



EHESP

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Mars 2010**

**La coopération inter hospitalière : un
atout pour la recomposition de l'offre
de soins ?**

**Le cas des centres hospitaliers du territoire de
santé Alpes Sud**

Nadège VERLAQUE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Marie-Cécile Marcellesi, Directrice de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Alpes de Haute-Provence, pour m'avoir accueillie durant mes stages.

Un merci tout particulier à Karine Huet, Inspectrice Principale et maître de stage émérite, pour sa patience et pour m'avoir fait partager son savoir, son expertise et sa belle vision du métier. Merci également d'avoir su me rassurer dans les moments de doutes.

Je tiens également à remercier Anne Hubert, Inspectrice principale, d'avoir repris la mission de maître de stage avec conviction et intérêt.

Je souhaite également exprimer ma gratitude envers Dominique Guillevic, Inspectrice en charge des établissements de santé à la DDASS 04 pour son implication dans la conduite de ces travaux, mais aussi à tous les agents pour leur bonne humeur, leur soutien et leur incroyable gentillesse.

Je souhaite remercier ici toutes les personnes qui ont accepté de me consacrer un peu de leur temps pour répondre à mes questions.

Merci également à vous les « Nanans », les « Quinquas » et les autres, hier collègues de promotion, aujourd'hui ami(e)s, d'avoir su rire de toutes les difficultés rencontrées durant l'élaboration du mémoire.

Enfin, une grande reconnaissance et un grand merci à ma famille, en particulier Audrey, qui malgré l'éloignement a été un soutien de tous les instants durant cette formation.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES REFORMES DE L'HOPITAL : UN IMPACT FORT SUR LES MODALITES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS	5
1.1 La rénovation du système hospitalier : moteur de la coopération hospitalière.....	5
1.1.1 Planification et réforme de la tarification : axes majeurs de la rénovation du système hospitalier	5
1.1.1.1 La planification hospitalière comme outil de régulation de l'offre	6
1.1.1.2 La réforme de la tarification : la nécessité de maîtrise des dépenses de santé	7
1.1.2 La coopération inter hospitalière : un outil d'adaptation à ces nouvelles exigences	9
1.1.2.1 Les outils de coopération avant 1996.....	9
1.1.2.2 L'ordonnance du 24 avril 1996 : Un nouveau pas vers des coopérations structurantes.....	11
1.2 La loi HPST : une nouvelle dimension pour la coopération ?	12
1.2.1 La loi HPST : l'enjeu d'une nouvelle réforme et modification de l'existant	12
1.2.1.1 Un texte inscrit dans la continuité en termes de coopération	12
1.2.1.2 Une modification substantielle des outils existants	13
1.2.2 Une vision nouvelle de la coopération hospitalière ?	15
1.2.2.1 Une redéfinition de la notion de territoire de santé.....	15
1.2.2.2 La Communauté Hospitalière de Territoire : une nouvelle approche de la coopération :	16
2 LES OUTILS DE COOPERATION : QUELLE PLACE ET QUELLE PERTINENCE DANS LE DEPARTEMENT DES ALPES DE HAUTE PROVENCE ?	18
2.1 Une situation locale et régionale porteuse de la nécessité de coopération... ..	18
2.1.1 Une offre de soins contrastée dans laquelle s'inscrivent deux centres hospitaliers aux caractéristiques similaires	18
2.1.1.1 Une offre de soins MCO qui présente des limites :	18
2.1.1.2 Des établissements en proie à des difficultés financières et aux profils concurrentiels	20
2.1.2 Un contexte régional « réactif » impactant fortement le territoire et ses établissements	23
2.1.2.1 Un espace régional fortement concurrentiel	23
2.1.2.2 Comment s'inscrivent les deux centres hospitaliers dans cet environnement ?.....	24
2.2 ...Peu propice à la mise en œuvre de coopérations structurantes pour l'offre de soins	26
2.2.1 État des lieux des coopérations existantes	26
2.2.1.1 Des coopérations formalisées mais peu structurantes	27

2.2.1.2 Des partenariats ponctuels ou avortés en termes de soins	28
2.2.2 Des freins au développement de coopérations plus structurantes :	29
2.2.2.1 Des limites avancées liées au territoire	29
2.2.2.2 Des limites liées aux acteurs	31

3 LA FUSION D'ETABLISSEMENTS COMME ALTERNATIVE A LA COOPERATION : UNE APPLICATION PROSPECTIVE33

3.1 La fusion : une opportunité pour le territoire de santé Alpes Sud.....33

3.1.1 De la coopération impossible à la fusion	33
3.1.1.1 La coopération : un outil qui n'est pas suffisant pour le territoire	34
3.1.1.2 Fusion des établissements : principes	35
3.1.2 La fusion d'établissements : une solution qui semble adaptée aux besoins du territoire	36
3.1.2.1 Impulser une nouvelle organisation décloisonnée et trouver un nouveau souffle pour l'offre de soins.....	36
3.1.2.2 Des écueils à éviter	38

3.2 Une mise en œuvre délicate pour les autorités de tutelle.....39

3.2.1 Créer au préalable un contexte favorable à la réussite du projet	39
3.2.1.1 Choisir la personne pivot : un élément déterminant	40
3.2.1.2 Adopter une démarche progressive et partenariale	41
3.2.2 Accompagner les structures tout au long du processus	42
3.2.2.1 Être un appui pour les établissements en termes d'accompagnement au changement.....	42
3.2.2.2 Communiquer et évaluer pour asseoir la légitimité de l'action	43

CONCLUSION46

BIBLIOGRAPHIE.....48

LISTE DES ANNEXESI

Liste des sigles utilisés

AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
3C : Cellule ou Centre de Coordination en Cancérologie
CA : Conseils d'Administration
CES : Communauté d'Etablissements de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHDLB : Centre Hospitalier de Digne Les Bains
CHICAS : Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud
CHM : Centre Hospitalier de Manosque
CHPA : Centre Hospitalier du Pays d'Aix
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLE : Clinique de Libération des Ethyliques
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COM : Contrats d'Objectifs et de Moyens
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen
CRE : Contrat de Retour à l'Equilibre
CROS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
CST : Conférence Sanitaire de Territoire
DARH : Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGF : Dotation Globale de Financement
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRSM : Direction Régionale du Service Médical
EHPAD : Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissements Publics de Santé
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GERES : Groupe d'études et de recherche sur les regroupements et les fusions d'établissements publics de santé
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé
HL : Hôpitaux Locaux
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
IRM : Imagerie par Résonances Magnétiques
ITER : International Thermonuclear Experimental Reactor
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQOS : Objectifs Quantifiés d'Offre de Soins
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PIB : Produit Intérieur Brut
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PMT : Projet Médical de Territoire
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
SAE : Statistiques Annuelles des Etablissements
SIH: Syndicat Inter Hospitalier
SPH : Service Public Hospitalier
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A : Tarification à l'Activité
TIH : Transport Interhospitalier
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Introduction

« J'ai souhaité bâtir une loi pragmatique et efficace, qui garantit à tous nos concitoyens l'accès à des soins de qualité, partout dans nos territoires, en toute sécurité. Il s'agit d'une modernisation structurelle de grande ampleur ». C'est ce que Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports a déclaré, en novembre 2009, lors d'un discours devant la Fédération des Médecins de France au sujet de la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST).

Ainsi, les hôpitaux ont fait et font encore aujourd'hui l'objet de nombreuses réformes. Les textes ont toujours été porteurs de changements et d'exigences auxquels ont dû s'adapter les établissements (tarification, organisation...). Il apparaît également que la permanence et au-delà l'accès aux soins sont une question complexe pour les pouvoirs publics. Il s'agit pour la tutelle de trouver un compromis entre le maintien des activités notamment à l'hôpital et les exigences des différentes réformes afin d'assurer à la fois une couverture territoriale satisfaisante et la sécurité sanitaire des populations. Tout ceci doit se faire dans le cadre d'une rationalisation de plus en plus importante des dépenses.

Face à ces multiples objectifs pour la politique relative au système de santé, les outils de coopération ont très tôt été privilégiés par le législateur pour offrir à la fois aux pouvoirs publics et aux établissements, une boîte à outils pour répondre aux difficultés rencontrées dans les territoires.

Il convient de revenir sur la définition de la notion de coopération. Ce terme est présent dans de nombreuses disciplines des sciences humaines et sociales. « Beaucoup de définitions de la coopération convergent sur un processus par lequel les individus, les groupes et les organisations s'associent, interagissent, et forment des relations psychologiques pour des gains ou des bénéfices mutuels » (Smith *et al*, 1995). Néanmoins, « se connecter ne signifie pas coopérer et, coopérer c'est avant toute chose une affaire de volonté partagée » (Jameux, 2004). Ainsi, il est nécessaire que les acteurs aient la volonté commune de travailler ensemble pour être en situation de coopération.

