



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : Décembre 2001

**LA COMMUNAUTE DES ETABLISSEMENTS DE
SANTÉ DE L'ESTUAIRE DE LA LOIRE :
ILLUSTRATION DES NOUVELLES MODALITES
D'ORGANISATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ?**

Guillaume GIRARD

Sommaire

1 LA COMMUNAUTE D'ETABLISSEMENTS, OUTIL DE RENOVATION DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....	5
1.1 DU CONCEPT DE COMMUNAUTÉ AUX OBJECTIFS AMBITIEUX DU LEGISLATEUR DANS L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE SUR UN BASSIN DE VIE.....	6
1.1.1 Le référentiel communautaire comme cadre de réflexion sur cette innovation.....	6
1.1.2 Le contexte d'émergence des communautés d'établissements	10
1.1.3 Mettre fin à l'opposition traditionnelle entre planification imposée et liberté de coopération	15
1.2 LA PLASTICITÉ CARACTÉRISTIQUE DES COMMUNAUTÉS D'ÉTABLISSEMENTS PERMET D'ENVISAGER UN VASTE MOUVEMENT DE RECOMPOSITION.....	18
1.2.1 Un espace de coopération sans limites.....	19
1.2.2 La liberté d'organisation et de fonctionnement des communautés	22
1.2.3 Les ARH sont appelées à réguler ce processus de libre communautarisation.....	25
2 "L'EXEMPLE" DE LA COMMUNAUTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE L'ESTUAIRE DE LA LOIRE (CESEL).....	28
2.1 LA STRUCTURATION PROGRESSIVE D'UNE VÉRITABLE COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE	29
2.1.1 Un terreau fertile : le contexte géographique et la complémentarité de l'offre publique.....	29
2.1.2 De l'acte officiel de naissance aux premières actions.....	35
2.1.3 La pérennisation de l'expérience au travers d'un projet médical communautaire et de l'engagement des réflexions sur une structuration juridique.....	40
2.2 LES BÉNÉFICES ET PERSPECTIVES TIRÉS DE CETTE EXPÉRIENCE	44
2.2.1 Les bénéfices obtenus et attendus du mouvement de « communautarisation »	45
2.2.2 Les perspectives d'évolution de la communauté.....	52
3 L'EXPÉRIENCE DE LA CESEL AU REGARD DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS D'ÉTABLISSEMENTS SUR L'ENSEMBLE DE L'HEXAGONE.....	63
3.1 LE CONSTAT GÉNÉRAL D'ÉCHEC DOIT ÊTRE NUANCÉ AU REGARD DES NOMBREUSES DYNAMIQUES À L'ŒUVRE AUX QUATRE COINS DE L'HEXAGONE.....	64
3.1.1 Un bilan quantitatif manifestement éloigné des objectifs des pouvoirs publics au bout de 5 ans... 64	
3.1.2 La CESEL n'est qu'un exemple avancé d'une dynamique plus large de communautarisation..... 67	
3.2 L'ANALYSE DES FACTEURS DE RÉUSSITE DE LA CESEL PERMET DE COMPRENDRE CE BILAN CONTRASTE ET DE DRESSER DES PERSPECTIVES.....	72
3.2.1 La CESEL : la réussite dans un contexte local et régional ou l'impossible modélisation	72
3.2.2 Le développement contextuel des communautés n'obère pas l'avenir de cet outil.....	79
CONCLUSION	80

Remerciements

J'adresse mes remerciements à l'ensemble de personnes qui ont accepté de me rencontrer au cours de l'élaboration de ce mémoire :

- Madame BUJEAU, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales à la DDASS de Loire-Atlantique,
- Monsieur EVIN, ancien ministre, député de la Loire-Atlantique et Président de la Conférence Sanitaire de Secteur,
- Monsieur FOGERON, directeur des cliniques mutualistes de Loire-Atlantique,
- Madame GAREL, Directrice des Soins Infirmiers au CH de Saint-Nazaire,
- Monsieur GAUTHIER, Directeur de l'hôpital local du Croisic,
- Monsieur LEROUX, chef de service de Gériatrie au CH de Saint-Nazaire,
- Monsieur LIBEAU, coordonnateur du réseau COLINE,
- Monsieur MERCIER, Directeur de l'hôpital Intercommunal du Pays de Retz,
- Madame MIZZI, Directeur Adjoint au CH de Cholet,
- Madame MOLL, Coordinatrice du réseau RACQUESEL,
- Monsieur MORICE, Directeur du CH de Saint-Nazaire,
- Monsieur OLLIVIER, Directeur du CHIC de Cornouaille,
- Monsieur PERICARD, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire,
- Monsieur PINEL, Directeur du centre de convalescence du Bodio à Pontchâteau,
- Monsieur PIOCHE, président de la CME du CH de Saint-Nazaire,
- Madame RIGAUT, directrice d'hôpital détachée au bureau 03 chargé des réseaux, des complémentarités et de la recomposition des activités de soins à la DHOS.

Je remercie également les établissements et les ARH qui ont répondu à mes courriers et m'ont transmis des documents.

Je tiens par ailleurs à adresser mes plus vifs remerciements à deux des Directeurs adjoints du CH de Saint-Nazaire, A.C.GAUTRON et B.GARIN, par ailleurs mon maître de stage, pour leur aide et leurs conseils.

Je tiens enfin à remercier tout particulièrement mon encadrant mémoire, Monsieur CLEMENT, Directeur d'hôpital et enseignant à l'ENSP, qui s'est rendu particulièrement disponible et m'a aiguillé et conseillé tout au long de ce travail.

Liste des sigles utilisés

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CA :	Conseil d'Administration
CE :	Communauté d'établissement
CESEL :	Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire
CHIC :	Centre Hospitalier Inter Communal
COLINE :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales de l'Estuaire
COM :	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COMEX :	Commission Exécutive
CSP :	Code de la Santé Publique
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
EHPAD :	Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPCI :	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
FHF :	Fédération Hospitalière de France
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
GIE :	Groupement d'Intérêt Economique
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
PSPH :	Participant au Service Public Hospitalier
RACQESEL :	Réseau D'Amélioration Continue de la Qualité des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire
RAPEL :	Réseau d'Alcoologie de la Presqu'île et de l'Estuaire de la Loire
RESPEL :	Réseau de Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire
SAE :	Statistiques d'Activité des Etablissements
SIH :	Syndicat Inter Hospitalier
SPH :	Service Public Hospitalier
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

INTRODUCTION

Saint-Nazaire fait aujourd'hui l'objet de nombreuses attentions dans le milieu hospitalier depuis qu'a été annoncée la perspective d'un rapprochement du centre hospitalier avec des partenaires privés, afin de construire à moyen terme "une nouvelle cité sanitaire" sur l'agglomération.

Ce projet ambitieux consacre sous le sceau médiatique une politique d'ouverture et de partenariat déjà engagée depuis une décennie avec les offreurs de soins du secteur sanitaire. Et cette dynamique de coopération a notamment abouti à la construction d'une communauté d'établissements de santé qui embrasse aujourd'hui l'ensemble des établissements publics et participant au service public présents sur le secteur sanitaire.

L'étendue de cet espace de coopération et les projets ambitieux qui ont pu y être évoqués suite à l'adoption d'une charte constitutive paraissent certes moins spectaculaires que les perspectives de rapprochement entre établissements publics et privés, dont on connaît les difficultés culturelles et juridiques. Son développement est néanmoins tout aussi intéressant car il est potentiellement porteur d'évolutions majeures dans l'approche de la prise en charge sanitaire sur le bassin de vie nazairien.

Cinq ans après l'entrée en vigueur des ordonnances portant réforme de l'hospitalisation (24 avril 1996), il semblait opportun de s'intéresser aux évolutions qu'avait pu entraîner le lancement des communautés d'établissements dans l'organisation de la prise en charge hospitalière. Et L'expérience menée sur le secteur de Saint-Nazaire peut d'autant plus constituer une base de réflexion intéressante qu'elle a été qualifiée d'expérience exemplaire par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire (ARH).

Il apparaît par conséquent légitime de se demander dans quelle mesure l'expérience nazairienne fait figure d'expérience pilote, de modèle dans l'aménagement du service public hospitalier à l'échelle d'un bassin de vie.

Ce caractère exemplaire présuppose un décalage entre ses caractéristiques ou son état d'avancement et les communautés qui ont pris ou prennent forme dans le reste de l'hexagone ou tout du moins dans les Pays de la Loire, si l'on se réfère une nouvelle fois aux propos du Directeur de l'ARH des Pays de la Loire.

Il semble donc intéressant de rechercher la nature et les causes d'un tel décalage, s'il existe, Et de tenter d'apporter une réponse à la problématique suivante:

La dynamisation de la CESEL à l'échelle du secteur sanitaire préfigure t-elle une évolution majeure dans l'organisation territoriale du service public hospitalier sur la base des communautés d'établissements ou doit elle être regardée comme une expérience de contexte non transposable ?

Methodologie

Il ne s'agit pas pour nous de réaliser une cartographie ou un recensement des communautés sur la base de cette expérience. La DHOS réalise à cet effet un bilan annuel des recompositions hospitalières grâce aux remontées d'informations obtenues auprès des ARH et dresse un atlas des recompositions sur le territoire national¹.

Il ne s'agit pas non plus de se pencher sur l'expérience de coopération nazairienne dans le seul but d'analyser le jeu des acteurs dans un processus de rapprochement. Nombre de travaux récents ont déjà traité des problématiques de coopération ou de fusion, tant sous l'angle juridique ou stratégique que de celui des ressources humaines.

Il s'agira de tenter de répondre à la problématique posée en analysant la manière dont les acteurs de terrain se sont appropriés cet outil construit au niveau national et devant répondre à une logique nationale de recomposition.

La traduction de cette problématique dans la méthodologie employée s'inscrit dans l'enchaînement de trois phases de questionnement.

La première phase de travail a consisté à analyser les desseins qu'avait pu imaginer le gouvernement puis le ministère au travers des Communautés d'établissement.

¹ Cartes régionales sur la recomposition hospitalière de l'offre de soins – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 175 p, 1999.

Une analyse des textes et des commentaires de la doctrine juridique et des professionnels au lendemain de la parution des ordonnances s'est imposée ainsi que des contacts avec un certain nombre de personnes susceptible de nous éclairer :

- Monsieur EVIN, ancien ministre de la Santé,
- Jean-Pierre RICHARD, responsable de la section offre de soins à la FHF,
- Madame RIGAUT, du Bureau O3 de la DHOS.

La seconde phase a visé à analyser comment et avec quelles conséquences l'expérience menée sur le secteur de Saint-Nazaire s'inscrivait dans la logique imaginée par le législateur. La rencontre de nombreux acteurs de terrain impliqués dans cette expérience à différents titres (directeurs, médecins, cadre infirmier, DDASS et ARH) a été ici fort utile. Cette approche a été complétée par un travail de documentation et une participation active aux groupes de travail constitués pour faire avancer les projets de la communauté (rédaction notamment d'une note sur les perspectives de structuration juridique de la communauté adressée à l'ensemble des établissements de la communauté).

La dernière phase de cette étude a permis de comparer l'expérience menée autour de Saint-Nazaire aux autres dynamiques d'appropriation de cet outil sur le reste du territoire.

Là encore, des rencontres se sont révélées particulièrement fructueuses. Il s'agit notamment des échanges avec Monsieur Ollivier, directeur du CHIC de Cornouaille, avec Madame MIZZI, Directeur Adjoint au CH de Cholet et avec Monsieur PERICARD, Directeur de l'ARH des Pays de la Loire. Enfin, les documents obtenus auprès de la DHOS et des recherches sur Internet sont utilement venus compléter ce travail de mise en perspective.

Enfin, il a semblé pertinent de mettre en relief la même dynamique dans la présentation de ces travaux.

Une analyse théorique et juridique de la problématique des communautés d'établissements fera ainsi l'objet d'une première partie :

- qui visera tout d'abord à montrer dans quel contexte politique et sanitaire s'inscrit l'émergence de cette problématique de la coopération du service public hospitalier sur un bassin de vie.

- et qui sera complétée par une analyse juridique de l'outil proposé et permettra de montrer comment cet outil semble a priori adapté aux objectifs fixés.

La deuxième partie du propos présentera la Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire afin de montrer, d'une part, comment celle-ci s'inscrit dans la logique de coopération et de complémentarité impulsée par les ordonnances et d'autre part, quels bénéfices et quelles perspectives semblent devoir être tirés de cette expérience.

La dernière partie du mémoire permettra enfin d'analyser le contraste entre cette dynamique locale et le développement plus limité des communautés sur l'ensemble du territoire national et donc de discuter à l'échelle nationale des perspectives dressées au niveau local.

1 LA COMMUNAUTE D'ETABLISSEMENTS, OUTIL DE RENOVATION DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Le Haut Conseil de la Réforme Hospitalière, créé par un décret du 22 août 1995², avait deux missions dont l'une était d'étudier les moyens propres à améliorer l'adaptation des structures de soins publiques et privées aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population.

S'inspirant de ces travaux, les auteurs de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée ont cherché à mettre en mouvement une politique générale d'aménagement et de recomposition de l'offre de soins hospitalière. Les communautés d'établissements, qui font partie des innovations du texte gouvernementale, s'inscrivent a priori complètement dans cette optique³.

Cette refonte d'envergure de l'organisation du système hospitalier s'est bien entendue trouvée abondamment commentée par la doctrine et les communautés d'établissements ont, pour partie, retenu l'attention.

Leur apparition a ainsi été perçue par certains auteurs, tel J.P.SEGADE, parlant de "changement des règles du jeu"⁴, comme une évolution marquante quand d'autres auteurs, plus circonspects estimaient que le caractère "révolutionnaire" des communautés n'était pas évident et dépendrait de la manière dont les acteurs de terrain (établissements et ARH) s'en empareraient.

² Décret n°95-930 du 22 août 1995 portant création du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière.

³ Les débats parlementaires ont souvent été féconds en matière de politique sanitaire et sociale. Le choix de mettre en place cette réforme par voie d'ordonnance n'a pas permis de débat dans l'hémicycle.

⁴ "la coopération interhospitalière, jusque là présentée comme une initiative locale et décentralisée devient un outil de l'Etat". J.P. SEGADE, "De la coopération aux réseaux, La nouvelle donne juridique" - actualités JURISANTE, n°14 – juillet 1996, pages 4-7

La question de l'appropriation par les acteurs de cet outil s'est donc rapidement posée et sera abordée dans la suite du propos. En premier lieu, il semble important d'analyser les objectifs sous-tendus par cette innovation ainsi que les potentialités d'aménagement du système hospitalier que cet outil semblait pouvoir offrir.

1.1 DU CONCEPT DE COMMUNAUTE AUX OBJECTIFS AMBITIEUX DU LEGISLATEUR DANS L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE SUR UN BASSIN DE VIE

On peut penser tout d'abord que le choix de la terminologie communautaire n'a pas été anodin et place cette innovation dans une perspective politico-institutionnelle chargée de sens (§ 1).

L'analyse des textes de référence parus sur les communautés permet d'ailleurs de confirmer que cette initiative gouvernementale cherchait à donner une assise pérenne et cohérente sur le terrain à la dynamique d'évolution du système qui transparaît à chaque ligne de l'ordonnance (§2).

Donner cet ancrage territorial au service public hospitalier devait être le moyen pour les pouvoirs publics de compléter l'évolution entraînée par la mise en place des SROS et ainsi de mettre fin à l'opposition traditionnelle entre planification imposée et liberté de coopération entre établissements (§3).

1.1.1 Le référentiel communautaire comme cadre de réflexion sur cette innovation

La charge symbolique du concept de communauté

Du point de vue dominant dans notre société, la communauté est entendue comme une propriété copartagée par des individus déterminés. Que cette propriété soit relative à un territoire, à une religion ou à une ethnie ne change pas le présupposé de départ qui est de considérer comme *commun* ce qui est propre à un certain groupe de personnes et non à un autre. D'ailleurs, le dictionnaire le *ROBERT* donne une définition générale approchante du

terme de communauté, à savoir : "Un groupe social caractérisé par le fait de vivre ensemble, de posséder des biens communs, d'avoir des intérêts communs".

Fondée sur une logique identitaire rigide et figée, une telle définition se trouve être trop restrictive. C'est d'ailleurs ce sens du terme que met en exergue le phénomène du communautarisme exclusif qui traduit une volonté politique de repli et une recherche d'autonomie et d'autosuffisance.

Comme l'explique Roberto ESPOSITO, spécialiste de philosophie morale et politique⁵, "ce présupposé comporte une inversion logique. En effet, d'après les dictionnaires, le "commun" est l'inverse de ce qui est "propre". Est en fait commun non ce qui propre et particulier ou privé mais ce qui public et général. La communauté n'aurait donc pas à voir avec l'identité mais avec l'altérité". D'ailleurs, l'origine latine du terme de communauté renvoie à *communitas* dérivé de *munus* qui en latin signifie un "don" ou une "obligation", un "office" que l'on doit accomplir en faveur d'un autre. La communauté pourra alors jouer le rôle d'une puissance de connexion qui met en rapport, en relation.

Remonter aux origines étymologiques ou conceptuelles du terme de communauté ne permet donc pas d'obtenir une base unique et solide de réflexion sur les communautés hospitalières. Cette recherche permet cependant d'entrer dans l'analyse de cet outil administratif en ayant à l'esprit cette tension conceptuelle sous-jacente entre complémentarité dans l'altérité et rapprochement identitaire.

C'est d'ailleurs cette tension que notent D BAUBEAU et P. MARREL⁶ lorsqu'ils opposent, d'une part, la nécessité ressentie d'une coopération "quand des acteurs de métiers et/ou d'institutions différentes doivent échanger leur point de vue afin d'aboutir à un diagnostic et une stratégie d'action partagée et, d'autre part, l'existence d'une représentation commune dans leur cadre d'intervention qui permettra à des professionnels de coopérer dans un contexte favorable".

Il semble enfin qu'une troisième définition inspirée des travaux de G.A Hillery, sociologue anglais, doit être retenue car elle complète ce socle conceptuel sans effacer cette tension. La communauté doit, selon lui, être définie comme "une collectivité dont les membres sont liés par un fort sentiment de participation". Ce complément de définition laisse ouvert le champ de la construction des communautés comme expression d'une volonté commune.

⁵ Roberto ESPOSITO, *Communitas, origine et destin de la communauté*, PUF, 2000.

⁶ D. BABAUEU et P. MARREL, *Planification et évaluation de l'organisation sanitaire*, Santé Publique 1995, 209-215.

Les assises territoriales, identitaires et coopératives des mouvements intercommunaux et européens

La triple dimension de la définition de la communauté peut être illustrée au travers de deux champs politico-administratifs dans lesquels les communautés constituent aujourd'hui un nouveau cadre d'analyse et d'action structurant.

Le terme de communauté peut tout d'abord faire référence à la construction européenne. Une identité européenne existe avec des racines judéo-chrétiennes et des références communes à des valeurs telles que la démocratie ou la Nation.

L'Europe se dessine également sur un territoire assez bien identifié.

Dans le même temps, un sentiment d'altérité et la nécessité de s'ouvrir à d'autres cultures et d'autres pratiques ont rendu les rapprochements parfois délicats mais ont permis une harmonisation des législations et ouvert la voie à un espace européen commun dans un nombre croissant de domaines (avec par exemple la reconnaissance des sociétés européennes, de diplômes européens, de la liberté de circulation du droit de vote aux élections locales pour les ressortissants communautaires...).

L'esprit communautaire a même permis de construire des projets communs, par delà une harmonisation des pratiques et des législations. L'Europe est aujourd'hui forte d'une monnaie unique, d'institutions communautaires, d'un embryon d'armée commune.

L'intercommunalité est un autre exemple. Son développement est antérieur, puisqu'il date de la fin du 19^{ème} siècle avec la naissance des Syndicats Intercommunaux à Vocation Unique (SIVU), et a été scandé par différentes innovations telles les SIVOM (à vocation multiple) et les Districts, créés en 1959 ou encore les communautés urbaines en 1966.

Mais ce n'est en fait qu'avec les années 90 que l'intercommunalité a véritablement pris un essor structurant avec l'apparition simultanée, par la loi du 6 février 1992, des Communautés de Communes et des Communautés de Villes. L'intercommunalité de gestion (réseaux de distribution, transport scolaire...) devenait limitée et il fallait envisager une intercommunalité de projet partagé sur un bassin de vie. Aujourd'hui, ces communautés couvrent la majorité du territoire national et certains départements sont presque intégralement maillés par ces structures de coopération.

Là encore, les communautés constituées se retrouvent dans la triple définition énoncée. Ces structures ont bien sûr pour base un territoire (la loi qui les a fondées avait d'ailleurs pour titre: « Loi relative à l'Administration Territoriale de la République ») et une identité commune forgée par l'histoire et les flux de tout type qui rapprochent les collectivités (flux économiques, migratoires...). Enfin, l'inscription dans une logique de projet, qui illustre la volonté des acteurs de dépasser leurs différences a justement motivé la création de ces nouvelles structures et trouve de nombreux développements en matière de transport, d'environnement, d'équipements sportifs ou culturels...

Ces propos peuvent paraître éloignés du sujet qui nous préoccupe. Seulement, en plus de permettre d'explicitier une définition complexe, l'évocation de ces éléments a trois autres fondements :

Les caractéristiques des communautés politico-administratives

Tout d'abord, il est intéressant de rappeler que ces exemples étaient en 1996, au moment de l'adoption des ordonnances et de la naissance des communautés d'établissements de santé, les principales références politiques et administratives dont a pu s'inspirer le gouvernement.

En outre, l'évocation de ces deux domaines permet de jalonner le champ intellectuel de l'expérience qui se joue avec les communautés d'établissements de santé et qui doit être discuté dans le corps de ce mémoire. Car au-delà d'un parallèle sémantique et de définition, la problématique des communautés d'établissements de santé se fera, entre autres, l'écho de diverses interrogations et débats qui ont agité et agitent encore l'espace politique local et européen.

