements de santé doivent s'ouvrir. Ceci est particulièrement vrai pour les petites structures qui se trouvent désavantagées dans la course aux ressources.

L'H.U.P doit présenter ces avantages. Il doit permettre de répondre au défi du vieillissement et de la précarité en tenant compte des besoins de proximité qu'ils engendrent. Il répond également au « travailler avec les autres », au nécessaire développement des actions de prévention et de santé publique.

En lieu et place d'une fermeture ou d'une spécialisation, il permet autour d'un système logistique à flux tendu, une accessibilité garantie au dispositif complet de soins, et à la possibilité, grâce à sa coopération avec un centre de référence, d'accès à des diagnostics nécessitant l'utilisation des techniques de pointe.

*

* *

*

Concept développé localement, l'H.U.P paraît avoir un avenir dans d'autres agglomérations. Si les conditions sanitaires et sociales sont réunies, alors l'aventure peut être tentée. Elle permet de concilier les rigueurs de la rationalisation avec les besoins d'une population en attente de services performants.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.

Cette réflexion sur la viabilité de l'H.U.P nous amène à un résultat plutôt optimiste en ce qui concerne son développement et sa survie sur l'agglomération rouennaise. Sa légitimité au regard de la situation sanitaire et les soutiens dont il dispose sont autant d'atouts qui peuvent laisser présager d'une issue favorable pour ce projet.

Quant à sa reproductibilité dans d'autres agglomérations, elle semble envisageable au regard de l'évolution des éléments structurants de la société française .

Cependant seuls les faits permettront de juger de la validité et la reproductibilité de ce concept. Il présente néanmoins un certain nombre d'avantages qui en font une piste de réflexion dans le cadre du repositionnement d'un établissement de proximité. Il n'en demeure pas moins que le véritable succès de ce concept en matière de reproductibilité resterait une éventuelle création d'un H.U.P ex-nihilo.

CONCLUSION.

La situation défavorisée de la région Haute-Normandie en matière de soins contraint le C.H.U de Rouen à se positionner comme offreur de soins de proximité plus qu'il ne le devrait. La fusion avec le C.H de Petit-Quevilly a encore accentué cet état. Le positionnement de l'offre de soins du C.H.U a été réalisée en tenant compte des besoins de l'environnement . C'est ainsi qu'est né le concept d'Hôpital Urbain de Proximité, qui vise à allier une offre de soins de première intention avec une volonté de développement d'actions de prévention, d'éducation à la santé, et de participation à la réduction des problèmes de santé publique locaux.

Mais, en dépit de la présence d'éléments tangibles qui légitiment la mise en œuvre de ce concept, sa réalisation se heurte à de nombreux obstacles. Victime d'un manque de lisibilité, le projet ne suscite ni l'intérêt des praticiens du site de Charles NICOLLE, ni la confiance des équipes de Saint Julien. L'Hôpital Urbain de Proximité d'après le bilan que nous pouvons tirer aujourd'hui pourrait de ne pas survivre à ces difficultés. Heureusement, l'appui dont il bénéficie peut le relancé à condition que les obstacles identifiés soient résolus.

Nous pouvons mesurer grâce à cette expérience combien il est difficile d'innover en matière d'organisation. Créer un nouveau concept est certes un exercice intellectuellement satisfaisant, mais il ne trouve sa plénitude que dans la réalisation concrète. Or, à partir du moment où cette réalisation demande à ce que les esprits évoluent sur les jugements portés en matière de « bon » ou de « mauvais », où elle bouscule des schémas de pensée bien établis, elle se heurte au scepticisme, à l'immobilisme.

Nous l'avons vu dans le cas de l'Hôpital Urbain de Proximité, les raisons sanitaires, sociales, démographiques, stratégiques et politiques sont suffisantes pour maintenir et développer cet établissement. Mais, les critères qui le définissent n'ont pas encore été intégrés par les personnels hospitaliers comme pouvant être des critères positifs.

Mais, si le bilan est encore mitigé, nombre de facteurs laissent à penser que ce concept d'Hôpital Urbain de Proximité est susceptible de faire des émules. Le nouveau paysage socio-démographique français, les critères sanitaires, les exigences des patients et de leurs proches sont autant d'éléments qui peuvent faire de l'Hôpital Urbain de Proximité un style d'établissement reconnu.

De plus ce concept se pose en solution éventuelle aux restructurations hospitalières, et devient une issue possible pour bon nombre de petits établissements qui doivent repositionner leur activité.