Cette notion de projet commun et volontaire prend un sens particulier dans le cadre de la coopération inter hospitalière, puisque les pouvoirs publics vont disposer de prérogatives particulières pour les imposer aux établissements.

L'analyse des coopérations ne peut donc pas faire l'économie d'une étude approfondie du contexte dans lequel elles peuvent s'exercer.

Il convient de faire une présentation succincte du territoire dans lequel s'inscrit ce travail. Le territoire de santé Alpes Sud, situé en région Provence Alpes Côte d'Azur, couvre la quasi-totalité du département des Alpes de Haute-Provence. Ce territoire comprend une

population de 124 448 habitants et dispose d'un faible taux d'urbanisation. Cette dominance du rural, combinée à un taux de vieillissement de la population¹ supérieur au niveau régional et national ne facilite pas l'accès aux soins

C'est par ailleurs un territoire enclavé dont la partie nord reste à l'écart des voies de communication². En effet, la problématique de l'aménagement du territoire portée par la région est prégnante. Le sud du territoire est desservi par l'autoroute qui relie le littoral et le massif alpin. Au contraire le nord est très mal doté en infrastructures de communication et souffre à ce titre d'un déficit d'attractivité pour la population. Ce territoire de santé³ s'inscrit également dans un contexte régional dynamique, il subit de plein fouet l'influence des villes d'Aix en Provence et surtout de Marseille qui induit des modifications dans les comportements, notamment de santé des habitants, en particulier du sud du département, pour qui les temps de parcours vers les établissements urbains sont réduits (entre quarante minutes et une heure).

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'activité des deux Centres Hospitaliers (CH) du territoire : le Centre Hospitalier de Digne les Bains (CHDLB), ville Préfecture et le Centre Hospitalier de Manosque (CHM) qui lui conteste historiquement ce statut. Les deux CH connaissent par ailleurs une situation financière très dégradée ou en passe de le devenir, et développent chacun des activités similaires en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Malgré ces constats et ces difficultés. les deux établissements s'entendent difficilement et ne développent pas de coopérations structurantes en termes de recomposition de l'offre de soins. L'enjeu pour la tutelle est ici de comprendre les freins à ces coopérations et d'envisager des solutions alternatives, dans l'intérêt de l'utilisateur.

C'est en ce sens que l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) est au cœur de cette problématique. La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) est le représentant de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) sur le territoire en ce qui concerne les questions de politique hospitalière. Il suit et accompagne les établissements de santé. Il est également le garant d'une couverture et d'une offre de soins satisfaisantes pour les usagers via les orientations du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), prises en compte par les établissements lors de la rédaction du Projet Médical de Territoire (PMT).

Enfin ce dossier tient une place importante dans les questionnements de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) des Alpes de Haute

¹ Indice de vieillissement du département en 2005 (nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans) : 87,7 contre 78,3 en PACA, 65,9 au niveau national. Source INSEE 2005.

² Cf annexe 1

³ CF annexe 2

Provence, pour laquelle il constitue l'un des axes prioritaires dans le domaine sanitaire. Il semblait donc pertinent de le traiter dans le cadre du mémoire professionnel.

Ainsi, il nous paraît important, en nous plaçant dans la dynamique d'une résolution d'un problème émergeant du terrain, d'analyser la mise en œuvre de coopérations inter hospitalières dans le cas spécifique des CH du territoire de santé Alpes Sud où il semble quasiment impossible de faire travailler ensemble et de leur plein gré les deux établissements.

Dès lors, la coopération hospitalière entre deux centres hospitaliers se plaçant, a priori, en situation de concurrence, est-elle un moyen suffisant pour parvenir à la restructuration de l'offre de soins hospitalière sur le territoire ?

Afin de répondre à cette question, il sera nécessaire de revenir sur les outils de coopération traditionnels émanant des différentes réformes du système hospitalier et enrichis des dispositions nouvelles présentes dans la loi HPST. Il s'agira ensuite de démontrer, par l'analyse de la situation du territoire de santé Alpes sud en la matière, qu'il peut exister des freins majeurs à la mise en œuvre de complémentarités sur les territoires. Ce sera enfin l'occasion de faire des propositions alternatives afin de contourner ces difficultés pour aboutir à une réorganisation de l'offre de soins, adaptée aux besoins du territoire.

METHODOLOGIE

Le premier temps du recueil d'information a été théorique sur les réformes du système de santé et les coopérations inter hospitalières.

La méthodologie utilisée pour le recueil des données terrain a été de deux ordres. En effet, tout d'abord nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec les différents acteurs du territoire sur cette question. Ainsi il a été nécessaire de rédiger deux grilles d'entretien différentes, l'une destinée aux personnes rencontrées au sein des établissements, l'autre étant construite afin de recueillir les avis des différents acteurs institutionnels⁴. Nous avons choisi de rencontrer les directeurs des 2 CH et chaque président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) afin d'avoir les avis des principaux protagonistes qu'ils soient administratifs ou médicaux. Il nous a semblé également nécessaire de rencontrer des acteurs des collectivités territoriales, seule une des deux municipalités a accepté de nous recevoir et nous avons pu rencontrer par ce biais l'adjoint à la santé et le Maire de la commune répondante. Enfin nous avons recueilli les avis des institutionnels par le biais de l'entretien de l'IASS en charge des

établissements de santé, d'un membre de la direction de la DDASS mais aussi du chargé de mission de l'ARH en charge de ce dossier.

Le deuxième volet du recueil s'est effectué dans le cadre d'observations lors de la visite de chaque CH et de participations à des réunions. Ainsi, nous avons été associés à chaque fois que cela a été possible aux réunions de travail tripartites réunissant les équipes des deux CH, la DDASS et l'ARH. Ces réunions avaient pour but de débattre de possibles mises en œuvre de coopération et d'anticiper (volonté de la tutelle) la création d'une future Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). Nous avons également participé aux Conseils d'Administration des CH lors de la période de présentation des Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses 2009 (EPRD), ainsi qu'aux réunions DDASS/ARH sur les questions relatives aux difficultés des deux centres hospitaliers. Cette observation participante nous a semblé opportune et nous a permis, par d'une part l'observation des comportements et d'autre part l'analyse des propos, de comprendre les logiques d'acteurs sur ce dossier.

1 Les réformes de l'Hôpital : un impact fort sur les modalités d'organisation de l'offre de soins

Remarque préliminaire : Il ne s'agit pas ici de faire un exposé exhaustif des différents textes ayant participé à la réforme des hôpitaux dans toutes ses dimensions mais de déterminer les mesures et les objectifs des pouvoirs publics qui ont conduit à la mise en œuvre des coopérations inter hospitalières.

L'"âge d'or" de l'hôpital public a permis à la France de se doter de structures sanitaires performantes à partir des années 1960. Mais le ralentissement économique consécutif aux chocs pétroliers des années 1970, les coûts croissants de la recherche médicale et le creusement des déficits des régimes sociaux, ont nécessité la recherche de solutions. Les pouvoirs publics ont donc cherché à déployer un véritable service public hospitalier tout en évitant l'explosion des dépenses de santé. Ils vont alors utiliser différents outils pour encadrer la dynamique accélérée des dépenses d'hospitalisation, tout en garantissant une couverture sanitaire pour les territoires.

1.1 La rénovation du système hospitalier : moteur de la coopération hospitalière

La rénovation du système hospitalier est encore aujourd'hui l'objet de nombreuses attentions. Ainsi, pour comprendre la problématique hospitalière d'aujourd'hui, il est nécessaire de revenir sur les leviers d'action utilisés par la tutelle pour parvenir à mettre en place un Service Public Hospitalier (SPH).

1.1.1 Planification et réforme de la tarification : axes majeurs de la rénovation du système hospitalier

L'assurance maladie est confrontée à des difficultés profondes qui touchent tant à la performance qu'à la régulation du système de santé. Sur quarante ans, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen, supérieur de 2,5 points à la croissance du Produit Intérieur Brut, passant ainsi d'un niveau de 3,5 % en 1960 à 8,8 % en 2001. Par ailleurs, depuis 2006, le déficit des hôpitaux est passé de quatre cent à huit cent millions d'euros.

L'hôpital doit, donc, parallèlement, développer son activité dans un cadre économique de plus en plus contraint : augmentation des dépenses de santé liées au progrès médical

mais aussi au vieillissement de la population. De plus, la sécurité sanitaire et l'égal accès aux soins sont devenus des priorités. Il est donc apparu aux pouvoirs publics la nécessité de réguler l'offre de soins à travers la planification et la réforme de la planification.