On devrait en effet retrouver des problématiques strictement identiques autour des questions de représentativité des membres, de subsidiarité dans l'action et la décision, de modalité de financement, de délimitation géographique ou encore d'intégration institutionnelle.

L'option volontariste comme fondement des communautés "institutionnelles"

Et puis, il semblait intéressant d'aborder ces deux exemples communautaires en ce qu'ils correspondent à une construction volontariste, visant à répondre à une situation politique ou administrative insatisfaisante. La plupart des communautés se sont le plus souvent forgées et renforcées de manière naturelle autour d'une référence ou d'un territoire commun par adhésion des acteurs concernés. La définition de la communauté doit être complétée

lorsqu'elle est constituée dans le champ administratif ou institutionnel. Elle nécessite une impulsion, une pédagogie qui permettra de dépasser les antagonismes ou les réticences nées dans l'altérité.

La Communauté Européenne a ainsi été initiée dans l'après-guerre pour tenter de lier des Etats trop portés à s'entredéchirer. Elle s'est par la suite renforcée pour s'adapter à l'accroissement des échanges entre les pays et permet aujourd'hui au vieux continent de tenir son rang politique et économique dans un monde globalisé.

L'intercommunalité vise-elle, à répondre à la problématique bien française de l'émiettement communal (plus de 36000 communes soit près de la moitié des communes de l'Union Européenne) et à l'incapacité de nombreuses entités municipales à répondre seules aux attentes légitimes des citoyens, en matière d'équipements notamment.

1.1.2 Le contexte d'émergence des communautés d'établissements

Les fondements juridiques

Les communautés d'établissements ont été introduites dans le Code de la Santé Publique (CSP) par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 aux articles L 712-3-3 et L 712-3-4 devenus aujourd'hui les articles L 6121-6 et L 6121-7 après la réforme du CSP en 2000.

Ces articles les présentent comme suit :

"Les communautés d'établissements de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier, mentionnés à l'article L 711-4 (aujourd'hui art L 6112-3). Toutefois, une communauté d'établissements de santé peut être constituée entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région sanitaire, dès lors qu'ils sont situés dans le même pays au sens de l'article 22 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

L'ordonnance fondatrice était par ailleurs accompagnée d'un Rapport au Président de la République qui indique que :

" les coopérations entre établissements doivent (tout d'abord) se développer. La présente ordonnance prévoit à cet effet que tous les établissements publics doivent dans les trois ans à venir inscrire leur développement dans une communauté d'établissements dans le cadre du secteur sanitaire. Ce principe permet de développer toutes les coopérations possibles entre établissements, tout en préservant des dispositifs souples et adaptés aux particularités de chaque situation (...) L'article 30 promeut la constitution de communautés d'établissements entre structures assurant le service public hospitalier dans une même zone sanitaire afin de rationaliser leur offre de soins, leurs installations et leurs moyens."

Enfin, une circulaire du 9 avril 1997 rappelle que les communautés d'établissements ne concernent que les seuls établissements qui assurent le service public hospitalier afin de les différencier des acteurs des réseaux qui peuvent concerner les professionnels libéraux ainsi que toutes les catégories d'établissements.

Les communautés d'établissements s'inscrivent dans une identité territoriale

L'inscription dans un territoire de ces communautés est explicite puisqu'il est tout d'abord fait référence aux secteurs sanitaires.

La création des communautés d'établissements vient ainsi s'inscrire dans un processus d'organisation géographique de l'offre hospitalière, à l'œuvre depuis les années 1970.

C'est la Loi du 31 décembre 1970 qui pose le premier principe dans son article 5 : "Il est institué une carte sanitaire en France". Et Il est précisé, à l'article 44, que "Cette carte sanitaire de la France détermine (...) les limites des régions et des secteurs sanitaires". Dans le cadre de cette loi, la carte sanitaire recense et planifie le développement des établissements publics et privés dans une unité géographique de base, le secteur, correspondant à une population minimum de 40 à 50000 habitants. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 a porté ce seuil à 200 000 habitants.

La loi de 1970, modifiée par la loi n°84-5 du 3 janvier 1984, avait ensuite conçu deux modalités susceptibles de structurer cet espace :

-Elle rendait obligatoire la constitution de groupements hospitaliers de secteur (GHS). Ces GHS assuraient la représentation des différents établissements (privés et publics) présents sur le secteur sanitaire.

-Elle donnait la possibilité aux établissements concourant au Service Public Hospitalier (SPH) de constituer des Syndicats Interhospitaliers (SIH) afin de favoriser la coopération interhospitalière.

La loi du 31 juillet 1991 a maintenu le principe de constitution facultative des SIH mais a remplacé les GHS par des Conférences Sanitaires de Secteur obligatoirement consultées dans le cadre de la révision de la carte sanitaire et devant favoriser la coopération entre les établissements de soins du secteur.

Un pays sanitaire

La communauté d'établissements s'inscrit donc comme un nouveau cadre permettant d'envisager la structuration de cet espace qu'est le secteur sanitaire. Mais elle fait également une référence explicite à l'aménagement du territoire qui lui donne un ancrage territorial peut être encore plus marqué.

Le Législateur propose que ces communautés se constituent sur une même "zone sanitaire" qui peut recouper plusieurs secteurs sanitaires pour former un Pays. Ce concept est tiré de la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire de 1995. Au sens de cette loi, "lorsqu'un territoire présente une cohérence géographique, culturelle, économique ou sociale, (...) il peut former un pays qui exprime la communauté d'intérêts économiques et sociaux ainsi que, le cas échéant, les solidarités réciproques entre la ville et l'espace rural (...) Il est tenu compte des pays pour l'organisation des services de l'Etat".

Les établissements sont donc désormais autorisés à s'affranchir des limites administratives pour délimiter leur champ géographique de coopération, si tant est que la zone couverte gagne en homogénéité en s'appuyant sur un espace d'échanges reconnu. Notons d'ailleurs que ce concept de pays connaît un assez large succès au niveau intercommunal et que les limites administratives, parfois "artificielles", que constituent les arrondissements ou les départements sont fréquemment ignorées. Elles sont en effet trop figées et héritées d'un découpage vieux de deux cents ans qui ne correspond plus aujourd'hui que de manière hasardeuse aux dynamiques des territoires.

Les cartes sanitaires peuvent être et ont certes été périodiquement révisées depuis leur création. Seulement ce découpage ne s'est que rarement affranchi des limites départementales et régionales (il est en partie calqué sur l'organisation en préfectures, sous-

préfectures et cantons) et vise plus, comme le montre le relèvement des seuils en habitants pour constituer un secteur sanitaire, à contrôler le développement des infrastructures qu'à favoriser les coopérations en son sein.

Comme l'explique ainsi Joël Martinez⁷, directeur du CH du Havre, « notre système sanitaire, déjà porteur de cette incohérence intrinsèque d'organisation (calquée sur les limites administratives...), est de plus en plus souvent confronté aux évolutions des bassins de vie et aux comportements des populations qui s'affranchissent de limites administratives ne correspondant plus à leur écologie. »

les communautés d'établissements s'appuient sur une complémentarité forgée par la notion de Service Public

La notion de Service Public Hospitalier (SPH) est apparue avec la loi du 31 décembre 1970. Ses missions spécifiques ont été par ailleurs enrichies par la loi du 31 juillet 1991 puis par l'ordonnance d'avril 1996.

Il ne s'agit pas ici de présenter l'ensemble de ses missions mais de pointer quelques spécificités qui donnent son "âme" au Service Public et contribuent ainsi à rapprocher les établissements qui y concourent par l'obligation qui leur est faite de devoir respecter un certain nombre de principes communs et donc d'avoir à gérer des contraintes similaires et coordonnées.

Ces établissements sont tout d'abord appelés à assurer des missions particulières et totalement spécifiques telles que des actions d'éducation à la santé et de prévention, de formation initiale et continue de professionnels médicaux. De plus, des contraintes fortes pèsent sur ces établissements qui doivent assurer l'accès de tous aux soins qu'ils dispensent, accueillir toute personne requérant leur service sans établir de discrimination entre les malades traités.

La complémentarité des établissements s'exprime par ailleurs essentiellement au travers des filières de soins qui en découlent.

L'activité des établissements privés non participant au service public se concentre essentiellement dans des activités de court séjour rentables.

⁷ Joël Martinez, gestions hospitalières, juin-juillet 2001, p 470-471.

Le service public hospitalier doit lui assurer la quasi-totalité des activités d'urgence, de psychiatrie, de médecine générale, de moyen et de long séjour. C'est donc quasi exclusivement en son sein que vont se poser les problématiques des filières de soins « ascendantes », des premiers soins aux services d'urgence puis au service spécialisé, et des filières de soins « descendantes », du service de court séjour aux services de rééducation ou de soins de suite puis à l'aide au retour à domicile ou au placement en long séjour.

Les communautés ont été constituées à l'initiative du gouvernement voire du premier ministre en personne

Les communautés d'établissements sont également le fruit de la volonté unique des pouvoirs publics et non l'officialisation dans les textes de rassemblements spontanés. Il n'est pas rare de voir le ministère prendre des décisions ou de produire un texte afin de répondre aux attentes des acteurs de terrain ou tenter de donner un cadre cohérent et légal à des projets locaux. Les expérimentations des réseaux de soins ou les pressions diverses qui ont émergé pour faire en sorte que la prise en charge de la dépendance soit améliorée en sont de très bons exemples.

Ici, point de pression des acteurs locaux, point de logique ascendante. Les communautés doivent venir se greffer sur le paysage existant.

Les communautés ont été imaginées par le pouvoir exécutif de l'époque sans qu'il puisse être fait référence à un quelconque débat parlementaire ou à de quelconques consultations, hormis celle du "comité d'experts" mis en place par le gouvernement, le Haut Conseil de la réforme hospitalière.

C'est pourquoi ni B. PERICARD, directeur de l'ARH des Pays de la Loire, ni C.EVIN, ancien ministre de la santé devenu, après l'adoption des ordonnances, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ni même des interlocuteurs de la DHOS, n'ont pu donner un éclairage certain sur l'origine conceptuelle du projet.

Ces communautés traduisent donc bien dans le champ sanitaire la logique volontariste pointée antérieurement concernant par exemple le projet européen dont les promoteurs sont d'ailleurs aujourd'hui symboliquement surnommés les "pères fondateurs".

1.1.3 Mettre fin à l'opposition traditionnelle entre planification imposée et liberté de coopération

Cette complémentarité dans le service public et cet ancrage territorial permettent de comprendre le choix de cette terminologie pour rapprocher des établissements.

Un certain nombre de cadres juridiques, comme le SIH, étaient déjà employables et susceptibles de répondre à cet objectif avant l'adoption des ordonnances.

En effet, les coopérations entre établissements étaient déjà quantitativement nombreuses. G. CALMES, J.P. SEGADE et L. LEFRANC rapportent ainsi⁸ qu'une étude menée en 1992 par la Fédération Hospitalière de France (FHF) comptabilisait déjà à l'époque plus de 2000 conventions d'association ou d'exploitation, 30 SIH et 37 structures diverses (GIE, GIP...).

Il ne s'agit plus désormais d'inviter les établissements à se rapprocher de leurs voisins ou de leurs alter ego et leur permettre de faire des économies d'échelle. Il s'agit de faire en sorte que des établissements deviennent progressivement interdépendants et de systématiser une approche communautaire dans la gestion d'un nombre croissant de domaines, notamment soignants et médicaux.

L'autonomie reconnue aux établissements et leur ancrage communal a toujours favorisé un individualisme peu propice à la constitution d'espaces d'échanges et de coopération. De plus, ces coopérations ne prenaient pas obligatoirement forme sur un espace défini. Elles étaient le plus souvent mises en place au gré des besoins et des relations interpersonnelles des acteurs de terrain. M. BREMOND, enseignant à l'ENSP et chercheur au groupe IMAGE définit ainsi les réseaux comme des « bricolages communautaires spontanés ».

L'objectif des pouvoirs publics est ici d'entretenir cette ouverture progressive des structures en lui donnant un cadre et une perspective, comme l'indiquent les textes.

Le chemin ainsi tracé est balisé par un processus de planification qui a évolué au cours des années 90 pour devenir plus contraignant.

⁸ CALMES. G, SEGADE. J.P, LEFRANC. L – Coopération hospitalière : L'épreuve de vérité, p 12-13.

En effet, depuis 1991, le dispositif de planification, autrefois centré sur la carte sanitaire, s'est enrichi de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) afin, comme l'indique la loi du 31 décembre 1991, de "prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé". Le SROS va pour cela fixer "la répartition géographique de l'offre hospitalière ainsi que la nature et l'importance des installations, activités et des équipements dans le respect de la carte sanitaire".

La planification n'est plus seulement quantitative. Elle se trouve être largement contraignante si on l'oppose à la liberté laissée aux hôpitaux d'engager les coopérations qui leurs semblent les plus opportunes. Le SROS établit donc un lien nouveau entre planification et développement des complémentarités médicales.

Les établissements se retrouvent devant une alternative très claire : soit ils laissent les tutelles décider et organiser les opérations de complémentarité et de recombinaison envisagées, soit ces mêmes établissements décident d'anticiper et de coopérer à leur manière dans l'optique définie.

Face à la tutelle, la communauté, rassemblement logique d'acteurs interdépendants, peut pour cela devenir l'espace premier de décision et d'orientation de l'évolution de l'organisation de l'offre hospitalière tout en assurant, par application du principe de subsidiarité, la non remise en cause de l'existence des établissements.

Cette opposition peut être nuancée en relevant qu'une consultation des acteurs de terrain est prévue en amont de la constitution de ces SROS. Une politique de concertation est en effet envisagée au travers des Conférences Sanitaires de Secteur et du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

Mais c'est surtout dans les communautés d'établissements que les pouvoirs publics ont fondé leurs espoirs. Ces communautés ont été envisagées pour permettre aux établissements de devenir les promoteurs de leurs propres évolutions. La Communauté doit devenir l'espace de dialogue au sein duquel des établissements autonomes vont pouvoir s'intégrer au processus décisionnel et être une force de proposition dans la mise en œuvre des objectifs inscrits dans le SROS. Le congrès tenu par l'UHSO en 1997⁹ sur les nouveaux

⁹ Extraits d'un congrès de l'UHSO dans la Revue Hospitalière de France – N°1 – Janvier-Février 1998. P 16-33.

outils de coopération aboutissait aux mêmes conclusions en estimant que « les communautés d'établissements seront l'instrument de planification de ces prochaines années ».

Remarquons d'ailleurs que les communautés d'établissements ont été à la fois introduites dans les paragraphes consacrés à la planification et à la coopération interhospitalière dans Code de la Santé Publique.

On peut donc voir les communautés d'établissements comme la recherche d'un compromis dans le cadre du dispositif de planification. Ce moyen, proposé pour favoriser une compatibilité entre la liberté des acteurs et la nécessité d'une régulation étatique doit d'ailleurs en cela être distingué des objectifs que le législateur avait dû abandonner au début des années 90 et qui visaient à instituer des établissements sanitaires de secteurs.

En effet, les débats ayant précédé l'adoption de la loi du 31 juillet 1991, tout comme certains écrits postérieurs, faisaient référence à des structures inter-établissements de type établissement sanitaire de secteur ou Assistances Publiques régionales, ce qui avait soulevé de nombreuses protestations dans le corps des directeurs d'hôpitaux. Les communautés d'établissements n'ont pas suscité de réactions très vives.

Elles correspondent donc à un projet moins révolutionnaire mais sans doute plus réalisable car plus respectueux de la volonté et de la dynamique propre à chaque territoire.

Certains auteurs, comme J. MOREAU et D. TRUCHET dans leur ouvrage - Droit de la santé publique-¹⁰ expliquent ainsi que la communauté d'établissements semble surtout constituer une étape de concertation dans un processus destiné, à terme, à redéployer leurs moyens dans le cadre d'une collaboration institutionnelle."

Cependant, certains commentaires de la doctrine sur les perspectives ouvertes par ces communautés n'avaient parfois rien à envier aux aspirations de certains mouvements européens, ou aux conclusions de nombreux forums sur l'intercommunalité, certains imaginant à moyen ou long terme au travers des communautés la possible constitution de véritables "holdings" de gestion hospitalière regroupant, face à cet acheteur qu'est l'ARH, des prestataires à qui seule l'union des volontés et des compétences rendra une réelle capacité de décision.

¹⁰ MOREAU. J et TRUCHET. D, Droit de la santé publique, mémentos Dalloz, oct.2000, p 127-128.

1.2 LA PLASTICITE CARACTERISTIQUE DES COMMUNAUTES D'ETABLISSEMENTS PERMET D'ENVISAGER UN VASTE MOUVEMENT DE RECOMPOSITION

Nous avons vu selon quelle philosophie et dans quel but les pouvoirs publics ont proposé ce nouveau cadre d'organisation et espéré ainsi créer une nouvelle dynamique susceptible de stimuler ou de réorienter les coopérations entre établissements.

Il convient désormais de s'interroger sur le fait de savoir si le dispositif juridique accompagnant ce projet était susceptible de mener les établissements sur le chemin que le pouvoir central avait tracé.

Une analyse de ces dispositions, appuyée sur un certain nombre d'illustrations tirées de chartes signées depuis cinq ans, montre que le dispositif se veut volontairement souple afin de laisser les établissements se l'approprier à leur manière et faire en sorte qu'il épouse au mieux les situations de terrain (§ 1 et 2). Il s'inscrit parallèlement dans la logique contractuelle insufflée par les ordonnances permettant aux ARH de contrôler le bon développement de ces communautés (§ 3).

1.2.1 Un espace de coopération sans limites

Tous les domaines d'activité des établissements peuvent être concernés

Les promoteurs des communautés d'établissements ont volontairement laissé les établissements libres d'engager les coopérations qui leur semblaient opportunes pour répondre aux objectifs très généraux fixés par l'ordonnance.

Ainsi, ni le champ de la coopération, ni les limites géographiques ou temporelles ne peuvent être regardées comme des obstacles, si tant est que les établissements participent bien au service public et soient bien liés dans une logique de maillage du territoire.

Le champ de la coopération apparaît donc sans limites pour les communautés et rapproche ces dernières des modalités conventionnelles de coopération jusqu'alors les plus souples.

Selon l'ordonnance du 24 avril 1996, les communautés d'établissements ont pour but :

- de favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent,
- de mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), et son annexe,
- de répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

En combinant ces trois objets, il ressort qu'aucun domaine de coopération ne pourrait être refusé dès lors qu'il entre dans le champ de l'intérêt général.

D'ailleurs, le recensement des coopérations menées par les communautés effectué dans le cadre de ces travaux a confirmé cet état de fait.

La liste non exhaustive mais illustrative à suivre montre que les acteurs de terrain ont eu la possibilité de travailler de manière libre dans le nouveau cadre qui leur était offert.

Ainsi, des établissements coopèrent ou projettent de coopérer dans le cadre communautaire dans l'ensemble des domaines suivants :

1 - Les domaines traditionnels de la logistique et du médico-technique :

- pour le traitement des déchets hospitaliers, la gestion des archives par exemple pour la Communauté Inter-Hospitalière des Etablissements de la Métropole Lilloise (CIHMEL).

- pour une concentration des moyens logistiques, un des principaux objectifs avancés par la COMMunauté d'Etablissements (COMET) constituée entre le CH d'Hyères et les deux établissements PSPH.

- par la complémentarité en matière de vigilance comme le prévoit la communauté du pays Nivernais-Morvan...

2 - Le partage de l'information :

- par la mise en place d'un site internet commun, comme c'est le cas pour la communauté des établissements du Gers.

- par la mise en place d'un dossier médical minimum commun et informatisé comme y travaille la communauté d'établissements du Mâconnais- val de Saône.

- par la constitution de bases de données communes comme le propose la communauté du secteur sanitaire n°2 de Bretagne.

3 - le domaine administratif :

- par la mise en commun des politiques de ressources humaines au niveau de la communauté constituée par l'ensemble des établissements du littoral de la région Nord Pas de Calais,

- par la mise en place de formations communes; c'est le cas des établissements du secteur sanitaire n°8 de la région Nord Pas de calais

- par la collaboration dans les domaines de la gérance de tutelle, du conseil juridique, de la documentation comme le propose la communauté d'établissements du charolais en Bourgogne.

4 - la coopération médicale et soignante dans les domaines :

- de la cancérologie, comme le projette la communauté Lyon cancérologie Universitaire constituée des hospices civils de Lyon et du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard,
- de l'anesthésie par une harmonisation des pratiques comme y travaille la communauté des établissements du secteur estuaire en Haute-Normandie,
- de la psychiatrie dans lequel s'est constituée une communauté entre le CHS VALVERT d'Aix en Provence et le CHS de Marseille,
- de la prise en charge de la douleur comme le prévoit la communauté des établissements de l'Allier.
- des soins palliatifs comme, c'est le cas pour la communauté du Marais Breton Vendéen qui a mis en place une équipe mobile de soins palliatifs communautaire
- de la lutte contre les infections nosocomiales, comme l'envisage la communauté des établissements du secteur sanitaire n°8 du Nord Pas de calais,
- des soins, par l'élaboration des protocoles de soins communs dans laquelle s'est par exemple lancée la communauté des établissements sanitaires du Loiret.

5 - La mise en place de filières de soins :

- pour la prise en charge des personnes âgées. C'est par exemple le cas de la communauté des établissements gériatriques de la région rouennaise (CEGAR),
- dans le domaine des soins de suite et de la réadaptation, comme le prévoit la communauté rassemblant l'ensemble des établissements du secteur sanitaire de Montpellier,
- pour la prise en charge des traumatisés crâniens comme l'envisage la communauté du secteur sanitaire de la Vienne.