Imaginer l'offre de soins différemment, en la calibrant en fonction d'une demande, en y intégrant davantage de prévention, d'éducation, mais aussi d'humanité, de proximité, voilà ce que doit permettre l'Hôpital Urbain de Proximité.

Humain, proche, innovant, ouvert, efficient, compétent doivent être les qualificatifs de ces établissements. L'approche devient alors différente, le « bon » établissement est bien celui qui met les besoins du patient au cœur de ses préoccupations. Peu importe le degré de technicité, peu importe la nature des activités développées. Il s'agit d'être au service du malade et de son entourage, de lui proposer une gamme de services qu'il corresponde à ses attentes.

Nous pourrions alors penser nous rapprocher de ce que Guy VALLET appelait « l'hôpital citoyen ⁶⁰ », c'est à dire avoir des structures hospitalières qui fondent leur légitimité sur la concordance de leurs intérêts avec ceux de la communauté humaine dans laquelle elles s'insèrent.

⁶⁰ DH magazine – Février-Mars 1997

Bibliographie

(Par ordre d'apparition dans le texte)

- INSEE. *Normandie 2000-Un demi siècle de mutation* . Rouen : INSEE 2000
- INSEE. *Atlas sanitaire et social de la Haute-Normandie*. Rouen : INSEE 2000
- INSEE . *Cahier d'aval n°61* . Rouen : INSEE Juillet 2002
- ARH Haute Normandie. *Rapport d'activité*. Rouen : ARH Haute Normandie 2000
- E. COCA. *Les inégalités entre hôpitaux*. Paris ; BERGER LEVRAULT EDITION, 1998
- VII Assises Hospitalo-Universitaires. 2001. Rapport du Groupe 1
- CHU de Rouen. *Rapport d'activité 2001* . Rouen : CHU de Rouen 2001
- CHU de Rouen. *Projet d'établissement du CHU de Rouen* . Rouen : CHU de ROUEN 2001
- INSEE. *Haute Normandie 1993* . Rouen : INSEE 1993
- INSEE, DRASS Haute Normandie, CAF. *Atlas Sanitaire et Social de la Haute Normandie*. Rouen : INSEE 2000
- INSEE. *Haute Normandie 1999* . Rouen : INSEE 1999
- H. PICHERAL. *Echelle d'analyse de la desserte en soins médicaux*. Paris : Cahiers Sociologie et Démographie médicale 1990
- Haut Comité de Santé Publique. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation Française 2002
- CHU de Rouen. *Chiffres clés* . Rouen : CHU de Rouen 2001
- Conseil National des Villes. *Annexe 6 des avis du CNV « santé et politiques sociales » Rapport du CNV 1998-2001*. Paris : La documentation Française 2001
- DREES. *Etudes et Résultats n°167*. Paris : DREES avril 2002
- ARH Haute Normandie. *SROS 1999-2004*. Rouen : ARH Haute Normandie 1999
- R.FALLON. *Gestions Hospitalières n°407 p400*. Avignon :2001
- R.LANCHAIS. *Les zones de risque dans la gestion du processus de fusion entre hôpitaux*. Formation initiale des Directeurs d'Hôpital. Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes :1998
- DREES. *Etudes et Résultats n°57*. Paris : DREES mars 2000
- A.VALETTE CONTRIBUTION. La formation de l'offre de soins à l'heure de la stratégie : quelle autonomie pour les établissements de soins ? In *L'hôpital stratège*. Paris. John Libbey Eurotext
- S.CLEMENT CONTRIBUTION. L'hôpital « généraliste » et la médecine générale In *L'hôpital stratège*. Paris: John Libbey Eurotext

ARH Haute Normandie. *La lettre de Haute Normandie n°755*. Rouen : ARH Haute Normandie 1999

C.CROZIER, F.FRIEDBERG. *L'acteur et le système*. Paris : Edition du Seuil 1993

JP. CLAVERANNE CONTRIBUTION. Démarche de projet et ambiguïté In *L'hôpital stratège*. Paris: John Libbey Eurotext

S.CLEMENT; L.LEVI; J.MANTEVANI et Al. IV colloque Géographie et socio-économie de la santé. Paris : CREDES 1995

N.TABARD.*Représentation socio-économique du territoire . Typologie des quartiers et communes selon la profession et l'activité économique de leurs habitants*. Document de travail n°F/9311 . INSEE

N.TABARD.*Des quartiers pauvres aux banlieues aisées, une représentation sociale du territoire*. Economie et Statistiques n°870

Liste des annexes

Annexe 1 – Liste des personnalités rencontrées

Annexe 2 – Grille d'entretien

Annexe 3 – Protocoles de fusion