1.1.1.1 La planification hospitalière comme outil de régulation de l'offre

C'est la loi du 31 décembre 1970⁵ qui instaure les premiers jalons d'un système hospitalier⁶. Elle porte la création de la carte sanitaire, plutôt considérée comme une carte hospitalière puisqu'elle ne concerne pas encore la médecine libérale. Arrêté en 1974, ce découpage de l'espace géographique en 256 secteurs sanitaires, répartis en 21 régions, permet de recenser les lits et équipements lourds. Elle vise l'instauration d'un plateau technique minimum au sein de chaque secteur et un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers (des objectifs d'équipement sont fixés par secteur) au travers d'une procédure d'autorisation de création d'extension ou de transformation d'établissements sanitaires publics ou privés.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 renforce le contenu de la carte sanitaire et crée le SROS. Il est révisé tous les cinq ans, et fixe, dans chaque région des objectifs par installation (médecine, chirurgie, soins de suite etc...), par activité coûteuse (urgences, hémodialyse...) et par équipement médico-technique. Le dispositif est qualifié de complexe et rigide et a pu avoir des conséquences néfastes. En effet, même si cette loi prend pour la première fois en compte la dimension régionale en tant que référence sanitaire (le pouvoir de l'État en la matière étant pour partie délégué aux instances régionales ou locales) les objectifs régionaux sur lesquels étaient pris les autorisations restaient définis dans le cadre d'objectifs nationaux et donc peu en lien avec les spécificités régionales⁷.

Néanmoins cette dimension régionale va être confortée par l'ordonnance du 24 avril 1996 qui institue les ARH et régionalise les budgets afin d'améliorer la complémentarité de l'offre de soins au sein d'une même zone géographique. Il est à noter que, selon J-M Clément, « le SROS s'avère particulièrement redoutable, [...] de nombreux services [...] ont été obligés de fermer face aux objectifs du SROS appliqués à la lettre par les autorités représentant l'Etat »⁸. Ainsi, avant la réforme de 2003, le dispositif de planification

⁵ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970

⁶ CLEMENT J.-M., Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours, 2007

⁷ Un rapport de la DRESS de novembre 2008 indique que la saturation des indices a entraîné un retard de la France en matière d'équipement d'imagerie médicale et une incapacité à répondre, dans de nombreuses régions à des besoins de santé.

⁸ CLEMENT J.-M., Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours, 2007

sanitaire repose sur la combinaison de trois instruments : le SROS⁹, la carte sanitaire et le régime d'autorisation.

Dans le cadre du « Plan hôpital 2007 », la planification sanitaire a été profondément modifiée par l'ordonnance du 4 septembre 2003 (complétée par la circulaire du 5 mars 2004) portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Elle vise à passer d'une logique de planification hospitalière à une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé. L'ordonnance supprime la carte sanitaire, les "secteurs sanitaires" sont remplacés par des "territoires de santé". Elle fait du SROS l'unique outil de planification prévoyant les évolutions de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs, répondant aux besoins de santé physique et mentale et fixant par une annexe des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) par territoire de santé. Toutes les autorisations sont déconcentrées au niveau des ARH, qui disposent d'une totale liberté dans les méthodes employées pour dessiner les nouveaux territoires de l'organisation des soins.

Ainsi, les établissements de santé s'inscrivent dans un système d'organisation des soins planifié, répondant à des objectifs stricts. Le législateur a donné la possibilité à ces établissements de s'adapter via les outils de coopération que nous verrons par la suite. Il faut ajouter dans l'environnement des établissements de santé, les contraintes liées aux procédures de certification¹⁰ qui font peser de nouvelles exigences en termes de qualité et de sécurité des soins. Nous avons choisi de ne pas les évoquer car même si elles impactent la stratégie des établissements (dont font partie les coopérations), elles ne sont pas directement assimilables à des leviers entraînant des coopérations. Par ailleurs, une réforme de la tarification vient conforter la nécessité de recomposer l'offre de soins, déjà induite par la planification.

1.1.1.2 La réforme de la tarification : la nécessité de maîtrise des dépenses de santé

⁹ Les SROS de première génération, élaborés par les Préfets de région en 1994, ont été révisés en 1998 par les ARH pour déboucher sur les SROS deuxième génération, prenant mieux en compte les spécificités régionales.

¹⁰ Procédure obligatoire effectuée par la HAS qui intervient tous les quatre ans, dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les engagements des établissements en la matière sont inscrits au CPOM. La V2010 peut désormais entraîner une décision de refus d'accréditation.

L'hôpital doit, comme nous l'avons vu, développer son activité dans un cadre économique restreint. Le passage d'un financement de type « enveloppe ouverte » à un financement « fermé » s'effectue en 1983. La dotation globale, qui fixe a priori pour chaque hôpital, une enveloppe annuelle de dépenses, se substitue à la tarification au prix de journée, jugée inflationniste puisque l'hôpital était payé par les autorités du montant des dépenses engagées quel que soit ce montant. La logique de financement s'inverse donc totalement, l'établissement reçoit une dotation qu'il doit gérer au fil de l'exercice.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée instaure les bases d'un nouveau système de contraintes. Il s'agit d'une maîtrise des coûts fondée sur le vote annuel par le Parlement d'une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), et la détermination d'un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Même s'il est systématiquement dépassé voire remis en cause¹¹, l'ONDAM illustre bien la volonté des pouvoirs publics de contraindre les établissements à chercher le meilleur rapport entre le coût et l'efficacité des soins et prestations de santé dans le respect des principes d'égalité et d'accès aux soins pour tous. L'ordonnance renforce la dimension régionale de la référence sanitaire contenue dans la loi du 31 juillet 1991 puisque le montant total des dépenses hospitalières est réparti en dotations régionales. Le système de dotation globale s'est révélé efficace dans un premier temps dans la maîtrise des dépenses mais sont vite apparus des effets pervers. Ainsi, n'étant que faiblement liée à l'activité, la DGF a conduit soit à la constitution de rentes soit à un manque de financement pour les établissements les plus actifs¹².

C'est l'ordonnance du 2 mai 2005 instaurant un nouveau mode de financement qui est un axe majeur du plan « Hôpital 2007 » : la Tarification à l'Activité (T2A). Cependant, certaines activités d'intérêt général¹³ restent financées selon le principe d'une enveloppe ou d'une DGF. L'allocation des ressources est désormais liée à la nature et au volume des activités réalisées. Cette mise en place correspond à la volonté « d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs » afin de « libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation ¹⁴ ». Ce dispositif a pour objectif de dynamiser les structures de soins notamment publiques. Le lien recette/activité doit permettre une meilleure responsabilisation des acteurs et créer une incitation à s'adapter (ajustement des moyens à l'activité, recherche de productivité,

¹¹ « La sous-évaluation rémanente de l'objectif, son dépassement répété, la fragilisation de la plupart des modes de régulation risquent, s'ils se prolongeaient, de mettre en cause la notion même d'objectif » Rapport d'exécution de la LFSS 2001.

¹² Rapport DREES 2008

¹³ Enveloppe Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation (MIGAC) et maintien de la DAF pour certaines activités (Psychiatrie, SSR...)

¹⁴ Discours de J.F. MATTEI, 20 novembre 2002.

restructuration...) cette nouvelle donne s'illustre également par la mise en œuvre de l'EPRD en lieu et place du budget et la possibilité de mettre sous administration provisoire les Établissements Publics de Santé (EPS) dont les recettes ne couvriraient pas les dépenses.

Ainsi, du fait des différentes réformes du système hospitalier et des mutations de l'environnement (vieillesse de la population par exemple), les structures hospitalières doivent faire face à des contraintes de plus en plus nombreuses. Afin d'accompagner les restructurations nécessaires à l'adaptation à ces nouvelles exigences, le législateur a créé des outils juridiques permettant aux établissements de coopérer.

1.1.2 La coopération inter hospitalière : un outil d'adaptation à ces nouvelles exigences

La coopération correspond ainsi à une nécessité mais aussi à une stratégie. En effet, mis en perspective avec la planification sanitaire et la contrainte budgétaire, les outils de coopérations semblent devenir le moyen choisi par les pouvoirs publics pour satisfaire de manière optimale la demande de soins et pour créer des filières de prise en charge, tout en permettant des mécanismes d'incitation financière et le développement de complémentarités¹⁵. Les établissements sont donc placés devant une alternative : soit subir de façon autoritaire les complémentarités prévues au SROS par la tutelle soit anticiper le mouvement et coopérer de façon volontaire via des outils juridiques proposés par le législateur. Ici il ne s'agira pas d'effectuer un exposé exhaustif des différentes modalités de coopération mais de montrer les avantages mais aussi les limites de ceux applicables aux EPS.

1.1.2.1 Les outils de coopération avant 1996

L'ordonnance du 24 avril 1996 semble marquer un tournant dans les modalités de coopération entre les établissements. La réforme hospitalière du 31 décembre 1970, puis le décret du 7 novembre 1988 et la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 permettent aux structures de disposer de quatre outils permettant d'impulser les recompositions de l'offre et le développement des complémentarités: la convention, le Syndicat Inter Hospitalier (SIH), le Groupement d'Intérêt Public (GIP) et le Groupement d'Intérêt Économique (GIE).

¹⁵ Inscription au SROS et dans les CPOM, et donc conditionnant l'octroi de crédits.