Ce canevas juridique assez lâche ne donne également aucun cadre quant au nombre de participants minimum ou maximum.

On trouve ainsi des communautés constituées de deux établissements seulement à l'image de la communauté constituée entre le CHU de Besançon et le CH de GRAY.

A l'inverse, certaines communautés mises en place à l'échelle d'un secteur sanitaire de grande taille comptent parfois plus de dix établissements. Ainsi, la communauté inter-hospitalière des établissements de la métropole lilloise compte 14 partenaires.

Les textes ne donnent pas non plus de directives par rapport à l'ampleur de la coopération à mettre en place et n'indiquent pas de domaine obligatoire ni un nombre minimum de domaines à explorer.

La communauté d'établissements qui s'est constituée entre Belfort, Héricourt et Montbéliard et qui a pris le nom de fédération gérontologique de l'aire urbaine se concentre, comme son nom l'indique, sur la coordination de la prise en charge de personnes âgées. A l'inverse, la communauté constituée autour du CH de Lillebonne entend développer les réseaux de soins, rapprocher les praticiens, aménager des réponses aux besoins de soins de suite, optimiser l'utilisation des matériels lourds.

1.2.2 La liberté d'organisation et de fonctionnement des communautés

Seule une charte acceptée par les établissements fixe le cadre juridique de coopération et de complémentarité institué

Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en œuvre choisies par les établissements parmi celles fixées à l'article L 6134-1 (ancien article L 713-12). Si le terme de charte donne une portée symbolique à cet acte d'engagement, ce texte de référence est particulièrement succinct ce qui présume de la liberté d'organisation offerte aux acteurs.

Seules les règles arrêtant les principes généraux et classiques de la "vie conventionnelle" sont précisées à la suite du paragraphe de présentation dans deux autres articles.

L'article L 6143-1 (ancien article L 714-4) précise tout d'abord que le conseil d'administration de chaque établissement délibère sur la constitution d'une communauté d'établissements, sur son adhésion ou son retrait. Cette délibération est exécutoire de plein droit dès sa réception par le directeur de l'ARH.

L'article L 6144-1 (ancien article L 714-16) indique ensuite que la commission médicale d'établissement émet un avis sur les mêmes objets, le Comité Technique d'Etablissement n'étant pas obligatoirement consulté (on peut d'ailleurs souligner ici l'orientation médicale des coopérations que les auteurs entendent promouvoir).

Néanmoins, la circulaire DH/EO/97 n°97/277 du 9 avril 1997 est venue utilement compléter ce texte, tout en laissant une marge d'adaptation non négligeable aux établissements pour choisir la nature juridique de leur espace de coopération ainsi que leurs modalités d'organisation et de fonctionnement.

la circulaire de 1997 indique que "la charte constitutive de la communauté précisera notamment :

- la liste des membres constitutifs de la communauté,
- la ou les formules juridiques dans laquelle elle s'inscrit,
- le projet de la communauté,
- les moyens organisationnels mis en œuvre,
- les modalités de mise en cohérence et du système d'information des membres du réseau,
- des critères de mesure de réalisation des objectifs poursuivis
- les échanges opérationnels
- les obligations des parties.

la nature juridique des communautés reste indéfinie

En effet, l'article L 6121-6 du CSP (ancien article L 712-3-3) ne prévoit pas la nécessité d'un cadre juridique mais indique que la charte constitutive de la communauté mentionnera les modalités juridiques de mise en œuvre choisies par les établissements parmi celles fixées à l'article L 6134-1 du CSP (ancien article L 713-12). Et si la circulaire insiste sur le fait que la communauté doit prévoir son cadre juridique (SIH, Groupement D'intérêt Public (GIP) ou convention multilatérale), il faut comprendre, comme le font très justement remarquer L. HOUDART, D. LAROSE et S. BARRE¹¹, " que la communauté ne doit pas choisir un cadre juridique mais les modalités juridiques de mise en œuvre des objectifs de coopération que se sont fixés, au sein de la communauté, les établissements".

Les textes ne peuvent donc être lus comme l'engagement inéluctable des établissements dans la construction d'une personne juridique tierce.

La liberté d'organisation des acteurs n'est que partiellement jalonnée et laisse aux établissements une latitude assez importante pour adapter ces contraintes.

¹¹ L.HOUDART, D.LAROSE et S.BARRE, Traité de coopération interhospitalière, volume I, p47.

La lecture comparative d'une dizaine de chartes constitutives qui nous ont été transmises par des établissements implantés dans six régions différentes (afin d'éviter le biais dans l'analyse du fait des remarques et retouches d'une ARH) nous a confirmé que les établissements jouissent d'une réelle liberté d'organisation.

La formule juridique indiquée est toujours la convention bi ou multilatérale. Mais certaines chartes sont le produit d'un contrat à durée déterminée (de 1 à 5 ans) avec le plus souvent une clause de tacite reconduction, quand d'autres conventions ne mentionnent aucune échéance.

Du point de vue de l'organisation de la représentation des établissements et du fonctionnement du travail en commun, la diversité est grande, la liberté laissée aux acteurs prend toute sa place.

Tout d'abord, si l'ensemble de ces communautés a mis en place un organe général de représentation des établissements, les dénominations de ces organes, les membres qui les composent et la fréquence de leurs réunions montrent les différences d'approche dans la structuration communautaire qu'autorisent les textes.

Les conseils de communautés sont les plus nombreux mais on peut également rencontrer une commission de suivi, un comité sanitaire public, une assemblée de la communauté, un comité de coordination. Les réunions de ces conseils peuvent être au moins trimestrielles dans certains cas ou seulement annuelles dans d'autres.

Si on y retrouve systématiquement les chefs d'établissement et les présidents de CME (ou leurs représentants respectifs), les présidents de Conseil d'Administration ou d'autres administrateurs ne sont pas toujours membres tandis que certaines chartes mentionnent la présence de l'ARH ou des représentants du personnel.

D'autre part, certaines communautés se sont dotées d'un comité médical permettant une représentation particulière du corps des médecins quand d'autres ont les ont tous fondus.

Enfin, certains de ces organes de représentation ont organisé une présidence tournante quand d'autres se sont dotés d'une représentation permanente au travers d'un bureau ou d'un secrétaire général.

Pour ce qui est de l'organisation opérationnelle du travail en commun, la même diversité prime. On rencontre fréquemment un comité de direction ou un organe équivalent (équipe

d'animation, comité exécutif, commission technique, comité de pilotage voire comité scientifique et technique) chargé de mettre en œuvre les délibérations du conseil et déterminer les axes de travail. Mais certaines communautés ont également formalisé l'organisation de leur travail par projet en définissant des groupes de travail ou des ateliers.

Les textes laissent les établissements libres d'organiser une intégration ou une association d'une grande diversité d'établissements.

Le code de la santé publique indique que le service public est assuré par les établissements publics de santé, les établissements privés participant au service public (PSPH) ainsi que les établissements privés qui ont conclu avec l'Etat une concession de service public

Comme le fait remarquer J.M.CLEMENT, cela équivaut "environ aux quatre cinquièmes de l'offre en soins hospitaliers et quel que soit leur dimension des plus grands aux plus petits.¹² Pourront donc être associés dans une même structure, hôpitaux locaux, CHU, hôpitaux généraux et établissements privés...

Et à cette quantité déjà fort diversifiée peuvent venir s'ajouter des **membres associés** comme les établissements militaires faisant l'objet d'une convention entre les ministères chargés des Armées et de la Santé ou les établissements médico-sociaux. Les textes n'octroient pas explicitement cette possibilité à ces derniers puisqu'ils s'adressent aux établissements assurant le service public "hospitalier". Mais force est de reconnaître que l'un des trois objectifs majeurs fixés aux communautés -répondre aux besoins des services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social et notamment pour les personnes âgées- sous-entend cette possibilité de collaboration.

1.2.3 Les ARH sont appelées à réguler ce processus de libre communautarisation

La circulaire DH/EO/98/n°192 du 26 mars 1998 relative à la révision des SROS indique que : "le SROS s'adresse à des établissements autonomes. L'efficacité du schéma est en grande partie liée à l'adhésion des partenaires aux objectifs poursuivis. Les conditions de cette adhésion seront d'autant plus facilement réunies que les établissements seront les acteurs d'un processus qui n'empiète pas sur leur champ de responsabilité propre."

¹² JM CLEMENT, la réforme hospitalière, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les études hospitalières – 1999.

La logique des communautés d'établissements correspond totalement à l'esprit de cette circulaire. Seulement cette responsabilisation des établissements se heurte à une limite impondérable qui est leur volonté de participation. Rien ne dit que les gages de souplesses mis en avant précédemment interpellent les établissements sur l'ensemble du territoire.

C'est pourquoi les pouvoirs publics ont délégué aux ARH un pouvoir de contrôle qui vise davantage à superviser cette dynamique qu'à obliger les établissements à se lancer dans l'aventure. Cela étant, la possibilité d'avoir recours à un mécanisme coercitif leur a tout de même été offerte.

Trois niveaux d'action possibles pour les agences peuvent être distingués :

- la supervision des initiatives territoriales,
- l'incitation contractuelle,
- la coercition.

Les agences sont tout d'abord appelées à superviser ce processus.

Bien que les délibérations du conseil d'administration sur les projets de coopération soient exécutoires de plein droit, comme le prévoit l'article L 6143-1 (ancien article L-714.4) du CSP, il est prévu à l'article L 6121-6 que le directeur de l'ARH agréé les chartes constitutives des communautés. La circulaire précise en outre que "bien que le Directeur de l'ARH n'y soit pas tenu, il n'y aurait que des avantages à ce que celui-ci sollicite préalablement l'avis de la commission exécutive pour agréer la charte».

De plus, la même circulaire rappelle que "l'agrément de la charte par le directeur de l'ARH est subordonné à des coopérations conduisant à des partages d'activités et à des modes d'organisation rénovés dans les domaines médicaux, médico-techniques, logistiques et administratifs. Ces coopérations doivent permettre de répondre aux orientations du SROS et de ses annexes."

Cette supervision reste générale et permet de s'assurer que les établissements font un libre usage de la communauté sur le chemin tracé par les pouvoirs publics au travers de la planification sanitaire.

L'ARH peut également user de ses dispositifs de contractualisation pour susciter voire imposer la mise en place d'une communauté d'établissements ou la participation d'un établissement à une communauté existante.

En effet, L'article L 6114-2 du CSP (ancien article L 710-16-1) a accompagné la naissance des ARH en précisant que "les contrats d'objectifs et de moyens déterminent les orientations stratégiques des établissements en tenant compte du SROS,(...), et favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements."

La circulaire DH n°22 du 13 janvier 1997 vient d'ailleurs compléter ce dispositif en précisant que "le contrat pourra faire état, sans que cela préjuge formellement des agréments futurs, des projets de réseaux de soins et de communautés d'établissements dans lesquels l'établissement souhaite s'engager. Dans ce cas, le contrat mentionne les thèmes et les partenaires du réseau de soins ou de la communauté à constituer, et les diligences de l'établissement : études de faisabilité à effectuer, moyens à consacrer, délais de réalisation (...). Il énonce également les dispositions prises ou à prendre par l'établissement pour favoriser son insertion dans des réseaux de soins et des communautés déjà constitués."

Le contrat se présente comme une interface entre la politique régionale d'organisation de l'offre de soins, inspirée par le SROS et le projet de l'établissement. Il est donc tout à fait logique qu'il y soit fait référence à l'appartenance communautaire et aux projets susceptibles de s'y développer.

Or on sait très bien aujourd'hui que le procédé contractuel dont peut user l'administration ne recouvre en rien l'usage qui veut que ce contrat tienne lieu de loi entre des parties qui ont librement consenti à passer convention. Comme l'ont très bien fait remarquer de nombreux juristes au lendemain de la parution des ordonnances, les contrats d'objectif et de moyens sont des pseudo contrats qui ne sont l'expression que d'une adaptation de l'Etat à l'air du temps et ne font le plus souvent que masquer le maintien d'une relation strictement inégalitaire.

On peut citer en exemple la décision prise par la COMmission EXécutive (COMEX) de l'ARH de Provence Alpes Côte d'azur le 11 avril 2000 concernant le CH de Brignoles. A cette date, la COMEX s'est prononcée favorablement à la conclusion d'un contrat d'objectif et de moyens avec ce centre hospitalier sur la base d'un engagement de l'ARH pour trois ans avec plus de 8 millions à la clé. Mais elle indique dans sa décision que l'établissement devra veiller en contrepartie à élaborer, entre autres, un projet de communauté d'établissements avec le CH intercommunal de Toulon-La Seyne sur Mer et portant au minimum sur

l'oncologie, l'algologie, la gynécologie obstétrique, la néonatalogie, la chirurgie, la pneumologie et les urgences.

Et si d'aventure cette pression contractuelle n'était pas suffisante, les ordonnances ont doté les ARH d'un pouvoir de sanction ou tout du moins d'obligation en la matière.

L'article L 7121-3-4 précise que les établissements publics de santé disposent de trois ans à compter de la date de publication des ordonnances, soit le 25 avril 1999, pour signer une charte. Si rien n'a été initié dans ce délai, les établissements doivent en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'ARH qui pourra éventuellement mettre en œuvre les dispositions de l'article L 712-20 en demandant au conseil d'administration de l'établissement de se prononcer sur une convention de coopération, la création d'un SIH ou d'un GIP voire de fusionner.

Au travers de cette analyse théorique, les communautés d'établissements donnent a priori une impression de cohérence et de souplesse à même de déclencher un vaste mouvement d'évolution du système hospitalier.

L'expérience de la Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire peut venir confirmer cette approche en montrant comment des acteurs de terrain ont su saisir l'opportunité de cette innovation, exploiter sa souplesse et ainsi s'inscrire dans de nouvelles perspectives de gestion des établissements et de coordination des soins en institution sur un bassin de vie.

2 "L'EXEMPLE" DE LA COMMUNAUTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE L'ESTUAIRE DE LA LOIRE (CESEL)

Cette monographie doit permettre de montrer comment et dans quel contexte des acteurs de terrain ont rapidement réussi à s'approprier cet outil et quels changements structurels ou comportementaux ont été apportés par cette expérience.

Il s'agira donc, tout d'abord, de replacer cette expérience dans son contexte géosanitaire et de présenter les différentes étapes du processus de communautarisation. Cela permettra de montrer que cette expérience s'inscrit totalement dans les desseins des pouvoirs publics rappelés précédemment (2-1)

Puis il semble intéressant de s'arrêter, dans un second temps, sur les changements en terme de management, de stratégie et de qualité de prise en charge que cette communauté a pu ou est en train de faire naître ainsi que sur les perspectives d'évolutions envisageables (2-2).

2.1 LA STRUCTURATION PROGRESSIVE D'UNE VERITABLE COMMUNAUTE HOSPITALIERE

La CESEL a été mise en place sur un territoire présentant une réelle cohérence géographique et sanitaire et dans le prolongement d'un maillage de coopérations déjà conséquent (§1).

Elle s'est progressivement ancrée dans le paysage sanitaire local après l'adoption de sa charte constitutive et la mise en place, dans ce cadre, de nouvelles coopérations (§2).

Les établissements membres ont alors assez rapidement adopté un projet médical communautaire et ont entamé une réflexion commune sur la nécessité de doter la structure d'une autre assise juridique (§3).

2.1.1 Un terreau fertile : le contexte géographique et la complémentarité de l'offre publique

La cohérence géographique

Le secteur sanitaire N°2 de la Loire-Atlantique s'étend sur la partie ouest du département de part et d'autre de l'estuaire de la Loire. Il correspond à un bassin de population de plus de 260 000 habitants (selon le dernier recensement) et accueille environ 600 000 personnes en période estivale.

Un double phénomène économique et démographique crée des domaines communs de préoccupation pour les structures de soins du secteur. On constate tout d'abord, comme dans de nombreuses régions, un vieillissement de la population mais également une forte croissance de l'activité économique. Ce double mouvement modifiant le profil des patients soignés et augmentant le volume d'activité globale des structures de soins rend la coopération des structures toujours plus essentielle.

Ce secteur peut être découpé en quatre pôles caractéristiques qui sont :

- la presqu'île guérandaise qui s'étend dans la partie septentrionale du secteur et qui puise ses racines à la fois dans une culture bretonne et une agriculture basée sur la récolte du sel,

- une zone urbaine fortement développée qui s'appuie d'une part sur l'activité portuaire de Saint-Nazaire et d'autre part sur l'attractivité touristique du golfe de La Baule,

- une portion en arrière du littoral moins densément peuplée et plus rurale qui trouve une homogénéité géographique avec la Brière,

- et enfin le Pays de Retz, seule partie se situant au sud de l'estuaire, s'étendant d'ouest en est du littoral aux abords de la banlieue-ouest de Nantes ainsi qu'à la limite nord du département de la Vendée.

La cohérence territoriale de cet ensemble ne semble pas a priori évidente puisqu'elle comporte des secteurs originellement fort différents tant en termes géographiques qu'économiques. Cependant, l'INSEE les rassemble car cette aire correspond de manière assez nette à un "bassin d'emploi" et à un bassin de vie.

On y trouve en effet, une métropole, Saint-Nazaire, un pôle d'activité attractif sur l'ensemble de ce bassin, avec la zone industrielle de Montoir et enfin une spécificité littorale.

D'ailleurs, personne ne conteste aujourd'hui la pertinence de cette délimitation qui correspond effectivement à une aire d'échanges et de flux quotidiens diversifiés. Le pays de Retz était historiquement moins ouvert au reste de ce bassin car l'estuaire constituait une barrière naturelle forte. Mais la construction du pont de Saint-Nazaire dans les années 70 et surtout sa gratuité depuis 1995 ont progressivement favorisé le rapprochement de cette zone.

Le secteur sanitaire n°2 de Loire-Atlantique recouvre en fait à quelques cantons près ce bassin de vie. Et force est de constater, tout du moins au niveau du service public hospitalier, qu'il est structuré de manière équilibrée et complémentaire.

Un secteur sanitaire équilibré et une offre publique de soins complémentaire

Le SROS des Pays de la Loire, qui reprend pour partie les 4 sous-secteurs que nous avons identifiés supra, distingue très clairement un pôle de référence qui est le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire et un certain nombre de pôles de proximité au niveau de chacun de ces sous-ensembles.

Le CH de Saint-Nazaire est présenté par le SROS comme l'établissement de référence du secteur. Le protocole d'accord signé entre le centre hospitalier et l'ARH, le 11 septembre 1998, indique d'ailleurs clairement dès son préambule que le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire est reconnu comme « pôle de référence du secteur sanitaire n°2 avec une vocation multidisciplinaire dans les domaines de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, des soins de suite, de la gérontologie et de la psychiatrie ».

Il comptabilise plus de 1200 lits et places dont près de 900 lits en secteur M.C.O. et emploie plus de 1800 agents soit plus de 60% du personnel hospitalier et plus de 40% des lits « sanitaires » du secteur.

Autour du CH de Saint-Nazaire, le secteur compte 3 établissements PSPH, un second Centre Hospitalier et quatre hôpitaux locaux. Ils développent tous une activité spécialisée ou de proximité venant compléter l'activité de l'hôpital général.

Les trois établissements privés participant au service public hospitalier concentrent leur activité sur les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle:

- la clinique mutualiste implantée à Saint-Nazaire et gérée par l'Union mutualiste de Loire-Atlantique,
- le centre de convalescence « Le Bodio » à Pontchâteau,
- le centre marin de Pen Bron à La Turballe qui représente un pôle de référence en matière de rééducation post-traumatique.

Notons que ces trois établissements sont implantés dans trois sous-ensembles différents de ce secteur sanitaire.

Un second centre hospitalier est implanté à Guérande. Il ne totalise que 222 lits dont 108 lits médico-sociaux et uniquement des lits de médecine en court séjour. Il représente par ailleurs la tête de réseau du secteur en matière de prise en charge des patients alcooliques.

Le secteur compte ensuite trois hôpitaux locaux disposant de lits de médecine :

- l'hôpital local du Croisic, qui dispose par ailleurs d'une unité de soins palliatifs de référence pour le secteur sanitaire,
- l'hôpital local de Savenay,
- l'hôpital local de Donges,
- l'hôpital intercommunal du pays de Retz, né de la fusion des deux hôpitaux locaux de Pornic et de Bourgneuf et du Centre Hospitalier de Paimboeuf intervenue au 1^{er} janvier 1999, qui totalise aujourd'hui 468 lits dont 208 de maison de retraite. Il représente aujourd'hui un des plus grands hôpitaux locaux de l'hexagone.

L'équilibre global de l'offre de soins sur le secteur est donc manifeste ¹³ :

Le sous-secteur de la presqu'île compte deux établissements de proximité et un établissement PSPH spécialisé en moyen séjour.

Le sous-secteur du Pays de Retz est couvert par un vaste hôpital intercommunal.

Et on trouve dans le sous-secteur en retrait du littoral, un hôpital local ainsi qu'un établissement PSPH de moyen séjour.

L'offre de soins privée ne vient pas altérer cet équilibre territorial. Elle se caractérise par la présence de deux groupes de clinique avec le groupe polyclinique de Saint-Nazaire (chirurgie de spécialité et gynécologie-obstétrique) et la polyclinique de La Baule à orientation cardiologique qui sera transférée en 2002 sur Saint-Nazaire.

Mais son implantation sur l'agglomération nazairienne ajoutée à la concentration de son activité sur quelques spécialités de court séjour ne la fait pas entrer en concurrence avec l'ensemble de ces structures publiques. Seul le CH de Saint-Nazaire se trouve confronté à l'activité de ces structures. Il a d'ailleurs engagé avec elles un certain nombre de

¹³ Voir annexe 1

coopérations et projette de se rapprocher de ces structures comme l'illustre le projet cité en introduction de ce travail.