La convention est un procédé contractuel traditionnel entre établissements gardant leur personnalité morale. Elle concerne généralement la co-acquisition et l'utilisation de matériel lourd ou de structures communes. Le peu de formalisme qu'il induit fait de cet instrument un outil simple et souple. Néanmoins, ne pouvant pas disposer de la personnalité morale, il n'existe ni instances communes ni budget de fonctionnement. Ainsi, du fait de son objet et sa durée limitée, cet outil ne semble pas utilisable lorsqu'est recherchée une coopération structurante et pérenne sauf à émaner d'une volonté partagée forte de la part des signataires.

Le Syndicat Inter Hospitalier quant à lui est constitué à la demande de deux ou plusieurs établissements participant au service public hospitalier (PSPH) dont au moins un EPS. La création doit être autorisée par arrêté du Directeur de l'ARH (DARH), et a le statut d'établissement public. Les syndicats inter hospitaliers ont pour objectif de favoriser, face à la pluralité des structures hospitalières autonomes, la concentration et la rentabilisation des équipements existants ou de permettre la coordination des actions entreprises par les établissements assurant le SPH. Cet outil a l'avantage de lier plus durablement et plus fortement les participants. En effet, sa vocation est large et englobe toute activité intéressant le SPH, pouvant également, sous certaines conditions être gestionnaire d'activités de soins. Il dispose également de ses propres instances gestionnaires et décisionnaires. Ainsi « les possibilités du SIH devaient concourir à en faire des structures fortes devant aboutir à terme à la complémentarité des établissements adhérents et donc au développement de l'intercommunalité sanitaire »¹⁶. Les SIH semblent donc avoir été créés pour éventuellement permettre une évolution vers la fusion des établissements adhérents.

Enfin, les Groupement d'Intérêt Public (GIP) et Groupement d'Intérêt Economique (GIE) disposent également de la personnalité morale, avec des instances communes au co-contractant. Cependant, nous n'avons pas tenu à les développer dans cette étude compte tenu de leurs spécificités qui n'intéressent pas le sujet traité. En effet, ils ne peuvent pas, ceci émane de la volonté du législateur, prendre en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins. Ces outils juridiques ne peuvent donc pas s'appliquer à la coopération sur des activités médicales, et donc participer à la recomposition de l'offre de soins.

¹⁶ G. CALMES, J.-P. SEGADE, L. LEFRANC, *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, 1998.

Ainsi, face à la faiblesse du développement des complémentarités, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation vient changer la donne. En créant de nouveaux outils, la coopération n'est plus une initiative locale et décentralisée impulsée par les établissements eux-mêmes mais devient surtout un outil de l'Etat.

1.1.2.2 L'ordonnance du 24 avril 1996 : Un nouveau pas vers des coopérations structurantes

Nous noterons dès à présent que, par choix, le cas des fusions d'établissements ne sera abordé qu'ultérieurement dans le développement en tant qu'alternative possible à la mise en œuvre de coopération au sens littéral. En effet, il ne s'agit plus, comme les outils de coopération présentés ci-dessus de trouver des complémentarités dans certains domaines afin de répondre au mieux aux besoins de la population et à l'exigence de qualité des soins mais de repenser profondément l'organisation des soins hospitaliers au sein d'une nouvelle entité juridique et ce, dans tous les domaines d'activité des établissements concernés.

Cette ordonnance porte création ou explicitation de nouveaux modes de coopérations. Elle dote aussi les pouvoirs publics de moyens incitatifs et/ou coercitifs vis-à-vis des établissements comme l'inscription des complémentarités au SROS (le projet médical de chaque établissement doit être conforme au SROS), dans les COM¹⁷, la mise en place des conférences sanitaires de territoire, et la définition des PMT.

Ce texte définit de nouveaux modes de coopération.

Le réseau de santé, dont l'objectif est de rapprocher établissements de santé et la médecine de ville afin de créer des filières de prise en charge pour des populations spécifiques (personnes âgées, toxicomanes etc...) est explicité.

De plus l'ordonnance porte également création de la communauté d'établissements de santé (CES). Ce dispositif a pour but d'accompagner l'adaptation du tissu hospitalier aux besoins de la population d'un même secteur sanitaire. Ces CES ne peuvent plus être créées depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 4 septembre 2003¹⁸.

Enfin, le texte définit un nouveau mode de coopération qui va devenir, suite à l'ordonnance du 4 septembre 2003, le cadre privilégié de la coopération hospitalière : le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

¹⁷ Aujourd'hui les CPOM

¹⁸ Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Cet outil a été créé pour « dépasser les clivages traditionnels public/privé et les obstacles en matière de coopération, en élargissant la liste des membres, en élargissant ses missions, et en accroissant ses moyens »¹⁹. Il s'agit d'une nouvelle catégorie de personne morale. Il peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux²⁰. Au moins un des membres doit être un établissement de santé.

Ils sont les seuls groupements pouvant obtenir des autorisations de soins, le GCS peut donc être très structurant en matière d'offre sanitaire puisqu'il permet de développer des projets et de gérer des équipements communs.

Néanmoins, même si l'ordonnance crée des mécanismes incitatifs à la coopération, la notion de volonté de travailler ensemble reste tout de même présente. En l'absence de cette volonté il semble difficile de voir émerger des projets en faveur d'une offre de soins pertinente, adaptée aux besoins du territoire. Les outils coercitifs et incitatifs à disposition de la tutelle interrogent tout de même sur la teneur des complémentarités lorsqu'ils sont utilisés.

1.2 La loi HPST : une nouvelle dimension pour la coopération ?

Ici il ne s'agira pas d'étudier cette nouvelle loi dans toutes ses dimensions. En effet, compte tenu du fait que ce texte réforme profondément le système hospitalier, nous ne traiterons que les dispositions intéressant le sujet. Ainsi nous verrons dans quelles mesures ce texte impacte les dispositions existantes et ce qu'il apporte en termes de planification et de coopération.

1.2.1 La loi HPST : l'enjeu d'une nouvelle réforme et modification de l'existant

1.2.1.1 Un texte inscrit dans la continuité en termes de coopération

L'étude des différentes réformes qui a été effectuée, démontre la tendance constante à tenter de favoriser les coopérations entre établissements de santé. La création des ARH et les pouvoirs confiés aux directeurs en matière de planification traduisent la volonté d'adapter l'offre de soins aux besoins, dans une démarche territoriale, au travers de la définition des SROS. Ainsi et depuis longtemps, la coopération n'est plus seulement choisie, elle est aussi très souvent imposée dans le cadre de la rationalisation du système

¹⁹ A. de MONTBEL, séminaire pôle santé URML Pays de Loire, Mars 2009.

²⁰ Article L. 4111-1 du code de la santé publique.

de soins et de la maîtrise des dépenses de santé. Cette présence de la tutelle dans le déclenchement de processus de coopération se traduit par l'inscription de ces dernières au SROS et dans les CPOM. La loi HPST s'inscrit alors dans cette tendance à une coopération imposée par les pouvoirs publics plutôt qu'impulsée par les établissements eux-mêmes.

Ainsi l'article 22 prévoit jusqu'au 31 janvier 2012, qu'une partie des crédits d'aide à la contractualisation et les crédits fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés seront prioritairement affectés au soutien des établissements qui s'engageront dans des projets de coopération (priorité faite à la réalisation de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et de GCS) .Par ailleurs la circulaire du 21 septembre 2009 propose une boîte à outils pour les établissements qui souhaitent s'engager dans un projet de coopération afin de déceler les bonnes pratiques pour les nouveaux outils (démarche de préfiguration et d'accompagnement pilotée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS)). C'est ce que l'on peut appeler la « coopération favorisée »

La loi HPST porte également création des Agences Régionales de Santé (ARS). Elles viennent se substituer à l'ARH pour ce qui est de ses missions dans le domaine de la politique hospitalière. Ainsi, l'ARS a, entre autres, pour compétences le pilotage de la prévention, la promotion de la santé, la sécurité sanitaire, l'offre de soins hospitalière, ambulatoire et médico-sociale. Ceci démontre une volonté de démarche territoriale et globale d'offre de soins (préventifs, curatifs ou palliatifs).

Le Directeur Général de l'ARS (DGARS) disposera, (Art. L. 6131-1 et suivants du code de la santé publique modifié) d'importants pouvoirs pour favoriser la coopération institutionnelle. Ainsi, il pourra, afin d'atteindre les évolutions du système hospitalier nécessaires à son adaptation aux besoins de la population, demander voire imposer aux EPS la conclusion d'une convention de coopération, d'un GCS, d'une CHT, d'un GIP ou de fusionner avec un autre établissement. C'est ce que l'on appelle la coopération « imposée ».

La loi HPST a donc pour objectif, dans le domaine de la planification, d'octroyer à la tutelle de nouveaux moyens d'actions afin d'aboutir à l'égal accès de tous à des soins de qualité. Elle a donc pour ce faire, porter des modifications aux outils traditionnels de coopération.

1.2.1.2 Une modification substantielle des outils existants

La loi HPST, dans un mouvement d'amélioration de notre système de santé, entraîne des modifications substantielles des outils de coopération tels qu'ils pouvaient exister jusqu'à présent.

Ainsi, la loi vient supprimer deux modalités de coopération. L'article 23 prévoit que les actuels SIH, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi seront transformés en CHT, GCS ou GIP, ceci sans les dissoudre et sans création d'une nouvelle personnalité juridique.

De plus l'article 120 abroge l'article du code de la santé publique qui prévoyait la création de CES entre établissements assurant le service public (même si elles ne pouvaient plus être créées depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 4 septembre 2003).

Cependant, d'autres outils de coopération traditionnelle demeurent, par exemple la convention, le GIE ou le GIP.

L'impact le plus important de la loi HPST sur les outils de coopération est les modifications substantielles apportées au GCS.

En effet, la loi vient préciser et étendre le champ d'action des GCS. Aux acteurs traditionnellement autorisés à y participer, viennent désormais s'ajouter les centres de santé, les pôles de santé, les professionnels médicaux libéraux voire d'autres professionnels de santé, sur autorisation du DGARS.

Le droit distingue également deux types de GCS : le GCS de moyens et le GCS établissement de santé. Le GCS de moyen est l'outil classique qui résulte des ordonnances de 1996. La loi HPST élargit son objet et le clarifie en listant les champs d'intervention. Le GCS peut intervenir pour prendre en charge une des quatorze missions de service public créées par le texte²¹. Le GCS concerne aujourd'hui trois domaines :

- « Organisation ou gestion des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement et de recherche
- Réalisation ou gestion des équipements d'intérêts communs (équipements matériels lourds)
- L'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux qui exercent leurs fonctions dans les établissements membres ou des libéraux adhérant au GCS »

Le GCS établissement de santé possède, comme son nom l'indique, la qualité d'établissement de santé. C'est en cela que réside la réelle nouveauté en termes de GCS. Le groupement peut désormais constituer un établissement de santé, sur décision du DGARS, lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins.

²¹ Article 6112-1 du code de la santé publique

Le nouveau texte fait donc du GCS un outil permettant une coopération de plus en plus poussée. Il est, au côté de la CHT, l'outil privilégié par les pouvoirs publics dans le cadre de la mise en œuvre de complémentarités.

1.2.2 Une vision nouvelle de la coopération hospitalière ?

La loi HPST semble vouloir donner un nouvel essor à la coopération hospitalière et à la planification de l'offre de soins en général ; elle redéfinit donc la notion de territoire de santé et crée une nouvelle modalité de mise en œuvre de complémentarités : la CHT.

1.2.2.1 Une redéfinition de la notion de territoire de santé

Lorsqu'ils ont été créés, en remplacement des secteurs sanitaires²², les territoires ont été définis comme constitutifs « selon les activités et équipements, d'un espace régional, interrégional ou national, dont les limites sont définies par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ». La circulaire du 5 mars 2004 précise les orientations concernant l'élaboration des SROS de troisième génération. Elle insiste sur la « plus grande prise en compte de la dimension territoriale ». Le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins.

Les régions pouvaient dessiner des territoires différents selon les activités. Les Conférences Sanitaires de Territoire (CST) pouvaient avoir des ressorts différents selon le découpage du territoire qui était lui-même divisé en niveaux d'intervention. Cela a donc créé une situation complexe.

La loi HPST redéfinit cette notion²³. Les pouvoirs publics ont privilégié une approche didactique. Le territoire est « l'étendue géographique où la population résidente peut disposer d'une offre de soins de qualité »²⁴. Cette définition pose la question de la teneur du territoire. Est-il défini sur la base de l'offre de soins pré-existante ou doit-il être le lieu de mise en œuvre d'une « offre de soins de qualité » ? Toujours est-il que cette formulation a « le mérite de caractériser le lien étroit qui doit exister entre la détermination des contours du territoire et la satisfaction d'un besoin de santé »²⁵.

²² Ordonnance du 4 septembre 2003

²³ Cf annexe 8

²⁴ Diaporama de présentation de la loi HPST, 2009, DHOS.

²⁵ B de LARD, Le Territoire de santé dans la loi HPST : un concept polysémique, Actualités JuriSanté Juillet-Août 2009

La notion de territoire prévue dans la loi semble donc être encore mal définie. Les découpages en niveau d'intervention sont maintenus mais il revêt aujourd'hui une dimension sanitaire beaucoup plus large : l'activité hospitalière et la médecine de ville. Le territoire est placé, par les pouvoirs publics, au premier rang des outils de la planification sanitaire et tend à devenir « la tête de proue du nouveau dispositif d'organisation sanitaire, ou tout au moins un cadre local légitime et efficient de mise en œuvre des politiques de santé »²⁶.

Ainsi, nous voyons l'importance, sur un territoire défini, de la reconnaissance et de l'acceptation par les établissements de cet espace de définition d'une stratégie d'organisation de l'offre de soins.

Nous verrons que la notion de territoire prend une dimension particulière dans les relations entre les deux CH du terrain de l'étude choisi.

1.2.2.2 La Communauté Hospitalière de Territoire : une nouvelle approche de la coopération :

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) est LE nouvel outil de coopération décliné dans la loi HPST. Il est propre aux EPS, et un établissement ne peut participer qu'à une seule CHT. Il est tout de même fait exception des établissements publics médico-sociaux qui sont autorisés à participer aux actions des CHT. Néanmoins, la participation à une CHT reste une possibilité et non une obligation, elle est facultative sous réserves des outils d'incitation dont dispose le DGARS²⁷.

Il est à noter que la notion de « territoire » n'est pas ici définie. B. de LARD indique que « le terme de territoire est aussi bien utilisé pour désigner le découpage géographique nécessaire à la planification de l'offre de soins que pour caractériser le ressort des communautés hospitalières, nouvelle forme de coopération conventionnelle introduite par la loi ». Cela entraîne d'ores et déjà des questionnements : est ce qu'un territoire de santé peut accueillir plusieurs CHT ? Une CHT peut-elle être conclue entre EPS de territoires de santé différents ? Une CHT peut-elle être conclue entre des établissements relevant d'ARS différentes²⁸ ? Ces questions ne trouveront, à notre sens, de réponse qu'à l'épreuve du terrain. Néanmoins l'ambiguïté sur la notion de territoire va être une des limites à l'application de cet outil de coopération sur notre territoire d'étude.

²⁶ Ibidem n°19

²⁷ Article 22 de la loi HPST codifiant les art. L. 6132-1 à L. 6133-9 dans le CSP.

²⁸ La convention de CHT devra être présentée pour approbation au DGARS par les présidents des conseils de surveillance des établissements signataires. Quelle sera l'ARS compétente ?

Enfin, l'objectif de la CHT a été défini par le législateur comme suit. La CHT implique que « l'un des établissements se voit déléguer des compétences par les autres établissements et assure ainsi le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissement lourd, système d'information...). Les établissements adhérents restent autonomes juridiquement et financièrement tout en s'inscrivant dans le projet stratégique commun... ». Ainsi, la mise en œuvre d'une CHT nécessite la définition d'une stratégie commune qui remporte l'adhésion de tous les membres, c'est une démarche volontaire et qui implique également la désignation d'un établissement siège (avec délégation de compétences). Toutes ces caractéristiques interrogent la possibilité de réussite de la création d'une CHT dans des contextes où les EPS entretiennent des relations conflictuelles.

Ainsi, comme nous l'avons vu, les établissements publics de santé se trouvent à la jonction de plusieurs éléments. Inscrits dans un environnement contraignant, tant du point de vue des objectifs posés par les pouvoirs publics en termes de planification et de maîtrise des dépenses, qu'en termes de l'obligation ou de l'incitation à développer des complémentarités qui en découlent, les établissements doivent s'adapter au mieux à ces exigences. L'éventail d'outils proposés par le législateur rend la lecture des possibilités floues, d'autant plus lorsqu'on y additionne des problématiques locales. De plus, il ne ressort pas moins de tous ces outils de coopérations la nécessité de voir émerger une volonté des établissements de mettre en place des outils de coopération. En effet, nous verrons dans la partie suivante que la coopération ne prendra toute sa mesure que si elle est admise, comprise et voulue par les différentes parties prenantes afin d'aboutir à une réelle recomposition de l'offre de soins.

2 Les outils de coopération : quelle place et quelle pertinence dans le département des Alpes de Haute Provence ?

Nous venons de voir que le législateur a mis en place des outils permettant aux établissements de santé de mettre en œuvre des stratégies de coopération afin de répondre aux contraintes de leur environnement et à l'objectif qui sous-tend cette logique : assurer à tous un accès à des soins de qualité. Cet impératif implique d'avoir une vision territorialisée de la mise en œuvre des complémentarités. Il sera donc nécessaire d'analyser le contexte local qui prévaut en région PACA et sur le territoire de santé Alpes Sud afin de mettre en avant le fait que compte tenu de ces spécificités, les outils théoriques de coopération inter hospitalière semblent difficiles à mettre en œuvre.