Un maillage conséquent de coopérations antérieur au lancement de la communauté

Bien avant de se lancer dans la constitution d'une communauté d'établissements, les établissements du secteur s'étaient déjà rapprochés par le biais de coopérations bilatérales ou multilatérales ayant la plupart du temps pris la forme de conventions.

Un des ferments de cette dynamique de coopération a tout d'abord été la participation des établissements publics du secteur à l'expérimentation du projet SANTAL, dans la seconde moitié des années 80. Cet ancêtre de la carte VITAL a été expérimentée par l'ensemble des établissements publics et participant au service public sur le secteur avec une coordination menée par un des cadres de direction du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire qui travaillait à mi-temps sur ce projet.

Le secteur logistique a ensuite permis un rapprochement plus structurel des établissements publics du secteur qui sont membres depuis près de dix ans (Arrêtés préfectoraux en date du 20 décembre 1991) d'un groupement d'achat en denrées alimentaires, produits d'entretien et systèmes de sécurité incendie. De plus, le CH de Saint-Nazaire a progressivement signé des conventions de coopération avec ces mêmes établissements en vue de leur fournir une prestation de lavage et de traitement de leur linge.

Des coopérations dans le domaine médical avaient également, mais plus modestement, débuté. Elles prenaient essentiellement la forme de coopération bilatérale entre le CH de Saint-Nazaire et les divers pôles de proximité pour la mise à disposition de temps médical ou de matériel.

Le Centre hospitalier de Saint-Nazaire a ainsi essentiellement développé les possibilités de mise à disposition de praticiens de médecine interne, de rééducation ou de gériatrie auprès des différents établissements de la communauté.

Quelques exemples de conventions démontrent d'ailleurs que ces conventions concernaient des établissements de l'ensemble du secteur :

- la convention passée avec le CH de Paimboeuf sur les activités chirurgicales et anesthésiologiques (1er décembre 1995),
- la convention passée avec le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Pen Bron pour la mise à disposition de temps médical (7 février 1992),
- la convention passée avec le CH de Guérande pour la mise en place d'une Consultation Gériatrique d'Orientation (1er mars 1995).

Enfin, un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales de l'Estuaire (COLINE) a été constitué en 1995. Il regroupe 14 établissements publics et privés du secteur sanitaire et de ses environs. Ce réseau s'est constitué sous la forme d'une association Loi 1901. L'ensemble des établissements de santé participant au service public du secteur sont membres de cette association depuis son origine.

La perspective de mise en place de cette communauté d'établissement s'inscrit complètement à la confluence des objectifs du SROS et de la volonté de coopération des acteurs locaux.

Comme l'a souligné le directeur du CH de Guérande lors de rencontre interrégionales sur les coopérations interhospitalières qui se sont tenues à l'ENSP en janvier 2001, «quelques réunions informelles se sont tenues entre Directeurs dès 1995. Ces derniers ne pouvaient que constater les limites de leurs compétences de chefs d'établissements mais aussi de la mise en commun d'actions pour l'essentiel dans le domaine logistique, et de la nécessité de « mailler » davantage leurs activités. Mais l'idée de mettre en commun et de structurer les réseaux et filières de soins voyait déjà le jour. »

Cette volonté est venue rejoindre, plus tard, les objectifs du SROS II des Pays de la Loire. Ce document s'appuie sur quatre axes : l'accessibilité, la qualité, la subsidiarité et la complémentarité.

Selon le même schéma, « la complémentarité revêt trois aspects : les réseaux de soins, le regroupement d'établissements et la coopération ». Et le document rappelle qu' « à l'échelle d'un secteur sanitaire ou d'une zone géographique plus réduite, les coopérations entre

établissements de santé doivent se développer dans le cadre des communautés d'établissements. Des projets communs peuvent alors être conduits par mutualisation de compétences et de moyens sans pour autant qu'une intégration structurelle soit effectuée».

Le SROS va même plus loin en indiquant qu'il faut «faire des communautés d'établissements au sein des secteurs sanitaires le moteur des coopérations médicales et gestionnaires». Il rappelle pour ce faire que «la communauté d'établissements est un outil souple, facile à mettre en œuvre et évolutif».

2.1.2 De l'acte officiel de naissance aux premières actions

Par délibérations concordantes de leurs conseils d'administration, les 12 établissements ont simultanément adopté une charte communautaire¹⁴ et signé une convention multilatérale donnant naissance à la Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire. La signature officielle a eu lieu le 8 janvier 1998. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation a agréé ces documents le 31 juillet 1998.

Les établissements ont adhéré sous le statut de :

- membres fondateurs pour 6 hôpitaux publics et 3 établissements PSPH,
- membres associés pour 3 hôpitaux hors secteur

Il ne reste plus aujourd'hui qu'un établissement associé, le CHS de Blain situé dans le secteur sanitaire de Nantes, l'HL de Savenay et l'HL de Bourgneuf (aujourd'hui intégré au sein de l'hôpital intercommunal du Pays de Retz) ayant été rattachés au secteur de Saint-Nazaire après une révision de la carte sanitaire en 2000.

La charte précise les domaines de coopération, les modalités de représentation des établissements et l'organisation en instances que prendra cette communauté.

Cette charte dresse tout d'abord une liste assez vaste de domaines de coopération et d'harmonisation potentiels des pratiques après avoir repris, dans l'exposé des motifs, les objectifs assignés aux communautés par l'ordonnance du 24 avril 1996.

¹⁴ Voir annexe 2

Les objectifs spécifiques à la Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire sont distingués dans 5 catégories :

- 1 Filières et réseaux de soins : Il s'agira de promouvoir leur création autour de priorités de santé publique en faisant appel, s'il y a lieu, aux organismes d'assurance maladie ou aux professionnels libéraux.
- 2 Coopération médicale et soignante en favorisant la collaboration entre les équipes soignantes des différentes structures (accréditation, formation, mise à disposition de personnel...)
- 3 Coopération dans les domaines médico-technique, de l'ingénierie et des dispositifs de vigilance
- 4 Système d'information : Les établissements chercheront à développer les échanges d'information et l'harmonisation de leurs systèmes d'information. Il est d'ailleurs précisé plus en aval du texte de la charte que le service d'information et de statistique du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire assurera un regroupement des informations clés de chaque adhérent de la communauté.
- 5 Administration et logistique.

Cet article 1er de la charte ajoute également que la communauté investira tous les autres domaines de la direction, de l'administration et de la gestion ainsi que la logistique et la formation.

De plus une annexe à la charte précise les 15 domaines de coopération alors envisagés selon ces 5 axes.

L'équilibre comme maître mot de l'organisation

L'article 2 de la charte présente ensuite les trois instances mises en place qui reprennent le schéma classique mis en exergue dans la première partie de ce mémoire.

Elle se compose :

- d'un Conseil de Communauté. Il représente l'organe de décision de la structure à l'instar du conseil d'administration au sein des établissements de santé. Il se réunit au

moins deux fois par an. Le secrétariat du conseil de communauté est assuré par des directeurs désignés par le conseil,

- d'un Conseil de Direction, adjoint au conseil de communauté, pour que les directeurs des établissements fondateurs puissent assurer la mise en oeuvre des projets,

- d'un Comité Médical qui est constitué des présidents de CME des établissements fondateurs.

L'article 3 expose les modalités de représentations des établissements au sein du conseil de communauté.

« il se compose de représentants des conseils d'administration à raison d'un par établissement, des directeurs et des présidents de CME de chaque établissement. Les avis et propositions font l'objet d'un vote où chaque établissement fondateur est représenté comme suit :

5 voix par établissement pour traduire l'égalité entre les établissements et x voix par établissement proportionnellement au pourcentage que représente le nombre d'agents inscrit au tableau des effectifs par rapport à l'effectif total.

La majorité absolue doit représenter 2/3 des capacités en lits sanitaires de l'ensemble des établissements fondateurs de la communauté ».

Ces articles 2 et 3 ont dès le départ été appliqués de manière à garantir un certain équilibre entre les établissements et évacuer l'idée d'une emprise totale du CH de Saint-Nazaire sur la structure.

Un souci d'équilibre de la représentation des établissements et des pôles géographiques du secteur a tout d'abord guidé la désignation des présidents et secrétaires des instances.

Le conseil de Direction a désigné Y.MORICE, directeur du CH de Saint-Nazaire comme coordonnateur-animateur, le directeur du CH de Guérande comme secrétaire et le directeur de l'hôpital intercommunal du Pays de Retz comme secrétaire-adjoint.

Ensuite, le comité médical a désigné son bureau représentatif avec comme coordonnateur le président de la CME du centre marin de Pen Bron, et les présidents de CME du centre de

convalescence de Pontchâteau et du CH de Saint-Nazaire respectivement comme secrétaire et comme membre.

Les président et les vice-présidents ont été désignés dans le même souci d'équilibre géographique. La présidence a été dévolue au président du CA du CH de Saint-Nazaire, les vice-présidences ont été attribuées aux présidents des conseils d'administration du CH de Guérande et de l'hôpital intercommunal du Pays de Retz.

Enfin, l'élaboration du système de pondération des voix à partir des statistiques de la SAE a permis de préciser qu'aucun établissement ne pouvait détenir à lui seul la majorité des voix.

Cette communauté a priori respectueuse de l'identité de chacun de ses membres et d'un certain équilibre géographique des pouvoirs s'est très rapidement mise en mouvement comme en atteste la fréquence des réunions des instances ainsi que le lancement de coopérations structurées.

Les premières actions

Sur les années 1998 et 1999 plus d'une douzaine de réunions d'instances ont eu lieu avec un nombre important de réunions du conseil de direction.

Dès le 12 juin 1998, lors de sa première réunion, le conseil de direction arrêtaient les actions prioritaires pour les années 1998 et 1999 à partir d'un document élaboré en novembre 1997 et qui avait été annexé à la charte constitutive (note de bas de page). L'objectif était alors de faire valider les noms des référents responsables de différents groupes de travail et de solliciter, dans chaque établissement concerné, les interlocuteurs concernés par les différents domaines.

Le Comité médical s'est réuni pour la première fois en septembre et a retenu le principe de la désignation d'un ou deux coordonnateurs par groupe de travail en précisant qu'ils seraient chargés de faire appel aux professionnels compétents et d'intégrer les médecins libéraux dans leur cadre de réflexion. Le premier Conseil de Communauté validait ces choix le 7 octobre.

(Au final, 12 coordonnateurs, dont 10 médecins, relevaient du CH de Saint-Nazaire et 9 représentaient les autres établissements.)

Les coopérations ont été renforcées entre les membres dans différents domaines précités. Pour ce faire, les établissements de la communauté ont obtenu des financements de l'ARH pour mettre en œuvre des réseaux de coopération structurants dans trois domaines.

Tout d'abord, un réseau de prise en charge des problèmes d'alcoologie a été créé le 23 septembre 1997. Ce réseau RAPEL a été constitué sous la forme d'un GIP. Il rassemble alors les trois centres hospitaliers du secteur (Guérande, Paimboeuf et Saint-Nazaire) ainsi que l'Office Central d'Hygiène Social, association nantaise implantée sur Saint-Nazaire. Sa création est légèrement antérieure à l'avènement officiel de la communauté d'établissements mais la prise en charge des problèmes d'alcool faisait déjà partie des priorités établies par la communauté et inscrites dans l'annexe de la charte qui avait déjà été rédigée.

L'unité de sevrage et la consultation avancée mises en place dans le cadre de ce réseau sont implantées au CH de Guérande et l'équipe de liaison, mobile et pluridisciplinaire, intervient à la demande dans l'ensemble des établissements de la communauté.

Le travail communautaire a ensuite favorisé une avancée importante dans le domaine des soins palliatifs. Une unité d'accueil des patients en fin de vie fonctionnait antérieurement et une Association pour le Développement des Soins Palliatifs dans l'Estuaire de la Loire (ADSPEL) était déjà très active. Mais les acteurs de terrain regrettaient l'absence d'un réseau qui a été progressivement mis en place au cours de l'année 1999. L'hôpital du Croisic a été choisi comme lieu d'implantation de la permanence du réseau et comme établissement de rattachement car cette structure possédait déjà l'unité d'accueil des patients en fin de vie. La communauté bénéficie donc désormais du travail de ce Réseau RESPEL (REseau de Soins Palliatifs de l'Estuaire de la Loire).

Dans le même temps, les établissements membres ont convenu de la mise en place d'un réseau relatif au développement de l'assurance qualité qui répondrait là encore à une des priorités dégagées en annexe de la charte constitutive. Ce réseau dénommé RACQUESEL (Réseau d'Amélioration Continue de la Qualité des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire), dont la charte a été agréée par les différents établissements en juin 2000, a été rattaché à la cellule concomitamment mise en place par le CH de Saint-Nazaire. Le principe adopté consiste en un partage du temps de médecin responsable de l'assurance qualité et d'assistant qualitatif entre le réseau et le CH de Saint-Nazaire afin de favoriser les échanges d'expériences, d'apporter un support aux établissements lors du lancement de leur processus d'accréditation ou encore de les assister dans la mise en œuvre de leur démarche qualité (conseils méthodologiques, appui à l'élaboration de protocoles).

Ces réseaux démontrent, dès les premières années de fonctionnement, que cette communauté n'avait pas été mise en place dans le seul souci de répondre aux injonctions des ordonnances.

2.1.3 La pérennisation de l'expérience au travers d'un projet médical communautaire et de l'engagement des réflexions sur une structuration juridique

Ces coopérations spécifiques allaient très rapidement être perçues comme insuffisantes par les promoteurs de la logique communautaire. Ainsi, le directeur du CH de Saint-Nazaire a-t-il proposé, dès la réunion du conseil de direction du 24 septembre 1998, qu'un séminaire soit organisé sur une demi-journée afin que tous les établissements membres réfléchissent ensemble au devenir de la communauté.

Vers un projet médical de communauté

A la suite de ce séminaire, diverses réunions des instances communautaires ont marqué l'adhésion de l'ensemble des acteurs à l'objectif de voir la communauté prendre une autre dimension. Ainsi, le 29 juin 1999, le Conseil de Direction de la Communauté a-t-il défini les grandes orientations d'un projet médical communautaire.

Une communauté d'établissements dotée d'un projet médical, à l'image des établissements de soins, prend une autre envergure. Car au-delà de la démonstration de la réalité de la coopération au sein de cet espace, un projet médical inscrit une communauté dans une perspective visant au renforcement de la coopération voire à l'instauration d'une véritable communautarisation d'un certain nombre de domaines.

L'existence d'une communauté ne peut plus alors être vue comme une simple mesure d'habillage des coopérations existantes mais doit être regardée comme le théâtre d'une nouvelle appropriation collective des problématiques du service public de santé sur le secteur sanitaire.

En l'occurrence, la réflexion collective qui a guidé la réalisation de ce projet s'est inscrite dans la volonté partagée de répondre aux besoins observés dans le secteur ainsi qu'aux priorités de santé publique définies dans le SROS.

Les partenaires ont ainsi défini quatre axes de réflexion :

- pallier les insuffisances des capacités d'accueil et améliorer la gestion des flux de patients,
- développer les coopérations déjà existantes,
- mieux satisfaire les besoins de santé identifiés comme prioritaires sur le secteur,
- mettre en place une organisation communautaire dans les domaines qui s'y prêtent.

Deux instances de pilotage du projet ont ensuite été constituées :

- un comité de pilotage composé du bureau du conseil de direction et du bureau du Comité médical
- un comité opérationnel composé d'un représentant du bureau du conseil de direction et de deux représentants du Comité médical.

Ce n'est cependant qu'au second trimestre 2000 que la communauté a réellement franchi cette étape. Différents projets ont en effet été préparés par des équipes médicales multi-établissements pendant l'été suite à une lettre de cadrage budgétaire, du 8 juin 2000, du directeur de l'ARH dans laquelle ce dernier promettait d'accorder une prime aux projets développés dans le cadre des communautés.

En sont ressortis les projets suivants :

- la mise en place d'un service de suivi et de réinsertion à domicile,
- la coordination médicale au sein des services de médecine de la communauté,
- la prise en charge de la douleur,
- l'augmentation des capacités par la création d'une unité de 15 lits de médecine aiguë polyvalente gériatrique,
- l'obtention de 40 lits supplémentaires de soins de suite sur le secteur sanitaire,
- la création de services communautaires en hygiène hospitalière, dans le domaine de l'information médicale,
- la mise en place d'un Comité de Liaison Alimentation Nutrition communautaire.

Les instances de la communauté réunies ont alors présenté les fruits de ce travail au directeur de l'ARH le 12 septembre 2000.

Ce dernier s'est dit très intéressé, et a estimé que les établissements avançaient dans la bonne direction. Il a jugé que "la démarche entreprise (correspondait) tout à fait à l'intention de départ telle qu'elle est encouragée par les textes et qu'elle (était) sur certains points exemplaire".

Il a dans le même temps demandé à la communauté de classer ces projets par ordre de priorité en portant d'emblée un intérêt certain pour les projets touchant à la gestion des flux de patients.

Les instances réunies le 25 octobre 2000 ont alors procédé à cette priorisation au travers d'une programmation pluriannuelle étalée de 2001 à 2003.

L'ordre de priorité arrêté a placé le service de suivi et de réinsertion à domicile et le réseau douleur comme priorités 1 et 2. La communauté espère maintenant obtenir les premiers financements de l'ARH pour ces projets avant la fin de l'année 2001.

La nécessité discutée de doter la communauté d'une personnalité juridique

La question de l'évolution du cadre juridique de coopération s'est très rapidement posée puisque les directeurs des CH de Saint-Nazaire et de Guérande estimaient déjà dès les premiers conseils de direction qu' il convenait « de réfléchir à la forme juridique de la communauté ».

Le séminaire qui s'est tenu le 7 mai 1999 mentionné précédemment avait en fait essentiellement pour but d'approfondir la réflexion collective sur le devenir juridique de la communauté.

Il était ouvert aux membres du Conseil de Communauté ainsi qu'aux responsables des groupes de travail. M. HARDY, juriste et spécialiste du droit des institutions locales, y a apporté un éclairage comparatif sur la logique se jouant dans le domaine de l'intercommunalité auquel les élus membres du conseil de communauté ne sont pas restés insensibles. Melle BARRET du cabinet HOUDART est venue exposer l'ensemble des outils disponibles pour faire évoluer cette communauté (notamment le GIP, le SIH et le mode associatif).

La modalité choisie, à savoir la convention multilatérale, se trouvait mise en question pour trois raisons majeures.

Premièrement, les promoteurs de cette évolution du statut juridique estimaient que la communauté pourrait accroître sa crédibilité, son poids face à l'agence en se dotant de la personnalité morale et donc de la capacité à contractualiser. Cette structuration devait également permettre d'assurer la tutelle de la cohérence globale des projets aujourd'hui développés de manière cloisonnée (GIP, GCS, Association, mise à disposition de moyens rattachés à des établissements...).

Ensuite, un souci de transparence a également été mis en avant. Il est en effet certain que le rattachement des budgets et des personnels de ces réseaux, tendant numériquement à s'accroître, à différents établissements n'est pas un gage de transparence de gestion et amène à procéder à des transferts de crédits et à multiplier les conventions de mise à disposition de personnel qu'un rattachement à une structure commune viendrait faciliter. De plus, le rattachement des moyens impartis aux réseaux au support juridique de la communauté permettrait de rassurer l'ensemble des membres sur la juste répartition des bénéfices de la coopération et ainsi de réduire à néant les suspicions d'un « détournement » de moyens par l'établissement de rattachement.

Enfin, l'argument majeur qui est mis en avant est la possibilité offerte par cette structuration de réduire le nombre d'instances de coopération et le temps de gestion administrative des réseaux¹⁵.

Cela étant, le choix de ce support juridique a donné lieu à débat, des positions totalement divergentes s'exprimant parmi les directeurs des établissements membres.

Un premier groupe de chefs d'établissements est aujourd'hui acquis à l'idée de la nécessité d'une personnalisation juridique en suivant les arguments avancés précédemment. Ils débattent sur un terrain juridique de l'opportunité de choisir tel ou tel mode de coopération (GIP, SIH, GIE...).

Un second groupe, formé essentiellement des représentants des établissements PSPH, reste plus circonspect mais ouverts à la discussion, en estimant que le mode conventionnel voire associatif permettrait sans doute de mener à bien les coopérations envisagées sans avoir besoin de créer de structure venant chapeauter l'ensemble des établissements.

¹⁵ tableau explicatif en annexe 3.

Le développement naturel de la communauté est ainsi parvenu à un point d'achoppement, à un nouveau pallier, générateur de crispations.

En fait, les dirigeants de ces établissements craignent là de perdre une certaine autonomie de gestion et de voir l'identité de leur structure dégradée.

N'oublions pas en effet que cette communauté d'établissements comporte trois établissements PSPH qui fondent leur particularité et donc leur identité dans leur caractère associatif et dans une histoire propre et indépendante des structures environnantes.

L'établissement Le Bodio de Pontchâteau est ainsi un ancien établissement religieux. Les cliniques mutualistes puisent leur identité dans le mouvement historique de la Mutualité Française. Enfin Le centre marin de Pen Bron est un ancien sanatorium qui s'est reconverti dans la rééducation fonctionnelle de haut niveau, les équipes médicales étant très liées à la chirurgie nantaise.

Seulement l'ARH a réaffirmé en juin 2001, dans un courrier adressé au coordonnateur de la CESEL et relatif au financement des premières priorités du projet médical, qu'il souhaitait « que la Communauté se dote très rapidement d'une structure juridique permettant l'octroi d'un budget propre, la gestion de nouveaux projets et à terme, l'intégration des actions ou réseaux déjà développés au profit de l'ensemble de la communauté ».

La CESEL se trouve donc aujourd'hui contrainte d'adopter une structure juridique pour espérer obtenir les moyens nécessaires à l'accomplissement de ses projets.