2.1 Une situation locale et régionale porteuse de la nécessité de coopération...

Ici il s'agit d'interroger le contexte local et régional. Ainsi, les caractéristiques locales, qu'elles émanent du territoire ou des établissements sont conjuguées aux tensions concurrentielles existant en région. Cette réalité va venir justifier, comme le demande la tutelle, la nécessité de mettre en place des complémentarités structurantes dans le domaine médical.

2.1.1 Une offre de soins contrastée dans laquelle s'inscrivent deux centres hospitaliers aux caractéristiques similaires

La place des deux CH du territoire de santé Alpes Sud doit être appréhendée au regard de l'offre de soins hospitaliers qui y est proposée. Cette contextualisation permettra d'évoquer et analyser, par la suite, les caractéristiques des deux établissements et leurs difficultés.

2.1.1.1 Une offre de soins MCO qui présente des limites :

Comme nous l'avons vu précédemment, le territoire de santé Alpes Sud est étendu, peu habité et faiblement urbanisé. Il est nécessaire, pour comprendre la logique qui va sous-tendre la nécessité de coopération entre les établissements, de faire un retour sur l'offre de soins MCO et son évolution programmée au sein du PMT 2009.

Cette offre de soins s'articule autour, principalement de cinq établissements, avec une surreprésentation du territoire manosquin: les deux Centres hospitaliers « généralistes » de Manosque et Digne, la clinique médicale Jean Giono (fortement connotée moyen séjour), la clinique chirurgicale Toutes Aures et le Centre d'hémodialyse des Alpes (doté de lits de médecine) tous trois situés à Manosque. Il est également à noter que quatre hôpitaux locaux, qui travaillent en collaboration plus ou moins formalisée avec les CH, disposent de lits de médecine. Les lits sont répartis comme suit :

Nombre de lits (source SAE 2007)	M	C	O
CH Manosque	45	45	18
CH Digne	71	52	20
Centre D'hémodialyse des Alpes⁴⁰	2		
Clinique Toutes Aures		47	
Clinique Jean Giono	40		
HL Castellane	4		
HL Riez	4		
HL Dieudonné Collomp (à Banon)	5		
HL St Jacques (à Seyne)	4		

Source SAE 2007

Par ailleurs, la comparaison par rapport aux moyennes régionales du nombre de lits et de places par millier d'habitants et de la densité médicale met en évidence un département faiblement équipé par rapport aux moyennes de la région PACA (P6 PMT 2009°).

Comparaison des taux d'équipement dans le département et la région

(Source : Score santé, Dress)

Taux d'équipement (nb de lits et places pour 1000 habitants) en 2006		
	Alpes de Haute-Provence	PACA
Médecine (y.c. hospitalisation à domicile)	1,73	2,19
Chirurgie	1,29	1,60
Gynécologie-Obstétrique	0,3	0,37

→ Faible nombre de lits en places en MCO, surtout en médecine, à moindre niveau en chirurgie et encore moins en obstétrique

Taux d'équipement en SSR (nb de lits et places pour 1 000 habitants) en 2004		
	Alpes-de-Haute-Provence	PACA
Réadaptation fonctionnelle	0,82	1,19
Soins de suite	1,57	1,91
Ensemble SSR	2,39	3,10

→ Faible nombre de lits en places en SSR, surtout en réadaptation fonctionnelle

Densité médicale libérale (Nombre de médecins pour 100 000 habitants) en 2006		
	Alpes de Haute-Provence	PACA
Généralistes	123	125
Spécialistes	70	132

→ Très faible densité de médecins spécialistes et niveau quasi équivalent de médecins généralistes

Ainsi l'inégale répartition géographique des lits et la faible densité médicale ajoutées aux spécificités géographiques et socio-économiques du territoire sont autant de facteurs qui font naître dans les orientations du PMT 2009 « la nécessité d'aboutir à moyen terme à la création de filières graduées en médecine et spécialités médicales, en s'appuyant sur les ressources des deux CH ». Cette nécessité de coopération se retrouve également au travers des spécificités des deux CH.

2.1.1.2 Des établissements en proie à des difficultés financières et aux profils concurrentiels

Comme nous l'avons évoqué précédemment les deux CH développent une activité MCO équivalente et qui tend à devenir concurrentielle les deux établissements. Les deux CH ont développé, compte tenu des obligations de Service Public et des contraintes géographiques indéniables, une activité médicale et chirurgicale de proximité. Ils se trouvent dans une double problématique : une obligation de maintien de l'activité et des limites de mise en œuvre sans atteinte des seuils permettant de parvenir à un équilibre financier. Les établissements développent donc une activité MCO de proximité classique

permettant la prise en charge de « besoins courants ». Nous noterons d'ores et déjà que le CHDLB dispose de six lits de réanimation et de deux de soins continus, les seuls du territoire de santé. Ceci est un facteur aggravant des mauvaises relations entre les deux CH puisque le CHM revendique au titre du déménagement dans les nouveaux locaux une réanimation²⁹.

Au-delà de l'énumération des activités offertes dans les deux CH qui ne serait pas pertinente, il est nécessaire de présenter une étude menée par la Direction Régionale du Service Médical PACA, sur la base des données³⁰ du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) 2007 et des fuites entre les deux CH. Ce travail s'inscrit dans une démarche de rapprochement impulsée par la tutelle du CHDLB et du CHM, dans l'esprit d'une mise en œuvre de complémentarités médicales. De cette étude ressort le fait que chaque CH est dominant en termes de volume d'activité sur des spécialités différentes voire complémentaires. Ainsi force est de constater que le CHDLB connaît un plus gros volume en termes de médecine : pneumologie, rhumatologie, affection du tube digestif, chirurgie ORL et stomatologique, chirurgie ophtalmologique (même si l'activité reste faible) et orthopédie traumatologie. A l'inverse le CHM développe une forte activité en chirurgie carcinologique, chirurgie digestive, chirurgie gynécologique et urologie. L'ARH retient donc le principe selon lequel « une répartition des activités est envisageable en posant le principe général que l'établissement qui développe une activité hospitalière, doit assumer, sur l'autre site, pour la spécialité concernée la continuité des soins ».

Ce constat est complété par l'étude des fuites, sur les séjours relevant d'une prise en charge de proximité³¹. Ainsi cette étude montre que deux mouvements existent : des fuites hors territoire de santé Alpes Sud (elles seront étudiées dans la partie suivante et vont représenter un potentiel de développement de l'activité) et des fuites entre les deux CH³². Ainsi il existe un réel mouvement de flux de patients entre Digne et Manosque. En pneumologie, par exemple, en 2007, 63 séjours concernaient, au CHDLB, des patients issus de la zone d'influence du CHM, contre 19 dans le sens inverse. Ce constat va à l'encontre de l'idée que se font les établissements d'un flux de patients uniquement descendant (vers Manosque ou à l'extérieur du territoire de santé). Nous verrons par la suite que cette idée préconçue est un frein à la mise en œuvre de coopération, alors

²⁹ L'ARH considère qu'un seul service de réanimation est suffisant pour couvrir les besoins du territoire de santé Alpes Sud. Or Manosque a inscrit la réanimation en tant que priorité dans son projet médical révisé 2007-2011 (toutefois sans remettre en cause l'utilité de celle de Digne les Bains), ce que le CHDLB ressent comme un acte de défiance.

³⁰ Cf annexe 5

³¹ C'est-à-dire un séjour qui ne nécessite pas le recours à un niveau de plateau technique absent du territoire de santé Alpes Sud.

³² Cf Annexe 6

même que les chiffres et des flux démontrent que des complémentarités existent et sont dictées par les patients eux-mêmes. Sur ce sujet, le Président de la CME du CHDLB déplore le fait que « les habitants du territoire ont compris l'opportunité des complémentarités » avant les établissements eux-mêmes.

Par ailleurs, les deux centres hospitaliers du territoire de santé Alpes Sud se trouvent en difficulté financière. En effet, le CHDLB connaît un déficit important chiffré à 4,5 millions d'euros pour 2008, soutien ARH de 2,5 millions d'euros inclus (7,3% des recettes). En outre cet établissement, identifié comme établissement en difficulté avec Contrat de Retour à l'Équilibre (CRE) depuis 2006 a été tenu de présenter un plan de redressement³³ dont la première tranche a été votée en juillet 2008 par le conseil d'administration. Ce plan ne semble pas porter ses fruits. Ainsi, malgré des coupes drastiques effectuées sur le titre 2 (personnel), les restructurations de services et la fermeture de la Clinique de Libération des Ethyliques (CLE) effectuées dans le cadre de la première tranche du plan, la situation se dégrade et semble être d'origine structurelle. Le CHDLB annonce d'ailleurs à ce sujet que l'objectif du plan de redressement est « sinon de projeter un équilibre total, au moins de rompre avec « l'effet boule de neige » qu'a engendré le caractère structurellement déficitaire de nos activités ».