2.2 LES BENEFICES ET PERSPECTIVES TIRES DE CETTE EXPERIENCE

Après trois ans et demi d'existence la CESEL se retrouve à une étape cruciale de son existence. Elle s'apprête en effet à franchir un pallier en se dotant d'une personnalité juridique mieux à même de permettre son enracinement et son développement.

Il convient de procéder tout d'abord à un bilan des changements apportés par cette communauté tant dans les modalités de management des établissements et la prise en charge des patients que dans une dimension stratégique de relation des établissements à leur environnement (A)

Puis il s'agit de voir comment la CESEL peut parfaire son enracinement en s'appuyant, d'une part, sur une note réalisée à l'attention de l'ensemble des établissements et, d'autre part, sur les enseignements tirés du bilan réalisé (B).

2.2.1 Les bénéfices obtenus et attendus du mouvement de « communautarisation »

La CESEL comme cadre de partage des ressources et de coordination de la prise en charge des besoins de santé sur le secteur sanitaire.

La communauté d'établissements mise en place en 1998 a tout d'abord apporté une amélioration sensible dans la prise en charge des besoins de santé au travers des réseaux de soins mis en place dans les domaines des soins palliatifs et de l'alcoologie présentés dans la partie précédente.

On peut certes arguer du fait que ces réseaux auraient pu être mis en place sans avoir de communauté d'établissements comme cadre de référence. Mais il semble certain que leur développement dans le cadre de la communauté a garanti voire renforcé l'implantation de ces réseaux par le surcroît d'implication et de contrôle des établissements membres. La mise en place dans le cadre de la communauté assure en outre un développement du réseau à l'échelle du bassin de vie et la participation de l'ensemble des établissements de ce bassin.

Les établissements prévoient par ailleurs dans le projet médical la constitution d'un service d'hygiène inter-établissements. Ils projettent également de créer un service diététique communautaire dont la cohérence du travail sera supervisée par un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) commun. Enfin, les établissements espèrent à plus long terme pouvoir mettre en place un service d'information médicale et d'archivage communautaire.

Le travail communautaire favorise également la coordination et l'harmonisation des pratiques entre les établissements.

En 1992, des cadres soignants de différents établissements du secteur sanitaire ont décidé de créer un groupe de réflexion pour rompre l'isolement et échanger sur les pratiques, les expériences et les difficultés rencontrées. Le premier travail de ce groupe a été d'élaborer une fiche de liaison infirmière. Cette fiche est aujourd'hui remplie à chaque transfert de patient entre établissements et permet d'assurer une qualité de soins optimum. Elle est par

ailleurs conçue pour contenir l'exhaustivité des informations y compris celles concernant les actions des autres acteurs paramédicaux. La volonté pour le long terme est de parvenir à un dossier de soins multiprofessionnel communautaire.

Cette fiche représente le premier document ayant émané de la communauté puisqu'il a été mis en service en janvier 2000¹⁶. On doit y voir la reconnaissance du travail des soignants par les instances communautaires qui ont également officialisé les rapprochements des cadres infirmiers par la mise en place d'un Comité des Soins Communautaire. Ce dernier est représenté par un bureau de quatre membres, élus par leurs pairs, et peut être invité par le conseil de direction ou le comité médical en fonction de l'ordre du jour.

Notons d'ailleurs que le travail de coordination et de rapprochement de l'encadrement infirmier s'est alors développé. Des protocoles en hygiène ont été harmonisés, la fiche de liaison a été formalisée au format qualité par le réseau qualité de la communauté et le plan de formation infirmier et les stages par comparaison organisés par le CH de Saint-Nazaire ont été ouverts aux soignants des autres établissements. Enfin, des fiches de postes communes sont envisagées.

Pour la mise en place du service de suivi et de réinsertion à domicile, qui représente la priorité n°1 du projet médical de la communauté, le modèle de la fiche de liaison infirmière a été repris pour constituer une fiche de liaison sociale communautaire qui doit permettre, là aussi, d'optimiser le travail de recueil d'information et de transmission en évitant que le bilan social effectué au cours d'une hospitalisation ait à être renouvelé dans chacune des structures dans laquelle passerait un patient.

La mise en œuvre de la communauté a ensuite favorisé le développement du partage de ressources dans des domaines divers qui ont tous eus pour conséquence d'améliorer la prise en charge de proximité.

Aujourd'hui, près d'une quinzaine de praticiens hospitaliers du CH de Saint-Nazaire assurent des vacations dans différents établissements du secteur. L'hôpital intercommunal du Pays de Retz bénéficie en outre de la mise à disposition d'un tiers temps d'ingénieur dans le cadre de son opération de restructuration de l'hôpital de Pornic.

Enfin, un degré supplémentaire de communautarisation de la prise en charge sanitaire sur le secteur transparaît dans le cadre du projet du service de suivi et de réinsertion à domicile.

¹⁶ Voir annexe 4.

En premier lieu, ce service correspondra à la mise en place commune d'une véritable filière de soins sur le secteur.

Les services de médecine du CH de Saint-Nazaire doivent faire face à une suractivité en médecine devenue chronique du fait de l'augmentation et du vieillissement de la population sur le secteur sanitaire. Le besoin de places dans les services d'aval, tant en soins de suite qu'en hébergement médicalisé, a rendu impérieuse la mise en place de ce service. Il vise en effet à améliorer la prise en charge sociale et donc le retour à domicile de tous les patients présentant un problème médico-social et qui occupent, par défaut, des lits d'aval.

Ce service visera à organiser la prise en charge sociale des personnes hospitalisée en parallèle de la prise en charge médicale. Un projet de retour à domicile sera élaboré à partir du premier bilan social effectué dans le premier établissement fréquenté. Et un dossier social suivra le patient en cas de transfert dans un autre établissement. Enfin, des visites au domicile seront organisées afin d'optimiser les conditions de sortie d'hospitalisation.

Il est également intéressant de s'arrêter sur le dossier présenté à l'ARH pour obtenir des moyens en PH, ergothérapeutes et en assistantes sociales afin de faire fonctionner ce service.

Les coopérations et réseaux abordés jusqu'ici consistaient pour les établissements soit à partager des ressources entièrement nouvelles accordées par la tutelle, soit, pour le centre hospitalier de référence, à accorder des ressources, ou un accès à ses ressources propres, à un établissement périphérique. Le projet en question s'inscrit lui dans une logique de communautarisation plus aboutie puisque le service fonctionnera pour partie grâce aux apports financiers ou en personnels de l'ensemble des établissements au prorata de leur activité.

Secteur	Etablissement	Assistantes sociales		Ergothérapeutes	
		Existant	Apport	Existant	Apport
Presqu'île	CH de Guérande	1	0.5	0.10	0.10
	HL du Croisic	0	Apport budgétaire	0.20	0.20
	Centre de Pen Bron	1.5	0.20	9.75	0.50
Pays de Retz	HL du Pays de Retz	0	Apport budgétaire		Apport budgétaire
Pontchâteau Savenay Clinique mutualiste	Centre Le Bodio	0.75	0.10	0	0
	HL de Savenay	0		1.5	0.25
	La clinique mutualiste	0	?	0	?
Saint-Nazaire	CH de Saint-Nazaire	4.6	4.1	2.5	0.5

Tableau des propositions de contributions de chacun des établissements de la CESEL au projet de service de suivi et de réinsertion à domicile. Juin 2001

La CESEL comme nouvel espace de concertation managériale et de pilotage stratégique pour les établissements membres.

La mise en place de la communauté a également eu des incidences en terme de management et de stratégie dans le sens ou la relation bilatérale quasi-exclusive des établissements avec la tutelle (DDAS, ARH voire Conseil Général) est en partie remise en cause.

Tout d'abord, inscrits dans une perspective d'évolution au travers d'un projet médical communautaire et participant à des instances de régulation au niveau du secteur sanitaire (conseil de communauté, conseil de direction...) les établissements s'engagent à modifier leurs pratiques de management et à accroître le dialogue et les échanges sur les choix propres de leur structure.

En effet, dès lors que la communauté se fixe comme objectif d'améliorer la prise en charge sur le secteur sanitaire dans le cadre des objectifs du SROS, les choix des établissements membres, notamment au travers de leur projet médical, doivent entrer en concordance, voire en conformité, avec le projet médical communautaire.

Les établissements ont compris, dans leur ensemble, le sens de cette évolution comme en attestent les échanges de la réunion technique de la communauté sur la structuration juridique de la communauté du 2 mai 2001. Réfléchissant aux domaines ayant vocation à entrer dans le giron d'une future structure juridique renforcée de la communauté, l'ensemble

des établissements a distingué deux niveaux de gestion. Un niveau stratégique et prospectif qui relève des instances communautaires et un niveau opérationnel demeurant l'apanage des établissements. Plusieurs établissements ont ainsi admis lors de cette réunion que l'évolution de la prise en charge en matière de soins de suite sur le secteur relevait des instances communautaires à condition que les établissements gardent une marge de manœuvre en termes d'opérationnalité.

Ces établissements sont ainsi en train de reproduire, comme le souhaitait les promoteurs des communautés, le schéma de fonctionnement de l'union européenne qui distingue deux niveaux d'action et de régulation et encadre l'autonomie et la liberté laissée aux gouvernements des Etats dans la mise en œuvre de leur politique.

Les établissements de la communauté s'engagent également désormais à présenter leurs projets d'établissements aux instances de la communauté avant leur validation finale. C'est ainsi que le projet d'établissement de l'Hôpital local intercommunal du Pays de Retz a été présenté pour avis aux instances de la communauté avant d'être validé par les instances du nouvel établissement.

La communautarisation fait donc passer les établissements à un stade supérieur d'ouverture au travers d'une systématisation de la prise en compte de leur environnement. Il ne s'agit plus de s'allier au coup par coup avec un établissement ou d'autres professionnels dans une visée stratégique mais bien d'intégrer au niveau de l'environnement sanitaire proche une obligation pour les décideurs de rendre compte de leurs choix et de leurs objectifs.

Cette présentation pourrait résonner comme le constat amer d'une aliénation d'une marge de manœuvre dont on affirme partout qu'elle se réduit au regard de la pression budgétaire et réglementaire qui assaille les établissements.

Il est cependant préférable de parler de changement dans les méthodes de gestion qui impose donc des obligations de consultation et de prise en compte supplémentaires mais apporte également une double plus-value non négligeable à chacun des partenaires pris isolément.

La communauté offre tout d'abord un espace de dialogue formel et informel nouveau ou tout du moins constant qui permet à chacun des dirigeants de confronter leurs analyses et d'échanger leurs informations voire de mutualiser leur travail face à des évolutions réglementaires ou des évènements similaires.

La lecture des comptes rendus de réunions des directeurs (au sein du conseil de direction ou dans un cadre plus informel) montre ainsi que des problématiques communes comme le passage à l'an 2000, le passage à l'Euro, la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la gestion des 35 heures n'ont pas été abordées pour développer une réponse commune ou coordonnée mais pour permettre à chacun de bénéficier de l'expérience, des connaissances ou des informations de ses partenaires.

Dans le même ordre d'idée la cellule qualité implantée au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire qui fait vivre le réseau RACQUESEL participe de cette mutualisation. Le médecin et l'assistant qualicien qui animent ce réseau ont pour mission de favoriser les échanges d'expériences et d'apporter un appui méthodologique aux différents établissements. Mais ils se trouvent également sollicités par les directions des établissements de proximité de la communauté pour les aider dans la définition de leur politique de management de la qualité. Et l'on sait pertinemment que les capacités budgétaires des établissements en question ne leur auraient jamais permis de se doter d'un temps de médecin référent qualité.

En outre, l'obligation pour les établissements de prendre en compte leur environnement sanitaire et leur appartenance à la communauté dans l'élaboration de leur politique d'établissement renforce assurément leur capacité de négociation avec la tutelle. Nombreux ont été les refus de signature de contrats d'objectifs et de moyens en Pays de la Loire pour un défaut de prise en compte de l'environnement sanitaire comme nous l'a précisé le directeur de l'agence¹⁷. L'inscription d'un projet d'établissement dans le cadre d'un projet de communauté et la validation de ce projet d'établissement par les partenaires du secteur sanitaire représente une plus-value indéniable.

Cette question de la contractualisation nous amène tout naturellement vers la seconde évolution majeure enregistrée par les établissements dans le cadre du pilotage stratégique.

Ces-derniers sont désormais contraints de prendre en compte cette appartenance mais sont également unis dans leurs demandes. La perte d'autonomie des établissements se trouve en fait plus que compensée par les gains potentiels de ressources stratégiques qu'ils sont susceptibles d'obtenir au travers de leur regroupement.

¹⁷ Entretien avec B. PERICARD, le 25 août 2001.

Ces opportunités s'illustrent à plusieurs niveaux.

Notons tout d'abord qu'au-delà des ressources existantes que les établissements ont pu partager, le directeur de l'ARH a conditionné à plusieurs reprises l'octroi de moyens à un établissement à son partage dans le cadre de la communauté. C'est ainsi que les moyens accordés à l'HL du Croisic pour le développement des soins palliatifs ou ceux accordés au CH de Guérande pour la constitution d'un GIP en alcoologie étaient conditionnés par une inscription de ces projets dans le cadre communautaire.

Un deuxième niveau consiste à systématiser la concertation des établissements en amont de négociations afin de faire bloc et parvenir à l'adoption d'une position commune face à un interlocuteur. Le premier et principal exemple est illustré par les multiples réunions tenues à l'approche de Conférences Sanitaires de Secteur (CSS). Le souci des établissements était alors clairement de faire bloc et donc de peser d'un poids plus lourd dans la négociation. Les réunions des Conseils de Direction du 24 novembre 1998 et du 26 mars 1999 ont ainsi initié une pratique qui a été renouvelée pour chacune des réunions précédant une CSS. Les établissements se sont ainsi concertés pour proposer des candidatures communes aux postes de président, vice-président et secrétaire de la CSS et adopter une position commune dans le cadre des avis demandés aux établissements avant l'adoption du SROS par les instances régionales et la révision à venir de la carte sanitaire. La réunion du 24 novembre 1998 a ainsi été l'occasion de désigner, à l'unanimité, le directeur du CH de Saint-Nazaire comme porte-parole de la CESEL lors des CSS. Il a également été proposé lors de cette réunion qu'un écrit de la communauté relatif au SROS soit adressé à l'ARH en complément des remarques transmises par chacun des établissements.

S'il est impossible de mesurer l'impact de cette cohésion, force est de constater son particularisme comme l'a souligné madame BUJEAU¹⁸, inspecteur de la DDASS en charge des établissements publics de ce secteur sanitaire pour le compte de l'ARH. Cette concertation dans le cadre des CSS est à sa connaissance unique dans la région des Pays de la Loire.

Notons par ailleurs que les bénéfices de cette cohésion ne s'arrêtent pas au cadre strict des CSS mais concerne potentiellement l'ensemble des domaines de négociation externe de la communauté. Le renouvellement des autorisations décennales a ainsi été favorisé par la démonstration de la cohérence des activités sur le bassin de vie. De même, les enjeux à

¹⁸ Entretien avec Me BUJEAU, le 13 juillet 2001.

venir de la négociation d'une convention tripartite entre les établissements et le Conseil Général dans le cadre de la réforme des EHPAD a donné lieu à une concertation puis à un courrier conjoint des établissements de la communauté concernés par cette problématique.

Soulignons enfin l'avantage de cette dynamique communautaire dans l'arbitrage des ressources attribuables aux établissements dans le cadre des projets répondant aux objectifs du SROS.

La mise en place d'une enveloppe budgétaire limitative au niveau régional depuis l'avènement des ARH s'est naturellement accompagnée d'une sélection des financements. L'autorité régionale compare et retient désormais les projets qui lui semblent potentiellement les plus efficaces en terme d'amélioration de la prise en charge des patients ou d'économie. Et il est plus pertinent de favoriser les projets développés dans un cadre organisé et éprouvé. La CESEL apporte donc un surcroît de crédibilité et de pertinence aux projets portés par les établissements participant au service public sur le secteur sanitaire.

2.2.2 Les perspectives d'évolution de la communauté

Vers un SIH communautaire ?

L'évolution de CESEL passe par le choix d'une assise juridique renforcée. Ce travail de recherche a été pour nous l'occasion de contribuer à cette évolution suite à une commande passée par les établissements lors de la réunion technique sur la structuration juridique de la communauté qui s'est tenue au début du mois de mai 2001. Il nous a été demandé à cette occasion de réaliser une note juridique de comparaison des modalités juridiques éligibles au regard des possibilités offertes par les textes sur la communauté d'établissements. Nous avons d'emblée écarté le GIE, plutôt utilisé dans le cadre de coopérations public-privé, et qui ne faisait pas l'objet de discussions.

La note juridique que nous avons réalisée a donc eu pour objet de comparer les trois autres modes envisageables à savoir l'association, le GIP et le SIH. Nous l'avons présenté au travers des atouts du SIH au regard des deux autres supports envisageables car c'est l'outil correspondant le mieux aux aspirations et aux projets des établissements de la CESEL.

LES ATOUTS DU SIH COMME SUPPORT JURIDIQUE DE LA COMMUNAUTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE L'ESTUAIRE DE LA LOIRE

INTRODUCTION

Les établissements de la Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire doivent choisir un support juridique pour mener à bien leur projet médical. **La circulaire DH/EO/97 n°97/277 du 9 avril 1997**, relative entre autres aux communautés d'établissements, insiste sur le fait que cette communauté doit prévoir son cadre juridique.

Le choix de la communauté peut porter sur l'une des modalités fixées à l'article L.6134-1 du Code de la Santé Publique (CSP):

- le syndicat inter hospitalier (SIH), le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement de coopération sanitaire (GCS), le groupement d'intérêt économique (GIE), la convention.

La liste est limitative et sans ambiguïté. On peut penser qu'il faut en faire une interprétation juridique stricte. L'association n'est donc pas un support envisageable. De plus le GCS doit immédiatement être écarté car il concerne les coopérations entre établissements publics et privés à but lucratif, ces derniers ne pouvant intégrer une communauté d'établissements. Enfin, la convention ne possède pas de personnalité juridique, essentielle pour assurer le développement attendu de la communauté.

On doit cependant noter que **le conseil d'Etat, dans un avis du 1^{er} août 1995**, a reconnu aux établissements de santé la possibilité de choisir un support associatif pour gérer une coopération. Mais il s'est empressé de préciser, dans le même avis, qu'une coopération menée dans un cadre associatif ne pouvait pas porter sur une des missions essentielles de service public et que les responsabilités afférentes à ces missions ne pouvaient être assurées par une association.

Le Conseil d'Etat a également émis des réserves dans ce même avis sur les possibilités offertes par les GIE et GIP en indiquant que les objets de ces coopérations devaient être limités, ne pouvant porter que sur des missions périphériques des établissements de santé.

Le Conseil d'Etat préconise donc le choix du **Syndicat Interhospitalier** en indiquant qu'il doit être regardé comme « **le mode privilégié de coopération institutionnelle au sein du service public hospitalier, qui doit être préféré à tout autre** ».

En effet, le SIH semble devoir être le support le plus approprié pour soutenir les projets variés formés par les différents membres de la communauté

I Le SIH, structure crédible vis à vis des autorités de l'Etat :

1)-Ce support apporterait une lisibilité accrue à la communauté avec la nomination d'un secrétaire général du syndicat et la constitution d'un Bureau

- Un secrétaire général, ordonnateur de l'établissement, assure les missions dévolues au directeur dans les établissements publics de santé en application de ***l'article L713-8 du CSP.***¹⁹

- Un bureau, présenté à ***l'article L 6132-7 du CSP***, peut se voir déléguer certaines des attributions du conseil d'administration. Il se compose de trois à sept membres élus en son sein par le conseil d'administration.

2)-Seuls les SIH, parmi les supports juridiques évoqués, peuvent à la fois être financés par dotation globale et contracter avec l'ARH du fait de leur personnalité juridique²⁰

-Le SIH peut être financé de manière directe, concernant notamment des activités nouvelles qui deviennent dès leur mise en œuvre l'apanage du syndicat ou, de manière indirecte, par reversement par les membres du syndicat d'une partie de leur dotation globale.

- La possibilité d'une contractualisation pluriannuelle avec l'agence permet en plus d'assurer la cohérence des projets développés au vu des priorités régionales. Cette possibilité de signer un contrat d'objectif avec l'ARH est inscrite dans les textes qui notent à ***l'article L 713-8 que les sections II et III du chapitre IV du titre I du CSP sont applicables aux syndicats inter hospitaliers.*** Et ***au sein de la section I de ce chapitre, l'article L 714-4*** indique que "le conseil d'administration délibère sur le projet d'établissement y compris le projet médical et le contrat pluriannuel".

3)-La constitution d'un SIH assurerait davantage de transparence dans l'utilisation des moyens.

- Le SIH est soumis aux règles de la comptabilité publique (instruction comptable M21) et est doté d'un comptable public.

- Les crédits attribués à divers établissements, sièges des différentes coopérations, sont centralisés au sein du budget du syndicat.

- Les autorités de contrôle de l'usage des deniers publics (CRC, IGAS) examinent scrupuleusement la participation des établissements publics à des associations ou à des structures privées. Ils dénoncent fréquemment le démembrement de l'administration et les facilités que le statut associatif octroie dans le maniement de fonds publics. Le SIH est lui un établissement public.

4) La structuration en SIH permettrait enfin à la communauté d'être accréditée par l'ANAES à la différence de l'association ou du GIP.²¹

¹⁹ ***Un décret du 13 mars 2000*** est venu en outre assouplir ses règles de nomination

²⁰ Citons l'exemple du Syndicat interhospitalier de Santé Mentale de Loire-Atlantique (SISMLA). Il est financé par dotation globale, à hauteur de 30 millions de francs avec 90% de transferts des établissements membres.