Le centre hospitalier de Manosque quant à lui paraît, à première vue, dans une situation plus favorable financièrement. Son déficit s'élève pour 2008 à 1,4 millions d'euros soutien ARH d'un million d'euros inclus. Néanmoins la perspective d'un déménagement en 2010 vers le nouveau bâtiment qu'il faut financer et équiper interroge les capacités de l'établissement à maintenir une situation financière acceptable. D'autant plus que, tout comme le CH de Digne, le CH de Manosque semble dans l'incapacité de maîtriser la hausse de ses charges. Par ailleurs, il est à noter que l'ARH envisage la mise en œuvre pour ce CH d'un plan de retour à l'équilibre.

Enfin, la structure d'âge du corps médical va poser des problèmes en termes de volume de recrutement. En effet, en moyenne, et sur les deux CH, un tiers des médecins vont atteindre l'âge de départ en retraite dans les cinq ans à venir, point qui interroge la tutelle compte tenu des difficultés de recrutement et la faible attractivité (contexte géographique et d'activité) des CH et de celui de Digne les Bains en particulier.

³³ Le décret du 27 juin 2008 fixe le seuil au-delà duquel un EPS doit présenter un plan de redressement. Pour la catégorie à laquelle appartient le CH de Digne, le déficit maximal autorisé est de 2 millions d'euros soit 3% des recettes.

Ainsi ces tendances endogènes aux territoires de santé et aux établissements doivent être reliées à un contexte régional difficile afin de tenter d'appréhender dans leur globalité les facteurs ayant un effet sur les décisions de coopération entre les deux CH.

2.1.2 Un contexte régional « réactif » impactant fortement le territoire et ses établissements

Les stratégies que développent les deux CH du territoire de santé Alpes Sud doivent s'appréhender à la lumière de l'analyse d'un contexte régional concurrentiel. Il va être alors déterminant dans la compréhension des liens que développent les établissements avec les autres structures hospitalières implantées dans la région.

2.1.2.1 Un espace régional fortement concurrentiel

Comme nous l'avons vu, la région Provence Alpes Côte d'Azur est porteuse de fortes disparités à la fois géographiques et démographiques. Il s'agit ici de montrer quelles logiques régionales vont impacter l'activité du CHM et du CHDLB.

La région dispose d'une offre de soins en établissement de santé (EPS, Privés et PSPH) fournie, diversifiée et fortement concurrentielle. De nombreuses tendances induisent donc des stratégies de développement. Les deux CH vont donc inscrire leur activité dans un environnement contraignant lié aux spécificités locales. Nous verrons dans la partie suivante la manière dont les CH s'inscrivent dans ce cadre. Le territoire Alpes Sud subit principalement les influences des établissements situés dans les Bouches du Rhône.

L'offre sur ce département est très importante et présente un fort degré de technicité. Ainsi, dans la ville Marseille, métropole en fort développement, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) est considérée comme le premier centre hospitalier de la région PACA. Elle regroupe quatre hôpitaux soit plus de 3 500 lits et places. C'est aussi un pôle privilégié de la médecine d'excellence. Centre hospitalier universitaire (CHU), il dispose d'un niveau technologique qui lui permet de prendre en charge les demandes médicales les plus pointues. Son attractivité dépasse alors les frontières régionales pour les cas qui nécessitent une haute technicité et des équipements sophistiqués. Enfin, les extensions (170 lits supplémentaires fin 2009) et le projet d'ouverture d'un

TRAUMACENTER³⁴ annoncé pour 2010 font de Marseille un pôle très attractif en termes d'offre de soins et de professionnels de santé, ce qui pèse sur l'activité des autres CH du département.

Celui qui nous intéresse plus particulièrement est le centre hospitalier du pays d'Aix (CHPA) puisqu'il se situe sur l'axe de communication reliant le territoire de santé Alpes Sud et le littoral. Cet établissement réalise 26 193 séjours pour une capacité de 803 lits et places. Il se situe à 25 minutes d'autoroute du CHU et à 45 minutes du CHM. Il dispose d'un plateau technique plus étoffé que ceux des deux CH du territoire de santé Alpes Sud. Sa position vis-à-vis de Marseille l'oblige à mettre en œuvre des stratégies pour maintenir l'activité qui a tendance à se déporter vers l'AP-HM.

De plus, la clinique privée Axium, à Aix en Provence, concurrence fortement le CHPA, en particulier sur l'ambulatoire et les activités les plus tarifantes³⁵. Ainsi, l'ARH a annoncé lors de notre entretien, que le CHPA tentait de développer des coopérations avec les autres centres du département notamment Salon de Provence. D'autre part, des liens sont créés depuis longtemps avec le CHM³⁶, avec lequel il est question de développer des filières de soins ou des recrutements conjoints. Les liens avec le CHDLB existent mais dans une moindre mesure.

Des fuites sont observées également vers le Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS)³⁷ mais qui sont, dans la majorité des cas, liées à des impératifs d'accessibilité. La description et l'analyse de cette offre à la lumière de l'étude de la répartition des lieux de séjours effectués par les habitants du territoire de santé Alpes Sud PMSI 2007 illustre ce phénomène d'attractivité.

Ainsi pour conclure, l'analyse de la répartition du total des séjours en MCO des habitants du territoire de santé par établissement en 2007³⁸ illustre l'existence de fuites importantes vers ces établissements. En effet, alors que les deux CH de Digne (22%) et Manosque (20%) ne réalisent que 42% de ces séjours, les établissements hors territoire représentent 45% de ces derniers. L'AP-HM en capte 10%, le CHPA, 8% et enfin la Clinique Axium, 4%. Ces quatre établissements rassemblent donc 22% des séjours soit autant que le

³⁴ Création d'un centre de référence régional en matière de traumatologie. Ce centre de 56 lits d'hospitalisation sera dédié à l'accueil des polytraumatisés. La direction de l'AP-HM évoque une efficacité « comparable aux grands centres américains ».

³⁵ Par exemple, la clinique Axium capte un taux important des interventions de la cataracte.

³⁶ Nous noterons à ce sujet, et pour l'anecdote, la plaisanterie ayant cours au CHPA, relayé par un professionnel de santé lors d'un entretien « Le CHPA développe une nouvelle spécialité : les Alpes de Haute-Provence »

³⁷ Le CHICAS est issu de la fusion en 2006 du CH de Gap, situé dans le département des Alpes du Nord et du CH de Sisteron situé dans les Alpes de Haute-Provence.

³⁸ Données PMSI 2007

CHDLB. Il est alors nécessaire d'appréhender la façon dont se positionnent les CH du territoire de santé Alpes Sud, au regard de cet environnement très contraignant.

2.1.2.2 Comment s'inscrivent les deux centres hospitaliers dans cet environnement ?

Nous avons vu dans la partie précédente que le contexte régional entraînait une fuite des activités liés à des patients relevant de l'aire du territoire de santé Alpes Sud. Même si l'on peut expliquer une partie de ce mouvement par une nécessité d'accès à un plateau technique à degré de technicité élevé, dont ne disposent pas les deux CH du territoire, il apparaît qu'il existe un manque d'attractivité de ces établissements. En effet, l'étude des fuites hors territoire de séjours relevant d'une prise en charge de proximité faite par la DRSM sur la base du PMSI 2007 illustre le potentiel de réserve d'activité pour les deux CH³⁹. Par exemple, pour les affections du tube digestif, sur les 6445 consommations relevant de prise en charge de proximité des habitants du territoire, 2715 sont effectuées hors du département ce qui révèle un réel manque d'attractivité des établissements.

De plus, les CH du territoire doivent faire face à des fuites vers des établissements du territoire en particulier la clinique privée Toutes Aures à Manosque. En effet, cet établissement capte des séjours sur des activités chirurgicales tarifantes à hauteur de 16% (l'impact est moindre sur la médecine et l'obstétrique : 4%). Il ressort des entretiens avec les équipes des CH que l'attractivité de la clinique Toutes Aures touche plus fortement l'activité du CHM qui annonce peiner, face à cette concurrence, à développer son activité ambulatoire.