II Le SIH rend possible l'adaptation nécessaire d'une structure de coopération interhospitalière.

1) Le champ de la coopération d'un SIH n'est pas fermé et recoupe en cela les domaines diversifiés sur lesquels les membres de la communauté ont décidé de coopérer.

- **L'article L 712-3-3** du CSP fixe des objectifs très généraux aux Communautés d'établissements.²² Ces objectifs sont très larges comme le confirme d'ailleurs le projet médical de la communauté. Et seul le SIH permet d'envisager une coopération aussi vaste en ouvrant la possibilité d'étendre les partenariats et les gestions en commun dans toutes les directions.

- En effet, cette modalité de coopération public-privé est la seule qui permette aujourd'hui d'assurer les missions essentielles d'un établissement de soins, définies au **chapitre premier du titre 1 du CSP aux articles L 6111-1 et L 6111-2.**

- Et **l'article L.6132-1 du code** vient compléter cette disposition en précisant que le SIH peut exercer "toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier".

2) Le SIH ouvre par ailleurs la possibilité à la communauté d'associer voire d'intégrer d'autres établissements, qu'ils soient privés ou médico-sociaux:

- Il peut être envisagé d "associer" des établissements privés au SIH. En effet, **l'article L 715-11 du CSP** ouvre la possibilité à des établissements privés non-membres du SIH de bénéficier de services communs gérés par le syndicat interhospitalier s'ils ont signé un accord en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier (après avoir passé une convention avec un organisme de sécurité sociale.) Ils n'auront pas la qualité de membre du SIH mais de client.

- **La loi du 27 juillet 1999, dite loi CMU a modifié l'article L 713-5** a également ouvert la porte des SIH aux institutions sociales et médico-sociales. Et la future loi de "toiletage" de la loi du 30 juin 1975 relative à ces institutions permettra à ces structures d'intégrer une communauté d'établissements.

3) Le SIH est constitué pour une durée illimitée à la différence, par exemple, du GIP qui a une durée obligatoirement limitée dans le temps.

²¹ Si cette possibilité n'est pas explicitement reconnue dans les textes une approche juridique par analogie permet aux spécialistes juridiques de ces questions (C. ESPER, L.HOUDART...) d'être unanimes sur ce point.

²² -favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements de moyens qu'elles impliquent;

-mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe;

-répondre aux besoins de service de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

III Le SIH garantit le respect de l'identité et de la volonté de chacun de ses membres.

1) Un engagement formalisé et maîtrisable permet le respect de l'identité et de l'autonomie de chacun des membres.

- **L'article L.6143-1-8 du CSP** indique qu'une délibération du conseil d'administration des futurs membres publics est nécessaire lors de sa création. Les organes qualifiés des autres membres doivent pareillement se prononcer. De plus, les conseils d'administration des différents établissements doivent également délibérer sur le ou les objets du syndicat, son siège et certaines modalités.

-Les CME et CTE (**articles L 714-16 et L 714-18**) des différents établissements émettent un avis sur la création du SIH avant le vote du conseil d'administration.

- Un règlement intérieur vient compléter cette démarche de création en précisant les modalités de fonctionnement de la structure.

- Le nombre et la répartition des sièges attribués aux représentants sont fixés par décisions concordantes des établissements membres.

2) Le SIH assure la représentativité de toutes les structures.

-Le SIH comprend un conseil d'administration, une CME et un CTE.

-Aucun établissement ne peut détenir la majorité absolue des sièges au conseil d'administration ou à la CME et chacun des établissements doit bénéficier d'au moins un siège à la CME.

3) Les activités de soins sont gérées pour le compte des établissements.

- **L'article 49 de la loi du 27 juillet 1999** venant compléter les textes sur les SIH et étendant le champ de leurs activités aux missions de soins ne leur a pas donné le qualificatif d'établissement de soins et n'a pas envisagé la possibilité de transferts d'autorisations des établissements vers le syndicat. Cela souligne que le syndicat est constitué et gère des activités pour le compte de ses membres.

4) Le SIH ouvre la possibilité d'une adhésion à la carte des établissements au-delà d'un noyau dur.

Les SIH peuvent être à objet unique ou à objet multiple à l'instar des syndicats de communes. Et un établissement membre n'est pas lié par l'extension du champ de coopération du SIH au-delà d'un noyau commun d'activités non définis par les textes. Le SIH préserve donc l'autonomie juridique de chacun.²³

5) Un membre peut se retirer d'un SIH sous certaines conditions.²⁴

²³ A la différence des structures de coopération intercommunale, **les SIH ne disposent pas de compétences obligatoires - Article L 6132-1 CSP.**

- Ce droit au retrait est garanti par *l'article L 6132-6 du CSP* mais nécessite le consentement du conseil d'administration du SIH. Cette disposition est destinée à empêcher des retraits circonstanciels. Encore faudrait-il s'interroger sur les raisons qui pourraient entraîner une telle éventualité alors que les instances de l'établissement auront antérieurement voté la participation de l'établissement à chacune des activités du syndicat. Ce retrait doit de surcroît faire l'objet d'un arrêté du DARH.

IV Le SIH doit pouvoir rendre plus efficace la gestion des coopérations sur le secteur sanitaire.

1) Un SIH peut détenir des autorisations de gestion d'équipements lourds à la différence de l'association. ²⁵

2) La qualité d'employeur est reconnue au SIH.

Les personnels de la fonction publique hospitalière peuvent faire l'objet soit d'une nomination directe, soit d'une mise à disposition ou d'un détachement. Pour les personnels salariés dans des établissements privés, il est possible de recourir au prêt de main-d'œuvre prévu par *l'article L 125-3 du code du travail*.²⁶

3) La constitution d'un SIH permettrait en outre de simplifier le fonctionnement actuel de la coordination de différents réseaux du secteur sanitaire.

- La possibilité de constituer un Bureau doit permettre d'alléger l'ordre du jour d'un conseil d'administration inévitablement conséquent.

- La mise en place d'un SIH entraînerait une diminution du nombre des réunions (grâce à la fusion des structures qui supportent chacun des réseaux) et donc une réduction des temps de gestion et de coordination administrative.

4) Le SIH peut enfin présenter un intérêt fiscal lors de la mise en commun de certaines activités

Certaines activités à caractère industriel et commercial doivent aujourd'hui être assujetties à la TVA même si elles sont gérées par des établissements publics pour le compte d'autres établissements publics (ex: restauration, blanchisserie). Le seul moyen de se soustraire à cette obligation est de constituer des services

²⁴ Le CH de Châteaubriant s'est par exemple récemment retiré d'un SIH de blanchisserie.

²⁵ La possibilité pour un SIH d'être détenteur d'autorisation d'activité n'est pas réglée par les textes, un peu contradictoires sur ce point. Il est en revanche certain que ni l'association ni le GIP ne le permettent.

²⁶ Concernant les personnels médicaux, le PH doit pouvoir être détaché auprès du SIH (*article 47 du décret du 24 février 1984*) ou nommé directement au SIH (mais le ministère refuse pour l'instant cette possibilité). Les praticiens exerçant en établissement privé peuvent également entrer dans le cadre des dispositions du code du travail concernant le prêt de main d'œuvre.

communs au sein d'un syndicat. Les établissements ne s'inscrivent alors plus dans une relation client-fournisseur mais deviennent partenaires dans la gestion d'un service commun et sont exonérés du paiement de cette taxe.

CONCLUSION :

C'est donc uniquement avec le SIH comme support juridique que la Communauté pourra répondre aux objectifs qu'elle s'est fixée dans sa charte constitutive et rassembler autant d'atouts permettant, aux établissements le désirant, d'approfondir la coopération sur le secteur sanitaire.

L'avis du Conseil d'Etat du 1^{er} août 1995 incitait déjà fortement les établissements à s'intéresser au SIH comme mode de coopération. Mais ce sont certainement les aménagements de **la loi du 27 juillet 1999** qui permettent aujourd'hui d'opérer une distinction très nette entre le SIH et les autres modalités envisageables.

Pour les établissements assurant le service public hospitalier, la voie est donc libre pour envisager toutes les possibilités de coopération et toutes les thématiques de négociation avec l'ARH en choisissant de se structurer en SIH. En revanche, les membres de la communauté s'enfermeraient en choisissant un autre mode de type association ou groupement.

Il convient de noter, pour compléter cette note élaborée en mai 2001, que le ministère est en train d'élaborer un décret portant diverses dispositions relatives aux établissements publics de santé qui viendra confirmer les potentialités offertes par les SIH. Ce décret permettra la mise à disposition de PH, de Praticiens Adjoints Contractuels et d'Assistants à un SIH exerçant des missions de soins et devrait donner la possibilité à un SIH de devenir détenteur d'autorisations par transferts d'une ou plusieurs autorisations détenues par un ou des établissements membres du syndicat.

Ajoutons enfin qu'un groupe de travail a été mis en place à l'été 2001 au sein de la CESEL afin de réfléchir à la faisabilité concrète d'un rattachement des réseaux existants au futur SIH communautaire. De plus, les instances de la communauté ont proposé qu'une présentation de cet outil dans un but pédagogique soit réalisée par un cadre de direction du CH de Saint-Nazaire auprès des instances des établissements qui le désireraient.

Les établissements devraient ensuite se prononcer en fin d'année sur une position de principe par rapport à la constitution d'un SIH.

L'ensemble des établissements est bien conscient de s'être engagé dans une voie d'intégration promue par l'ARH. L'obtention de moyens auprès de la tutelle passera désormais quasi nécessairement par une inscription d'un projet dans le cadre communautaire. De telle sorte que l'espace d'autonomie des établissements s'amenuise pour créer une interdépendance permettant peut-être à long terme de justifier une fusion. L'ensemble des directeurs d'établissements que nous avons rencontré est ainsi unanime sur la volonté de l'ARH et sur la très forte probabilité de voir se mettre en place, le moment venu, un hôpital de secteur. Le Directeur de l'agence a d'ailleurs confirmé cette volonté²⁷.

La prise de conscience d'un phénomène ne signifie pas qu'il est accepté. Et plusieurs de ces établissements entendent bien maîtriser le rythme et les modalités de leur rapprochement.

Enfin, si l'ensemble de ces établissements a participé jusqu'ici sans heurts et sans réserves à la construction de la communauté, les dirigeants de chacun des établissements ont effectué un calcul rationnel de mise en balance des bénéfices et des risques à chacune des étapes. La communauté avait jusqu'alors apporté les bénéfices exposés précédemment sans faire peser de contraintes majeures sur les établissements. L'intégration organique posée comme condition à la perpétuation de cette dynamique de développement rend le rapport moins favorable.

Des axes de management et de coopération à privilégier

Les dirigeants des établissements membres n'assureront le développement de la communauté sur le long terme que par un souci constant de reconnaissance de la spécialité des établissements, par la construction d'un sentiment croissant d'appartenance des personnels et enfin par le maintien de la vigilance contre tout « nazairo-centrisme ».

Concernant tout d'abord la reconnaissance de la spécialité des établissements :

La complémentarité entre les établissements du secteur est manifeste, comme cela a déjà été souligné, avec un hôpital pivot, des établissements PSPH spécialisés dans les soins de suite et plusieurs hôpitaux de proximité. Le projet médical de la communauté insiste déjà fortement sur la notion de filière de soins dans la prise en charge post-interventionnelle (soins de suite ou de rééducation puis moyen ou long séjour voire aide au retour à domicile)

²⁷ Entretien avec B.PERICARD, le 25 août 2001.

ainsi que sur la complémentarité entre la médecine de proximité et la médecine hospitalière plus spécialisée sur le CH de Saint-Nazaire. Cependant, comme l'indiquent CROZIER et FRIEDBERG²⁸, toutes les organisations ne sont pas également propices à un processus collectif de changement. Ce sont les ensembles les plus diversifiés qui y sont les plus favorables par une moindre dépendance à un domaine et donc une moins grande vulnérabilité face aux évolutions de l'environnement ou du contexte social.

Les deux établissements les plus circonspects sont les deux établissements PSPH concentrant leur activité sur le moyen séjour (le troisième établissement concentre également son activité sur les soins de suite mais dépend de la mutualité qui s'est développée dans d'autres domaines comme la chirurgie dans l'agglomération nantaise).

L'hôpital local du Croisic est l'établissement de référence du secteur en soins palliatifs. Le CH de Guérande l'est en alcoologie sans oublier Pen Bron comme référence en matière de rééducation lourde. Dans cette lignée, il semble donc que l'intégration progressive des établissements doit s'appuyer sur un renforcement de ces reconnaissances.

Ainsi, pour contrebalancer le pallier d'intégration supplémentaire constitué par la mise en place d'un SIH, des mesures de valorisation du rôle des structures de proximité nous apparaissent prioritaires :

- Travailler à la reconnaissance communautaire et au renforcement des activités de soins de suite dans les structures PSPH,
- Réfléchir à la relance d'un projet d'UPATOU saisonnière au sud et au nord du secteur sur Pornic et sur la presqu'île guérandaise,
- Faire du futur réseau gérontologique du Pays de Retz la référence du secteur en matière de prise en charge des personnes âgées.

Ensuite, plusieurs domaines d'actions pourraient progressivement contribuer à créer un sentiment subjectif d'appartenance communautaire qui, selon les bases d'un management participatif, passe par l'adhésion du personnel hospitalier dans son ensemble au projet.

Premièrement, sur le modèle du réseau COLINE dont les apports et la réussite ont fait prendre conscience au personnel médical et paramédical des atouts de la coopération, les établissements ont intérêt à favoriser l'échange d'information et la gestion d'un personnel

²⁸ M. CROZIER et E. FRIEDBERG, « l'acteur et le système ». Seuil. 1977.

commun. Le réseau COLINE a mis en place un système de correspondant hygiène dans chacun des établissements et assure de la cohérence du réseau par la diffusion d'un bulletin de correspondance et l'organisation de groupes de travail et de séminaires ouverts à l'ensemble de ces référents. De l'aveu même des directeurs d'établissements de proximité que nous avons rencontrés, ces soignants sont aujourd'hui les meilleurs promoteurs de la communauté.

La CESEL aurait donc tout intérêt à développer la gestion de personnel en commun, ce qui va peut-être débiter avec le service de suivi et de réinsertion à domicile. Le rattachement de médecins prestataires de service dans les différents établissements permettrait également de toucher un corps médical peu impliqué. D'autres services pourraient également être assez facilement communautarisés comme la médecine du travail ou le service de formation continue.

Elle devrait également développer ce sentiment subjectif d'appartenance en lançant un journal communautaire qui rendrait compte des décisions des instances, de l'avancée des travaux et présenterait les actions communes ainsi que les différents services des établissements de la communauté sur le modèle du journal interne au CH de Saint-Nazaire. Ce support papier pourrait également s'accompagner de la mise en place d'un logo et pourquoi pas d'une page web commune de présentation proposant un lien aux internautes vers les sites web des différents établissements (sur le modèle du site commun mis en place par la communauté des établissements du Gers).

Dans un autre registre et en parallèle du travail mené par les cadres soignants pour harmoniser les dossiers de soins, une harmonisation minimale des dossiers médicaux devrait rapidement être envisagée.

Des possibilités restent également ouvertes pour un élargissement des politiques d'achat groupé et de gestion logistique commune : la gestion des déchets, les transports inter hospitaliers, la syndicalisation de la gestion de la blanchisserie, l'achat en commun de médicaments.

Enfin, la mise en place d'un système d'information commun et le respect la transparence dans l'action du CH doivent également être priorités pour permettre de contenir les peurs d'un phagocytage de la structure par le CH de Saint-Nazaire et accroître ses capacités de négociation.

Quelques dispositions symboliques permettraient de rassurer les établissements de la communauté contre toute emprise nazairienne. Il s'agirait de mettre en place un secrétariat de la communauté plutôt que d'utiliser les secrétariats des structures et principalement du CH de Saint-Nazaire. Il s'agirait également de doter cette communauté d'un siège distinct des différents établissements ou tout du moins de créer une salle de réunion de la communauté. De plus, des représentants des autres établissements pourraient être invités aux Conseils d'Administration du Centre Hospitalier.

Enfin, d'un point de vue stratégique, la mise en place d'un service d'information commun en épidémiologie et analyse des flux d'activité permettrait d'optimiser les transferts de patients, de faire évoluer de manière coordonnée les capacités en lits et de ne plus être victime d'une asymétrie d'information dans les négociations avec la tutelle.

Transition

La voie ouverte par les établissements participant à cette communauté sur le secteur sanitaire n°2 de la Loire-Atlantique démontre bien comment cet outil peut concrètement amener sur le terrain les évolutions attendues par les promoteurs de l'ordonnance.

Cette monographie vient donc totalement contredire les positions nettement critiques et sans doute trop hâtives qui ont pu être formulées à l'encontre des communautés d'établissements. Ces faits viennent infirmer les conclusions avancées par Dominique MAGNE, directeur du CH du Pays d'Aix, en 1999 selon lesquelles "la communauté d'établissements est à l'évidence une coquille vide dénuée de toute capacité d'action".

Reste à s'interroger sur le fait de savoir si cette expérience nazairienne représente une exception et donc à la mettre en perspective avec l'évolution constatée sur l'ensemble du territoire national.

3 L'EXPERIENCE DE LA CESEL AU REGARD DU DEVELOPPEMENT DES COMMUNAUTES D'ETABLISSEMENTS SUR L'ENSEMBLE DE L'HEXAGONE

La position adoptée par D.MAGNE rejoignait, en les extrapolant, les doutes exprimés par de nombreux auteurs dès 1996 sur l'opportunité et surtout les chances de réussite de ce nouvel outil.

Il convient d'admettre que les communautés d'établissements ne sont toujours pas au centre des préoccupations des hospitaliers comme en atteste le faible nombre de séminaires, articles de presse ou études réalisés sur ce sujet. Monsieur J.P. RICHARD expliquait ainsi lors d'un entretien téléphonique en août 2001 que "les communautés d'établissements ne font pas courir les foules".

Cependant, le faible nombre d'écrits sur ce sujet dans les revues professionnelles spécialisées ou de colloques sur la question peut constituer un signe mais ne s'avère pas suffisant pour démontrer la faiblesse de l'enracinement.

Aujourd'hui, plus de cinq ans se sont écoulés depuis la parution des ordonnances, et il semblait donc intéressant de s'assurer de la réalité du décalage. Une analyse plus fouillée a ainsi permis de venir nuancer le tableau trop sombre qui peut en être dressé de prime abord (3-1)

Ceci donne un éclairage sur les raisons de ce développement sporadique et permet d'analyser les raisons de ce décalage; ces derniers éléments autorisant à penser que l'avenir de cet outil n'est pas derrière lui. (3-2)

3.1 LE CONSTAT GENERAL D'ECHEC DOIT ETRE NUANCE AU REGARD DES NOMBREUSES DYNAMIQUES A L'ŒUVRE AUX QUATRE COINS DE L'HEXAGONE

3.1.1 Un bilan quantitatif manifestement éloigné des objectifs des pouvoirs publics au bout de 5 ans

Le premier recensement des communautés d'établissements mises en place dans l'ensemble des régions françaises a été réalisé par le ministère de l'emploi et de la solidarité et publié en décembre 1998²⁹. Dans un objectif de transparence, le ministère a souhaité publier un atlas des opérations de recompositions à l'œuvre sur le territoire à partir d'informations recueillies auprès de chacune des ARH.

Les communautés d'établissements, mises en place, ou en cours de formation, au mois d'octobre 1998 y étaient ainsi présentées par région.

Cet atlas permettait déjà d'anticiper sur le constat d'un premier échec sur le terrain de la logique communautaire. A six mois de l'échéance fixée par les ordonnances, seules 46 communautés avaient été formées ou étaient en cours de formation sans que le document ne donne de précisions sur le stade d'avancement de cette constitution.

Comparé aux 150 secteurs sanitaires, ce chiffre parle de lui-même. Moins d'un tiers des secteurs sanitaires comptait donc une communauté ou un projet de communauté rassemblant les établissements participant au service public à la fin de l'année 1998. Et ce petit tiers ne correspondait pas au tiers du territoire puisque nombre de ces communautés avaient été constituées entre deux à trois établissements seulement et ne couvraient pas l'ensemble des zones sanitaires en question.

En fait, à la fin de l'année 1998, seules quinze communautés nées ou en cours de constitution prenaient pour contour un secteur sanitaire !

²⁹ Cartes régionales sur la recomposition hospitalière de l'offre de soins – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.

On pourrait certes arguer du fait que l'ordonnance ne fait pas une référence dogmatique aux secteurs sanitaires en laissant la porte ouverte à la constitution de communautés sur des "Pays". Seulement la lecture des SROS a permis de constater qu'il est fait référence dans la très grande majorité d'entre eux à divers concepts géographiques pour justifier du découpage des secteurs sanitaires. Ainsi, en fonction des régions, les secteurs ont été dessinés selon des bassins de vie, des aires de chalandises, des bassins d'emploi ou ont pu être constituées autour des « Bourgs attractifs » (concepts tirés des documents de l'INSEE ou du CREDES). Les secteurs auraient donc du devenir, le plus souvent, les limites des communautés d'établissements...

Depuis, un nouveau recensement a été mené par la DHOS et un nouvel Atlas va être édité. Ce nouveau bilan des opérations de recompositions hospitalières, communiqué avant sa parution pour les besoins de ce mémoire, porte sur la période novembre 1998 – juillet 2000.

Le premier atlas pouvait amener à douter de l'impact de la réforme et ce second document est venu confirmer cette impression.

A l'été 2000, soit plus de quatre années après l'adoption de l'ordonnance fondatrice, le ministère n'a recensé que 111 communautés ou projets de constitution de ce type de structure.

Et sur ces 111 communautés, 24 sont en projet. Pour ces dernières, aucun acte juridique (délibération de conseil d'Administration, charte non agréée...) ne serait encore intervenu mais l'opération en projet aurait « une publicité suffisante » pour reprendre les termes employés dans l'atlas. Néanmoins, la comparaison que nous avons menée entre les deux atlas permet de constater que certaines communautés recensées en 1998 sont encore présentée comme des communautés en projet dans l'atlas 2000 !

Ensuite, les communautés prenant au moins les contours d'un secteur sanitaire (au moins car la communauté des établissements du littoral Nord – Pas de calais couvre 3 secteurs sanitaires à elle seule) ont pu être comptabilisées. Il peut en être recensées 40 parmi les 87 communautés déjà constituées (les 111 moins les 24 en projet).

En pariant sur le futur, en incluant dans ce décompte les dix communautés en constitution qui doivent se structurer à l'échelle d'un secteur sanitaire, le total ne s'élève qu'à 50.

Ainsi, près de 5 années après la publication de l'ordonnance, et près de deux ans après l'échéance fixée par cette même ordonnance, les établissements assurant le service public

sur un secteur ne sont tous rassemblés au sein de communautés d'établissements que sur un tiers du territoire national.

De surcroît, plusieurs éléments, même s'ils sont parcellaires, permettent de douter de l'effectivité de la coopération et du travail au sein de l'ensemble de ces communautés.

Premièrement, seule la moitié des chartes des communautés analysées dans le cadre de ce mémoire prévoyait, à ce stade, un échéancier de mise en œuvre des projets.

En outre, les indications du nouvel atlas, qui ne font que reprendre les informations transmises par les ARH, demeurent le plus souvent très vagues quant aux objectifs et aux actions de ces communautés. Certes, nombre des communautés présentées viennent d'être lancées dans l'année précédente ou au cours de l'année du recensement. Mais la lecture de la présentation des communautés déjà référencées dans le premier atlas, et donc constituées depuis au moins deux ans, laisse penser que certaines de ces communautés seraient des « coquilles vides » comme l'ont souligné plusieurs interlocuteurs et notamment madame JACQUELIN-GRIMONPREZ, ancienne responsable adjointe du bureau O3 à la DHOS et qui a coordonné le travail sur cet atlas.

Concernant par exemple la communauté des établissements publics du Cher dont la charte a été signée à l'automne 1998, l'atlas explique encore en 2000 que les établissements membres de cette communauté «se donnent des objectifs, très vastes, de la mise en cohérence des projets d'établissement, de développement du fonctionnement en réseau ou d'harmonisation des méthodes de gestion », sans pouvoir donner une quelconque indication sur des avancées concrètes.

La communauté des établissements du secteur n°1 de la Loire-Atlantique dont le CHU de Nantes est le pôle de référence, mérite également un coup de projecteur. Une communauté embrasse les contours de ce secteur depuis juillet 1998. Cette communauté s'est fixée pour objectif une réflexion dans les domaines suivants :

- filières et réseaux de soins,
- coopérations médicales et soignantes,
- coopération dans les domaines médico-technique, de l'ingénierie, des dispositifs de vigilance et des systèmes d'information.

Cette communauté s'est en fait transformée en forum de discussion et d'échange et n'a, de l'aveu même de plusieurs des intéressés et notamment le directeur des cliniques mutualistes de Loire-Atlantique³⁰, rien apporté de constructif pour le secteur.

Enfin, un dernier facteur vient encore réduire l'impact de la réforme et donc renforcer l'impression de décalage déjà perceptible entre le développement de la communauté sur le secteur sanitaire de Saint-Nazaire et l'évolution des communautés sur l'ensemble du territoire. Il convient en effet de mettre à part les communautés constituées entre deux établissements. Quelque soit le degré d'effectivité de ces « mini-communautés », elles ne peuvent être classées parmi les espaces de coopération et de rapprochement susceptibles de devenir les socles d'une nouvelle organisation territoriale des soins.

Que ces communautés bilatérales soient des instances préalables à un rapprochement institutionnel ou qu'elles constituent un pis-aller après l'échec d'une fusion, elles ne font qu'habiller une coopération bilatérale des plus classiques entre deux structures. L'atlas 2000 en recense une dizaine.

3.1.2 La CESEL n'est qu'un exemple avancé d'une dynamique plus large de communautarisation

Les communautés ne couvrent donc pas les 150 secteurs sanitaires que compte la France. Une dynamique de décloisonnement et de territorialisation du service public est néanmoins à l'œuvre et permet clairement d'atténuer ce constat.

Il convient tout d'abord de revenir sur le bilan chiffré dressé précédemment pour mentionner un certain nombre d'aspects positifs et en retirer quelques espoirs.

Premièrement, le chiffre de 111 communautés montre une progression tout de même sensible par rapport à 1998, le nombre d'entités ayant plus que doublé.

De plus, si seulement un tiers des secteurs sanitaires est intégralement couvert ou devrait l'être prochainement, plusieurs communautés d'établissements rassemblent un nombre conséquent d'établissements ou couvrent un territoire assez vaste, sans épouser les limites d'un secteur. Ces communautés entrent dans le cadre conceptuel que nous avons défini autour de la notion de pays sanitaire.

³⁰ Entretien avec M. FOGERON, directeur des cliniques mutualistes de Loire-Atlantique

L'exemple de la Bourgogne est à cet égard édifiant. Dans cette région, l'ensemble des établissements publics et PSPH participe à une communauté d'établissements et chaque secteur sanitaire compte deux communautés. Ces secteurs sont trop vastes pour être considérés comme des aires de coopération rapprochées pertinentes. Ces communautés constituent donc les 9 pôles sanitaires identifiés dans le SROS II de Bourgogne sans tenir compte des limites des secteurs sanitaires.

Ensuite, certaines communautés ne couvrent pas l'ensemble de leur secteur mais sont souvent appelées à s'étendre lorsqu'elles s'inscrivent dans une vraie logique communautaire. Ainsi 12 des communautés recensées en 1998 ce sont assez largement étendues et sept d'entre elles couvrent désormais leur secteur sanitaire. L'atlas 2000 confirme d'ailleurs cette tendance puisque 3 des 24 communautés en projet correspondront à l'extension à l'échelle du secteur sanitaire d'une communauté en place.

Ce bilan quantitatif ne correspond donc pas aux attentes de l'ordonnance mais montre que les communautés sont devenues ici et là les espaces d'une dynamique sanitaire des territoires. D'ailleurs, plus une région française n'échappe à cette tendance, quand cinq régions et non des moindres (Rhônes-Alpes, Ile de France ou encore Aquitaine) ne comptaient aucune communauté lors du premier recensement.

Et il ne reste que quatre régions (Corse, DOM et Ile de France mises à part) dont aucune communauté n'épouse ou presque les limites d'un secteur entier : la Champagne-Ardenne, la Lorraine, La Franche-Comté et le Limousin.

Enfin, pour clore cette appréciation quantitative du phénomène, il convient de souligner que des données mises à disposition sur Internet nous ont permis de constater que le mouvement d'extension des communautés se poursuit. Une nouvelle communauté a par exemple été constituée début 2001 par tous les établissements du secteur sanitaire du CHU de Montpellier et une autre communauté a vu le jour en juillet sur l'agglomération Lyonnaise, afin d'y développer la coordination en cancérologie.

Ensuite, sur le plan de l'aménagement du territoire, un certain nombre de communautés ont su repousser les limites administratives qui s'imposaient jusqu'ici. Certes, quelques établissements de santé s'étaient affranchis des limites sanitaires pour parvenir à une fusion. Mais il s'agissait d'opérations favorisant une rationalisation de l'offre de soins et non le rattachement d'une portion de territoire à la logique de projet d'un territoire voisin. Le précédent créé par les collectivités territoriales au travers des pays et les réalités de terrain

ont ainsi déjà rapproché des établissements dans le cadre communautaire. Dans d'autres cas, des discussions sont envisagées.

Certaines communautés se sont ainsi constituées à partir d'établissements implantés dans des départements différents. On peut citer l'exemple de la communauté des pays de Cévennes (Hérault) et Hauts Plateaux (Gard) ou encore celui de la communauté constituée autour des établissements d'Autun (Saône et Loire), Château-Chinon et Montceau-les-Mines (Nièvre). Là, l'autorité sanitaire régionale est identique et la révision des limites des secteurs sanitaires pourra être envisagée facilement.

Mais cette logique des pays sanitaires est susceptible d'appeler d'autres évolutions quand la communauté se constitue entre des établissements relevant de régions différentes. C'est le cas, par exemple, pour les communautés d'établissements constituées entre les CH de Gisors, Vernon (Haute-Normandie) et de Pontoise (Ile de France) ou entre l'HL de Verneuil-sur-Avre (Haute-Normandie) et le CH de Dreux (Centre). Soulignons d'ailleurs que phénomène n'est ni marginal ni cantonné à une région où une ARH serait plus audacieuse. Ainsi, l'hôpital de Mamers (Pays de la Loire) envisage de participer à la communauté des établissements du pays d'Alençon (Basse-Normandie) et l'HL de Mauléon a déjà demandé aux deux ARH des Pays de la Loire et de Poitou-Charentes son adhésion à la communauté Mauge-Bocage-Choletais.

D'un point de vue qualitatif maintenant, la CESEL est bien la seule communauté de secteur en France qui se soit dotée d'un projet médical de communauté. Mais sa singularité s'arrête là.

En effet, elle n'est tout d'abord pas la seule communauté ayant choisi de se doter de la personnalité juridique. Quatre autres communautés ont déjà fait ce choix. Il s'agit de :

- la Communauté d'établissements du secteur Estuaire en Haute-Normandie rassemblant l'ensemble des établissements du secteur sanitaire au sein d'un SIH,
- la communauté des établissements de Lillebonne, Bolbec et Saint-Romain de Colbosc en Haute Normandie qui s'appuie également sur un SIH,
- et de la communauté d'établissements du Pays d'Aix-en-Provence qui a elle aussi choisi de se structurer en SIH.

R. CAILLET et B. DELAETER avaient donc eu une bonne intuition dès 1996³¹ en estimant que «l'intérêt du SIH, à savoir son adaptabilité à une multiplicité d'objectifs de gestion, pourrait être relancé par la formule des communautés d'établissements...»

De plus, la CESEL n'est pas la seule communauté ayant réellement engagé des actions concrètes d'harmonisation des pratiques, de constitution de services communs ou de filières de soins organisées.

En effet, dans le cadre de la présentation de chacune des communautés existantes, l'atlas des recompositions actualisé évoque la mise en place de groupes de travail, d'actions communes ou de services communautaires un peu partout en France.

Ainsi, la communauté des établissements du secteur n°1 du Finistère a déjà mis en place des groupes de travail dans cinq domaines de coopération et un programme d'action y est en cours de constitution ; sur le secteur sanitaire de l'Indre, des coopérations sont déjà engagées dans divers domaines médicaux et logistiques ; la communauté qui couvre le département du Gers s'est dotée d'une équipe mobile spécialisée en soins palliatifs ; la communauté du secteur sanitaire n°8 de la région Nord-Pas de Calais a mis en place des groupes de travail dès 1998 pour réfléchir à une politique commune en soins de suite et en imagerie...

D'autres exemples permettent d'ailleurs d'approfondir la comparaison de la CESEL avec quelques autres communautés «actives » de l'Ouest de la France qui présentent des similitudes avec la CESEL.

La communauté des établissements du secteur n°2 du Finistère se compose du CHIC de Quimper, du CH de Douarnenez, du CH de Carhaix Plou Guer et du CHS de Quimper et de deux établissements PSPH installés à Pont l'abbé et Saint-Yvi. Cette communauté, la première de Bretagne, dont les établissements membres avaient voté la constitution dès mai 1997, a mis en place des instances qui se réunissent de manière très régulière et a choisi de se reposer sur chacun des établissements pour sa gestion. Ainsi, chaque projet est piloté par un établissement et les réunions se tiennent à tour de rôle dans chacun des établissements.

³¹ R. CAILLET et B. DELAETER : « Comprendre la réforme hospitalière du 24 avril 1996 », Lille . ASHEPS Edition. 1996.

Des plans d'action et un rapport d'activité médicale communautaire sont établis chaque année et cette communauté se montre particulièrement dynamique. Cette année, l'ARH lui a attribué des moyens pour la mise en place d'une équipe communautaire de soins palliatifs. Antérieurement, des contrats relais ont été signés entre les urgences du CH de Quimper et les établissements de la communauté sièges d'UPATOU. De plus, un réseau a été mis en œuvre en cancérologie et une cuisine inter-hospitalière devrait bientôt voir le jour.

La communauté du secteur n°2 du Maine et Loire (Mauges-Bocage-Choletais) peut également être abordée. Elle regroupe elle aussi l'ensemble des établissements publics et PSPH de son secteur sanitaire à savoir le CH de Cholet, deux hôpitaux locaux et trois établissements PSPH spécialisés en soins de suite. Le Directeur de l'ARH a récemment demandé aux établissements de produire un projet médical de soins de suite, mais les établissements gèrent déjà en commun une assistante sociale qui partagent son temps entre l'ensemble des établissements et les établissements attendent le financement d'un poste d'ergothérapeute sur le même mode. Les hôpitaux locaux du secteur ont également profité de ce nouveau cadre pour recruter un pharmacien commun et la communauté se lance maintenant dans un dossier de coordination des urgences entre le CH et les hôpitaux locaux.

Enfin, il est également intéressant de faire un parallèle entre la CESEL et la communauté des établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise (CEGAR). Cette communauté a pris la suite d'une association de cinq établissements de l'agglomération rouennaise à savoir le CHU de Rouen, trois CH et un centre médico-social PSPH, les partenaires souhaitant franchir une étape supplémentaire dans la constitution d'un réseau.

Le but de cette communauté est d'améliorer et d'harmoniser la prise en charge des personnes âgées sur l'agglomération. Plusieurs instances ont également été mises en place. Notons que le Conseil de communauté rassemble des élus, des médecins mais également des cadres soignants et des représentants des usagers et, qu'à côté d'un classique conseil de direction, on trouve un conseil scientifique et technique qui rassemble toutes les personnes intéressées par les travaux de la CEGAR.

Un projet médical commun est aujourd'hui validé, et dès 2000, des crédits propres à la CEGAR ont été attribués par l'ARH pour le financement de deux postes partagés entre les différents établissements : un poste d'ergothérapeute et un poste d'assistante sociale. Un temps d'infirmier hygiéniste a également été obtenu par chaque établissement.

De plus, un référentiel d'examens cliniques commun a été réalisé ainsi que des protocoles de soins communs. La CEGAR travaille enfin aujourd'hui à la création d'un centre d'évaluation gérontologique commun et à la mise en place de centres experts Alzheimer.

Un dernier point positif doit être mentionné : le développement des communautés favorise en effet comme prévu le décloisonnement dans une logique d'amélioration de la prise en charge de la population sur un bassin de vie.

Des établissements médicaux-sociaux sont donc aujourd'hui devenus des "membres associés" dans de nombreuses communautés. Deux exemples :

- la communauté du châlonnais (autour de Chalon sur Saône), en Bourgogne, qui associe quatre maisons de retraite,
- la communauté des établissements de santé du secteur sanitaire n°6 (autour du CHU de Saint-Étienne), en Rhône Alpes, qui vise à apporter une réponse adaptée aux besoins de proximité non satisfaits dans le secteur médico-social, notamment pour les personnes âgées et les handicapés et a associé cinq établissements médico-sociaux.

Dans un autre registre, la communauté d'établissements actuellement en cours d'élaboration autour du CHU de Bordeaux accueillera comme membre associé l'hôpital d'instruction des armées R.Picqué.

3.2 L'ANALYSE DES FACTEURS DE REUSSITE DE LA CESEL PERMET DE COMPRENDRE CE BILAN CONTRASTE ET DE DRESSER DES PERSPECTIVES

3.2.1 La CESEL : la réussite dans un contexte local et régional ou l'impossible modélisation

La CESEL participe donc d'un mouvement national de coopération et de décloisonnement au travers des communautés. Néanmoins, cette communautarisation se caractérise par son développement sporadique sur le territoire. Les communautés, qui par endroit portent totalement leurs fruits, ne sont même pas en projet sur d'autres portions du territoire.

La CESEL a donc bénéficié, à n'en pas douter, de facteurs favorables. L'effectivité d'une telle communautarisation à l'échelle d'un secteur sanitaire ou d'un pays n'est en effet possible que lorsque concordent deux facteurs cumulatifs.

Premièrement, un contexte local propice au développement de la coopération entre les établissements

Il faut tout d'abord reconnaître que les communautés les plus avancées en terme de structuration juridique ou d'actions concrètes s'appuient sur des caractéristiques géographiques et sanitaires communes.

Tout d'abord, l'espace géographique couvert par ces communautés est souvent assez réduit.

Les secteurs sanitaires sur lesquels se sont développées la CESEL, la communauté Mauges-Bocage-Choletais, la communauté du secteur n°2 du Finistère (autour du CH de Quimper) ou encore la communauté de l'estuaire de la Seine (organisée autour du CH du Havre) font plutôt partie des secteurs sanitaires les moins étendus en France.

La CEGAR et la communauté du Pays d'Aix présentent les mêmes caractéristiques, la première couvrant une agglomération quand la deuxième délimite un Pays qui ne s'étend que sur la partie nord du secteur sanitaire Bouches du Rhône Ouest³².

Le secteur sanitaire de Saint-Nazaire, représente par exemple un des secteurs sanitaires les moins étendus de l'hexagone. Il ne s'étend que sur une longueur de 80 kilomètres et sur un espace d'environ 1500 km².

Cette donnée revêt certainement une importance capitale dans le sens où les liens de proximité sont plus forts et les rencontres facilitées. Plus l'espace couvert par la communauté est réduit, plus le sentiment subjectif d'appartenance à un groupe commun sera partagé et plus les flux de patients et les problématiques sanitaires seront identiques.

A l'inverse, le directeur adjoint du CHU de Nantes chargé des coopérations explique que l'éloignement géographique des établissements devant coopérer dans le cadre de la

³² voir carte des secteurs sanitaires en France en annexe 5.

communauté constituée sur le secteur n°1 de Loire-Atlantique agit comme une force centrifuge³³.

Cela étant, cette proximité caractéristique fait revenir à la définition première de la communauté et à son ambivalence entre identité commune et altérité. En effet, plus un établissement est géographiquement proche, plus la recherche d'une distinction et plus la crainte d'une absorption pour les petites structures seront importants.

Ces communautés dynamiques s'appuient donc également sur un contexte de complémentarité assez évidente entre établissements et se développent donc dans un contexte plutôt non concurrentiel.

Le schéma idéal du secteur de Saint-Nazaire où le centre hospitalier de référence n'est entouré que d'établissements PSPH ou d'hôpitaux locaux se reproduit par exemple autour de Cholet.

Le même constat peut être fait, de manière plus mesurée, dans les autres communautés mises en exergue. Ainsi, si le CH de Quimper n'est pas le seul établissement pratiquant des activités de MCO sur son secteur, il possède plus de la moitié des lits de court séjour et ne pourrait réellement entrer en concurrence qu'avec le CH de Douarnenez puisque les autres établissements sont : un établissement PSPH spécialisé en soins de suite, un centre hospitalier de proximité assez éloigné à Carhaix et enfin un CHS.

L'analyse du développement des communautés en Pays de la Loire que fait le directeur de l'ARH³⁴ s'appuie sur ce constat. Il explique ainsi pourquoi les communautés des secteurs de Cholet et de Saint-Nazaire sont les plus avancées. Ces communautés s'appuient en effet sur « un leader naturel et des sujets de coopération ou d'harmonisation bien identifiés : soins de suite, gériatrie, vigilance, hygiène... ».

Et il oppose ainsi ces communautés à celles qui ont été mises en place dans quatre autres secteurs et où les activités de chirurgie et d'obstétrique ne sont pas concentrées.

Dans les communautés mises en place sur les secteurs de la Mayenne et la Sarthe, plusieurs CH (respectivement 3 et 7) pratiquent des activités de MCO. C'est dans ces domaines que la mise en place d'une communauté serait donc la plus utile. Mais c'est

³³ Séminaire du 20 juin 2001 entre les équipes de direction du CH de Saint-Nazaire et du CHU de Nantes. Voir carte en annexe 5.

³⁴ Entretien avec B. PERICARD, le 25 juillet 2001.

également dans ce domaine que les relations de concurrence et les craintes d'être phagocyté par l'établissement de référence sont les plus exacerbées.

Enfin, un troisième élément local revêt une importance majeure. Il s'agit de la volonté des acteurs de coopérer. Car un contexte géosanitaire favorable, entre cohésion territoriale et complémentarité sanitaire, favorisera la constitution d'une communauté mais n'entraînera pas obligatoirement d'élan.

Ainsi, la majorité des directeurs des établissements du secteur de Saint-Nazaire expliquent que cette communauté a été portée par le directeur du CH de Saint-Nazaire, Y. MORICE. Son objectif premier était certainement de garantir par ce biais la pérennité du secteur sanitaire de l'estuaire de la Loire que B. PERICARD souhaitait remettre en cause à son arrivée à la tête de l'ARH des Pays de la Loire en 1996.

De même, la communauté Mauges-Bocage-Choletais doit beaucoup à l'arrivée d'un nouveau directeur, M. DECOUCUT, au CH de Cholet. La mise en place de cette communauté a été son premier chantier.

Enfin, il convient de remarquer que les centres hospitaliers de Quimper, d'Aix en Provence ou du Havre, pôles de référence de communautés dynamiques, ont à leur tête des directeurs qui se sont engagés publiquement pour le développement d'une prise en charge sanitaire mieux coordonnée à l'échelle d'un bassin de vie.

M. OLLIVIER, directeur du CH de Quimper, est membre du bureau de la Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers, qui a été taxée de « concentrationniste » en la matière, et a très bien développé sa philosophie d'ouverture dans les revues professionnelles³⁵.

M. MARTINEZ, directeur du CH de Havre, et membre de la FHF, a ainsi publié un article en ce sens (article auquel il a déjà été fait référence dans la première partie de ce mémoire)³⁶.

Enfin, D.MAGNE, directeur du CH du Pays d'Aix a totalement changé de point de vue (cf. introduction de la troisième partie) sur les communautés d'établissements puisque l'établissement qu'il dirige représente le pivot d'une des seules communautés qui se soient dotées de la personnalité juridique. Cela étant, cette critique hâtive des communautés déjà abordée s'inscrivait dans un plaidoyer pour un établissement sanitaire de secteur...

³⁵ DH magazine, août-septembre 1998, p 29.

³⁶ J. MARTINEZ., Gestions Hospitalières, juin – juillet 2001, p 470-472.

Soulignons enfin que le volontarisme de quelques directeurs se doit d'être relayé par d'autres corps professionnels et notamment par le corps médical si l'on souhaite que ces communautés deviennent autre chose que des enveloppes sans vie.

C'est ainsi que la CESEL a dû attendre l'investissement des médecins pour parvenir à mettre en place un projet médical de communauté. Comme l'explique le président de la CME du Centre Hospitalier³⁷, une minorité agissante de médecins ne s'est investie dans la communauté qu'après en avoir véritablement réalisé les bénéfices concrets. Il leur a fallu apprécier l'utilité de la fiche de liaison infirmière, l'efficacité du réseau COLINE et entendre le directeur de l'ARH proposer des crédits pour les projets médicaux développés dans le cadre communautaire pour accepter l'idée que la communauté d'établissements n'était pas uniquement l'apanage des directeurs.

Deuxièmement, une ARH qui incite au développement des communautés.

La première partie de ce mémoire a expliqué comment les pouvoirs publics espéraient parvenir à une planification concertée en faisant des communautés un espace de concordance entre les projets communs des établissements et les objectifs du SROS.

Cependant, force est de constater à la lecture des schémas régionaux adoptés en 1999 que les services déconcentrés de l'Etat, et surtout les ARH, n'ont pas fait des communautés la pierre angulaire de leur politique de modélisation du paysage sanitaire régional telle que l'envisageaient les pouvoirs publics au travers des ordonnances.

Une lecture attentive de 16 des 22 SROS dits "de deuxième génération"³⁸ établis pour la France métropolitaine permet ainsi d'affirmer d'emblée que l'objectif d'une couverture quasi intégrale du territoire par les communautés d'établissements après les trois années laissées aux établissements était clairement compromis dès 1997.

Un certain nombre de SROS fondent une partie de leurs objectifs d'organisation de la prise en charge par bassin de vie dans un cadre communautaire.

Les SROS portant sur les régions de Bretagne, de Bourgogne, du Centre, du Poitou-Charentes, des Pays de la Loire et de Haute-Normandie s'inscrivent en effet dans l'esprit des ordonnances.

³⁷ Entretien avec M. PIOCHE, le 26 juin 2001.

³⁸ Ce chiffre ne correspond pas à une sélection mais au nombre de schéma auquel nous avons pu avoir accès.

Ainsi, le SROS du Poitou-Charentes explique-t-il par exemple "qu'au sein de bassins de complémentarité, correspondant au secteur sanitaire, zone géographique homogène quant aux habitudes de vie et à l'attraction des établissements, les EPS et les établissements PSPH, doivent donner vie aux Communautés d'Établissements en élaborant des projets de santé, en proposant des financements communs et en privilégiant une logistique commune".

Mais la grande majorité de ces schémas ne font pas référence en ces termes aux communautés d'établissements.

On trouve ainsi des SROS dans lesquels les communautés d'établissements ont été rangées dans le panel des modalités de coopération à disposition des établissements, ce qui leur fait perdre leur dimension symbolique et planificatrice. C'est par exemple le cas pour les SROS de Rhône-Alpes, d'Ile de France ou du Limousin.

Le SROS de Rhône Alpes indique ainsi, après avoir explicité son "principe organisationnel de la région en pôles sanitaires," que "les modalités de mise en œuvre des coopérations passent obligatoirement par le recours à des "outils" prévus par la réglementation, comme les communautés d'établissements, les SIH, les conventions, les GIP, les GIE, les GCS ou les réseaux de soins...".

Un dernier ensemble de SROS passe même quasiment sous silence la problématique de la complémentarité et de la coopération entre établissements. Les communautés d'établissements n'y sont donc même pas citées. C'est par exemple le cas dans les SROS des régions Aquitaine, Auvergne et Lorraine.

Et Il faut souligner que les communautés qui ont pu être prises comme référence tout au long de ce mémoire (parce qu'elles ont mené des actions concrètes, se sont ouvertes à d'autres types d'établissements, couvrent l'intégralité d'une région ou se sont dotées de la personnalité juridique) ont, dans leur quasi intégralité, été mises en place dans des régions dont les SROS font des communautés un des supports primordiaux de la recomposition du tissu hospitalier.

Ainsi, plus de 40 des 111 communautés constituées ou en cours de constitution se trouvent concentrées dans les six régions que nous avons identifiées : Bourgogne, Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Pays de la Loire et Poitou-Charentes.

Et pour obtenir confirmation de cette différence d'approche, l'élaboration d'un questionnaire envoyé à toutes les ARH est apparue intéressante³⁹. Six ARH ont répondu : Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Poitou-Charentes et Languedoc-Roussillon. Mais le travail de recherche mené en parallèle a permis de compléter la comparaison avec l'approche des ARH des Pays de la Loire, de Poitou-Charentes et de Haute-Normandie. Ce travail ne visait pas l'exhaustivité mais cherchait à démontrer la persistance d'un décalage dans l'approche des communautés par les ARH.

Et les résultats de cette recherche sont venus confirmer les différences d'approche de trois points de vue :

Premièrement, les ARH ont adopté des attitudes différentes par rapport à l'obligation légale qui était faite aux établissements de s'inscrire dans une communauté. L'ARH de Poitou-Charentes a ainsi demandé aux établissements du secteur non dotés d'une communauté de justifier leur situation. L'ARH d'Auvergne a inscrit cette obligation d'adhésion dans les contrats d'objectifs et de moyens tandis que les ARH de Languedoc-Roussillon ou de Basse-Normandie n'ont jamais contraint les établissements.

Ensuite, le questionnaire confirme que certaines ARH continuent de voir la communauté comme un outil supplémentaire de coopération de type conventionnel (exemple de l'ARH d'Auvergne) quand d'autres l'interprètent comme un cadre dans lequel les établissements s'engagent à coopérer entre eux, à l'appui de supports comme les conventions, les SIH ou les GIP.

Enfin, les incitations au développement des projets communautaires par le biais de financements spécifiques correspondent à la politique menée, par exemple, en Poitou-Charentes ou en Pays de la Loire, alors que l'ARH de Basse-Normandie a répondu qu'elle ne l'envisageait pas pour le moment.

³⁹ Voir annexe 6.

3.2.2 Le développement contextuel des communautés n'obère pas l'avenir de cet outil.

La mise en avant des contextes locaux et régionaux démontre la fragilité du processus de communautarisation de l'offre de soins hospitalière dans le sens où elle rend plus difficile son extension à l'ensemble du territoire national. Est-ce à dire cependant que l'absence de l'un de ces deux facteurs rend impossible ou inutile la mise en place de communautés dans les zones non encore couvertes ?

La réponse à cette question s'avère négative pour trois raisons.

Premièrement, il faut laisser du temps aux acteurs de terrain pour s'approprier un nouvel outil

Il est tout d'abord possible de faire référence aux oppositions conceptuelles mises en évidence par le sociologue Ferdinand Tönnies au début du siècle. Ce dernier distingue le concept de société fondé sur des lois écrites et des contrats rationnels et celui de communauté qui repose sur des liens organiques, affectifs et spirituels. Max WEBER en tire les concepts de « communalisation », comme relation sociale fondée sur le sentiment subjectif d'appartenir à une même communauté et de « sociation », relation sociale fondée sur un compromis ou une coordination d'intérêts motivés rationnellement.

Et si Max WEBER explique que toute sociation tend vers la communalisation, cela demande inévitablement du temps et la construction d'une relation de confiance, d'écoute et de dialogue constante. Le chemin pourra être long pour des établissements regardant jusqu'ici leurs voisins comme des concurrents.

Mais l'existence de communautés aujourd'hui inopérantes n'induit pas qu'elles demeureront toujours un simple forum de discussion et qu'elles n'ont pas favorisé des rapprochements internes plus ponctuels ou plus limités qui sont difficilement quantifiables.

Il faut laisser le temps aux acteurs car les rapprochements de s'imposent pas. Comme le rappelle très justement C.EVIN⁴⁰ le rapprochement entre structures "relève plus d'un travail de conviction que de la contrainte". Les ARH les plus volontaristes usent, nous l'avons vu, de différents moyens pour encourager les établissements à s'inscrire dans une communauté d'établissements. Mais comme l'explique l'ARH d'Auvergne qui incite les établissements à

⁴⁰ Entretien avec C.EVIN, le 29 mai 2001.

se rapprocher dans le cadre des communautés, « seule la dynamique des acteurs est un gage d'efficacité ».

On ne se situe pas ici dans une démarche tutélaire et « descendante » mais bien dans une logique « ascendante »⁴¹. La communauté d'établissements correspond plutôt à une réponse du terrain aux besoins de santé de la population grâce au renforcement de rapports pacifiés entre les protagonistes sur une temporalité longue.

Deux exemples viennent illustrer cette idée.

La communauté des établissements du secteur de Nantes, pointée du doigt pour son incapacité à faire émerger de véritables coopérations ou filières de soins après plus de deux ans d'existence, est en train d'évoluer sous une certaine pression du directeur de l'ARH. Les établissements ont ainsi décidé de maintenir une supra-communauté de concertation et de créer trois sous-communautés thématiques particulières visant à mettre en place deux filières de soins en gériatrie et en soins de suite, la troisième rassemblant exclusivement les établissements de court séjour.

La communauté réunissant tous les établissements publics du secteur sanitaire n°7 de Basse-Normandie, appelé Alençon-Perche-Ouche, ne s'est développée qu'entre les deux recensements du ministère dans une des régions où l'ARH ne se montre pas incitative avec, en plus, la caractéristique de comprendre trois établissements assurant une activité de MCO.

Deuxièmement, il faut distinguer différents types de communautés

Il faut également admettre que le schéma de principe des communautés de secteur, « exceptionnellement » transposable aux « Pays » selon l'ordonnance, n'est pas adapté à toutes les réalités de terrain.

La communauté de secteur, telle la CESEL, représente un idéal-type nécessitant, nous l'avons vu, des conditions particulières. La communauté de secteur comme nouvel espace de planification et de complémentarité restera donc longtemps théorique dans certaines zones.

⁴¹ P. MOSSE, N. GERVASONI et M. KERLEAU, « les restructurations hospitalières ; acteurs, enjeux et stratégies », septembre 1999, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

Le développement d'une vraie logique communautaire active passe donc par la reconnaissance d'une typologie des communautés, à l'instar du mouvement intercommunal dans lequel on peut distinguer les communautés de communes, les districts, les communautés de villes et les communautés urbaines.

Premièrement, on doit mentionner l'«idéal-type» des communautés de secteur qui a déjà fait l'objet de nombreux développements et dont l'avenir posera certainement la problématique de son articulation avec les Conférences Sanitaires de Secteur.

Deuxièmement, le cadre des communautés d'établissements doit pouvoir servir de substitut à la recomposition dans une logique d'aménagement du territoire en milieu rural.

L'exemple du bassin de santé intercommunal Ganges – le Vigan qui correspond au périmètre du pays des Cévennes et Hauts plateaux peut être cité. Il fait l'objet d'un traitement spécifique au titre d'une zone rurale très enclavée donnant lieu aux exceptions en matière de création de service d'urgence et de rééducation fonctionnelle. Six établissements publics ou PSPH de taille modeste ont ainsi pu unir leurs efforts au travers d'une communauté d'établissements pour couvrir les besoins des 40 000 habitants du pays.

Les communautés d'établissements urbaines et mono-thématiques représentent le troisième type de communautés. Elles se développent essentiellement dans les grandes agglomérations où sont implantées les CHU. Il est en effet assez difficile d'inscrire ces établissements si différents dans leur taille et dans leurs fonctions au sein de communautés de secteurs à même de couvrir tous les champs de la prise en charge. Ainsi, en dehors des CHU de Poitiers, de Montpellier et de Tours qui participent à des communautés de secteur, les autres CHU sont souvent inscrits dans des communautés thématiques. L'exemple de la CEGAR dans l'agglomération Rouennaise a déjà été abordé, mais on rencontre également des communautés mono-thématiques en obstétrique, avec par exemple la communauté des maternités de la métropole Lilloise, en cancérologie, en soins de suite ou en psychiatrie.

Reste enfin à aborder un quatrième type de structure, dégradé des communautés de secteur et qui prend un Pays pour contour, sans souffrir de l'isolement rural. Ces « communautés de pays » prennent essor dans des secteurs trop vastes ou permettent à des établissements de s'affranchir de limites administratives figées.

Miser sur le pragmatisme des ARH

Nous avons expliqué le développement dispersé des communautés par référence à des facteurs locaux et régionaux.

Or l'ordonnance a demandé aux ARH de contrôler la participation de tous les établissements publics ou participant au service public en leur donnant un pouvoir de coercition. Ces représentants de l'Etat n'ont donc délibérément pas appliqué une règle de droit. Le ministère aurait pu les rappeler à leurs obligations. Mais seule la circulaire du 9 avril 1997 déjà citée est venue compléter et préciser le texte de l'ordonnance. La circulaire relative à la révision des SROS datant du 26 mars 1998⁴² ne faisait même pas mention de l'existence des communautés d'établissements et donc encore moins de cette obligation.

S'agit-il d'un renoncement ? Le ministère a-t-il déjà condamné cet outil ?

Mme RIGAUT du bureau O3 de la DHOS nous a assuré que non. Elle explique qu'il faut plutôt traduire ce silence en une liberté laissée aux ARH par le ministère, pour que ces dernières mettent en œuvre une politique régionalisée de recomposition de l'offre de soins. Et si aucune réaction de la DHOS n'a pu être notée après l'échéance des trois années fixées par l'ordonnance, c'est parce que la recomposition était déjà en marche, les communautés d'établissements représentant un support parmi d'autres.

L'avenir des communautés d'établissements dépend donc, région par région, des choix des ARH et de leur pragmatisme. Certaines ont favorisé le développement de réseaux et d'autres ont concentré leurs efforts sur les rapprochements des structures publiques et privées. Ils n'ont donc pas exploité les possibilités offertes par les communautés d'établissements.

Ainsi, certaines ARH ont choisi de développer les réseaux de soins plutôt que les communautés. Elles ont préféré privilégier le développement plus compartimenté mais également plus directement opérationnel offert par les réseaux au chemin pédagogique de la concertation des établissements dans un espace communautaire.

Mais rien ne dit que ces ARH ne vont pas chercher ensuite à donner un cadre cohérent aux réseaux et filières dont elles ont pu encourager le développement. Ainsi, si le SROS de

⁴² Circulaire DH/EO/98/n°192 du 26 mars 1998.

Franche-Comté expliquait que "les réseaux seront l'outil privilégié de la coopération entre les établissements", la politique de l'ARH semble évoluer puisqu'elle a répondu à notre questionnaire en expliquant que les communautés représentaient aujourd'hui «un cadre cohérent qui organise les complémentarités».

CONCLUSION

La CESEL représente donc bien une illustration exemplaire des nouvelles communautés des établissements de santé. Cependant, sa réussite tire ses fruits d'une concordance de facteurs qui ne nous permet pas d'en faire un modèle transposable. De plus, les perspectives ouvertes par sa structuration juridique et l'adoption de son projet médical restent assez singulières.

Elle démontre surtout que les établissements hospitaliers peuvent prendre, s'ils le souhaitent, le chemin tracé par l'intercommunalité, et espéré par le gouvernement en 1996, pour favoriser le développement de nouvelles formes de gestion concertée et territorialisée des établissements sanitaires.

Certains s'arrêteront alors sur le maigre bilan quantitatif présenté par la DHOS pour estimer cette conclusion bien prétentieuse en estimant les communautés comme accessoires dans le champ de la recomposition de l'offre de soins.

D'autres se concentreront sur les exemples concrets qui ont été présentés et sur les politiques menées par certaines ARH pour croire à l'avenir d'une dynamique porteuse de possibilités de changement sans heurts.

En fait, trois éléments seront certainement primordiaux pour juger de l'avenir de cette innovation :

- La capacité des ARH à reproduire les exemples des communautés dynamiques et innovantes au sein de leur région et celle des relais nationaux de type DHOS ou FHF à accorder une publicité suffisante à ces mêmes communautés,

- Les conséquences des réformes législatives dans le champ médico-social. La réforme de la tarification des EHPAD entraînera l'obligation de constitution de coordination gérontologique qui devraient rapprocher les maisons de retraites autonomes et les hôpitaux locaux des CH tandis que le projet de loi portant réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales indique que les établissements médico-sociaux pourront devenir membres à part entière de communautés d'établissements,

- Les SROS III seront enfin l'occasion de faire un point sur l'organisation territoriale de l'offre hospitalière et de dresser un nouveau bilan de l'état d'avancement dans l'implantation des communautés. Ces dernières joueront peut-être alors leur avenir à cette occasion, soit en devenant la pierre angulaire de l'organisation territoriale du service public

hospitalier, soit en apparaissant alors comme un outil dépassé au regard des actions de recompositions engagées et juridiquement structurées.

Bibliographie

Ouvrages :

- C. BROSSIER : «Vers une santé citoyenne». Editions DENOS, décembre 1998, p 54-55.

- J-M. BUDET et F. BLONDEL : «La réforme de l'hospitalisation publique et privée – l'ordonnance du 24 avril 1996», 2^{ième} édition, Berger-Levrault, septembre 1998, P 174-177.

- G. CALMES, J-P. SEGADE et L. LEFRANC «Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité ». Paris. Masson, 1998.

- R. CAILLET et B. DELAETER : «Comprendre la réforme hospitalière du 24 avril 1996». Lille. ASHEPS Edition. 1996.

- J-M. CLEMENT : «La réforme hospitalière – l'ordonnance du 24 avril 1996». Les études hospitalières, 2^{ième} édition, novembre 1999, p 175-179.

- A-P. CONTANDRIOPOULOS et Y. SOUTEYRAND : «L'hôpital Stratège – Dynamiques locales et offre de soins». Octobre 1996, John Libbey Eurotext, p 21-29.

L.HOUDART, D.LAROSE et S.BARRE, Traité de coopération interhospitalière, volume I, collection santé, 2000.

- C. LAFAYE : «Sociologie des organisations», Nathan Université, 1996.

-Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : Cartes régionales sur la recomposition hospitalière de l'offre de soins, décembre 1998.

- P. MOSSE, N. GERVASONI et M. KERLEAU : « les restructurations hospitalières ; acteurs, enjeux et stratégies », septembre 1999, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

Guillaume GIRARD - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2001

Revues :

- V. BILLARD : «Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées», Gestions Hospitalières, mars 2001, p 165 – 169.

- Congrès de l'UHSO : «communautés d'établissements et G.C.S. : Les enjeux», Revue Hospitalière de France, janvier-février 1998, p 22-32.

- G. COSTARGENT : «un nouveau mode de fonctionnement en termes de réseau», Technologie et Santé, septembre 1997, p 77 – 78.

- R. ESPOSITO : «Communauté ne signifie pas identité mais altérité». Le Monde daté du 19 décembre 2000, p 18.

- D. MAGNE : «Vers l'établissement public de secteur». Le nouvel Hospitalier, septembre-octobre 1999.

- J. MARTINEZ : «Pour une nouvelle politique régionale de santé et d'aménagement du territoire», Gestions Hospitalières, juin – juillet 2001, p 470 – 472.

- R. OLLIVIER : «le CHI de Cornouaille», DH magazine, août-septembre 1998, p 29.

- P. PEREZ : «L'intercommunalité, la révolution tranquille». Après-demain, juillet-septembre 2000, p 13-14.

- J-P. SEGADE : «De la coopération au réseau, la nouvelle donne juridique», Jurisanté n°14, juillet 1996, p 4-7.

Documents de travail :

- Projet médical de la Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire, 19 décembre 2000.
- Cartes actualisées des communautés d'établissements, 2001, bureau O3, DHOS.
- Analyse des syndicats interhospitaliers et des communautés d'établissements de santé constitués en Bourgogne. Groupe de travail sur les coopérations, mise à jour avril 2001, ARH Bourgogne.
- Les différents Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de deuxième génération.

Mémoires :

- F. BEAULIEU : «Le corps médical dans la coopération interhospitalière : le projet de communauté d'établissements Cannes – Grasse – Antibes», mémoire de directeur d'hôpital, 1998.
- S. MARIA : «La coopération inter-hospitalière : Quelle politique pour quel succès ? », mémoire IASS, ENSP, 1996.

Sites Internet :

- www.intercommunalités.com
- www.reseau-chu.org
- www.urmel.org
- www.sante.gouv.fr
- les sites des ARH.

Liste des annexes

(non fournies par l'auteur)

Annexe 1 : Cartographie du secteur sanitaire de Saint-Nazaire tirée du SROS des Pays de la Loire.

Annexe 2 : Charte constitutive de la Communauté des Etablissements de Santé de l'Estuaire de la Loire.

Annexe 3 : Tableau recensant les temps de gestion nécessaires au fonctionnement des coopérations et réseaux développés sur le secteur sanitaire.

Annexe 4 : fiche de liaison infirmière de la CESEL.

Annexe 5 : Carte des secteurs sanitaires en France.

Annexe 6 : Questionnaire envoyé aux ARH en mai 2001.