Ainsi, les deux CH du territoire se doivent de se positionner à la lumière des tensions concurrentielles qu'ils subissent. Les entretiens ont fait apparaître les positionnements suivants. Le CHM, nous l'avons vu, entretient des liens forts avec le CHPA et est à la recherche de complémentarités médicales avec ce dernier afin qu'il devienne un centre de second recours. Lorsqu'est évoquée, avec les personnes interrogées du CHM, une possible absorption par le CHPA, la réponse donnée est la suivante « ça ne nous pose pas de problèmes fondamentaux ». Le CHM se tourne donc vers le nord des Bouches du Rhône, ne considérant pas « comme essentielle et stratégique pour le CHM la coopération avec le CHDLB ». Cette position interroge la notion de prise en charge territorialisée et l'accès à tous à des soins de qualité dans la mesure où cette hypothèse, lorsqu'elle est évoquée avec la tutelle est considérée comme contraire aux objectifs fixés. Ainsi l'ARH déplore ces mouvements stratégiques puisqu'ils sont en opposition avec la

volonté de créer la structuration d'une offre de soins, capable de faire face aux pressions concurrentielles exercées au niveau régional et ainsi garantir une prise en charge sur le territoire, nécessaire à la maîtrise de l'enclavement existant. Pour la tutelle, cela passe par des coopérations préalables entre le CHDLB et le CHM afin d'avoir un poids suffisant dans les négociations avec le CHPA, d'autant plus que, nous l'avons vu les chiffres viennent illustrer le potentiel en termes de complémentarités médicales. L'ARH déplore à ce sujet « un manque de cohérence ».

Le CHDLB a un positionnement proche de celui de la tutelle. Le personnel médical entretenu a compris l'enjeu pour ce territoire des coopérations préalables avec le CHM. Néanmoins il nous a été indiqué que « compte tenu des difficultés relationnelles avec le CHM, des médecins du CHDLB ont rejoint des groupes de travail avec Aix, même s'il aurait été préférable de travailler dans un premier temps avec Manosque ».

Il semble donc que les deux établissements aient choisi, dans des proportions différentes, une stratégie extra territoriale de rapprochement alors même que les spécificités locales rendent nécessaire le développement de complémentarités pour garantir une offre de soins pérenne sur le territoire.

2.2 ...Peu propice à la mise en œuvre de coopérations structurantes pour l'offre de soins

Compte tenu de ce contexte spécifique, il s'agit dans cette partie de mettre en lumière les actions menées par les établissements et la tutelle en termes de rapprochements et de complémentarités entre les deux CH. L'accent sera mis sur la nécessité qui se fait jour de déployer une stratégie structurante pour le territoire. Ainsi, il sera nécessaire d'effectuer un retour sur l'existant en matière de coopération afin de tenter de mettre en lumière les freins identifiés comme rendant difficile la mise en œuvre volontaire de coopération.

2.2.1 État des lieux des coopérations existantes

Nous verrons que les deux CH développent des complémentarités. Par choix et par simplification, nous n'exposerons que les coopérations réunissant, entre autres, le CHM et le CHDLB. Nous garderons néanmoins à l'esprit que des conventions et GIE sont

³⁹ Cf annexe 7

signés avec d'autres établissements (publics ou privés) ou des professionnels de santé⁴⁰. Ainsi, nous ferons le point sur les coopérations existantes et les logiques qui ont permis d'y aboutir mais aussi de tenter de comprendre, à l'inverse, celles qui ont mené à l'avortement de certains projets.

2.2.1.1 Des coopérations formalisées mais peu structurantes

Il existe, entre les deux établissements un nombre très restreint de coopérations. En matière d'activités médicales elles sont quasi inexistantes. Une coopération sur les astreintes en ophtalmologie et en ORL est en place mais les différents entretiens ont fait apparaître le fait qu'elle tenait plus d'une action stratégique due à un manque de spécialistes qu'à une réelle volonté de créer une nouvelle dimension pour la prise en charge.

La seule forme de coopération réellement aboutie à ce jour entre les deux CH, trois hôpitaux locaux et un Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) reste le SIH des Alpes de Haute Provence. Sa création illustre parfaitement les difficultés pour les deux CH à travailler ensemble. Le SIH des Alpes de Haute Provence a pour but de gérer de façon commune, au sein d'une entité juridique unique l'activité de blanchisserie, le réseau départemental d'hygiène, l'Imagerie par Résonances Magnétiques (IRM), la télémédecine, l'équipe mobile de gériatrie, l'équipe mobile de soins palliatifs et enfin l'hospitalisation à domicile (HAD). Créé par arrêté du Directeur de l'ARH (DARH) le 29 novembre 2002, il n'a pourtant été entériné par les conseils d'Administration (CA) des établissements adhérents que durant le dernier trimestre 2004. Ce délai nous ayant interpellé, nous avons, lors de nos différents entretiens évoqué ce phénomène. Il en est ressorti les informations suivantes. Les deux CH s'accordent pour dire que cette coopération n'a abouti que dans la mesure où elle a été portée et imposée par la tutelle. Les deux établissements étaient réfractaires à l'idée de perdre une partie de leurs prérogatives au profit d'une entité nouvelle, et c'est surtout la localisation des équipements et structures mis en commun qui a posé de nombreux problèmes. Il est à noter, qu'aujourd'hui, après cinq ans d'existence du SIH, le ressentiment sur les négociations est encore bien présent dans les deux établissements.

La tutelle déplore par ailleurs les difficultés de développement de la HAD dans le cadre de ce SIH. Tous les acteurs font le même constat, estimant que cela est dû aux mauvaises

⁴⁰ Par exemple la convention de type « clinique ouverte » existe entre le CHDLB et des chirurgiens orthopédistes ou le GIE IRM conclu entre les deux CH et les cabinets libéraux du

relations qu'entretiennent les deux CH. A l'inverse, les équipes mobiles semblent fonctionner de façon plus que satisfaisantes (éléments abordés par toutes les personnes entretenues) mais ceci semble être lié à la personnalité des professionnels qui les animent. Ainsi se pose dès à présent la question de l'impact de ces freins à la coopération sur l'offre de soins. Les coopérations existantes ne peuvent donc pas, à notre sens, être qualifiées de structurantes pour le territoire puisque même lorsqu'elles sont effectives, des difficultés importantes se font jour.

2.2.1.2 Des partenariats ponctuels ou avortés en termes de soins

Cependant, l'historique des relations qu'entretiennent les deux CH montre que le développement volontaire de complémentarités est possible en matière de soins et dès lors qu'elles se mettent en place, qu'elles fonctionnent très bien. L'existence de mutualisations ponctuelles d'équipes soignantes est ressortie des entretiens. Ainsi nous prendrons comme exemple la mise à disposition d'un chirurgien par le CHDLB lors d'un arrêt maladie d'un homologue à Manosque pour leur permettre de faire fonctionner leur maternité et de ne pas suspendre l'activité. Les directions des deux CH sont d'ailleurs unanimes et affirment la bonne conduite et la nécessité de cette coopération. Ce type d'initiative est annoncé comme « rare » et dont « le seul objectif est de se rendre service afin d'assurer la continuité des soins ». Néanmoins, la notion de « ponctuel » a souvent été reprise par les entretenus ce qui met en lumière une volonté d'éviter, notamment pour le CHM une formalisation trop poussée qui pérenniserait dans le temps les complémentarités de type médical.

En outre, certains projets de coopération entre les deux établissements échouent. Nous prendront par exemple la question du dépôt des dossiers d'autorisation dans le cadre du SROS III Cancérologie. Même si les deux CH collaborent dans le cadre de la cellule ou centre de coordination en cancérologie (3C) (obligation liée à la mise en œuvre du plan cancer⁴¹), cet exemple est symptomatique dans la mesure où il illustre toutes les difficultés des deux établissements à s'entendre sur des dossiers importants pour la prise en charge médicale sur le territoire. Ainsi, dans l'optique du dépôt des dossiers d'autorisation en cancérologie (volet chirurgie et chimiothérapie), des modalités de regroupement dans le cadre d'un GCS avaient été envisagées par le CHDLB. Les tensions sur ce sujet ont éclaté lors d'une réunion menée conjointement par la DDASS, l'ARH et la DRSM, en présence de la direction et des équipes médicales des deux CH.

département.

Cette réunion avait pour objet de « convaincre » les deux CH de la nécessité impérieuse de développer des coopérations dans le domaine médical. Ainsi, la question du dépôt d'un dossier commun d'autorisation prenait tout son sens dans le domaine de la cancérologie.

En effet, la chirurgie carcinologique et la chimiothérapie sont soumises à des seuils d'activités de plus en plus contraignants que les deux établissements vont avoir du mal à maintenir. L'idée qui a prévalu dans ce projet était de demander une autorisation globale (chimiothérapie et chirurgie) pour le GCS et la répartition entre les deux entités des activités. Ceci aurait permis de cumuler les activités du CHDLB et du CHM et donc d'atteindre confortablement les seuils nécessaires à l'obtention de l'autorisation. Or le CHM a condamné l'attitude du CHDLB qui « a travaillé sur le GCS dans notre dos, et l'a présenté à l'ARH sans s'être concerté avec nous » et a déposé son dossier de demande d'autorisation pour la chirurgie et la chimiothérapie. Le CHDLB a fait de même pour la chimiothérapie uniquement. La tutelle, favorable à l'idée d'un GCS a proposé aux deux CH de faire une « déclaration commune d'intention » mais de fortes rivalités entre les équipes médicales ont mis un terme au projet.

Le CROS a rendu son avis le 21 septembre 2009 en autorisant le CHDLB pour la chimiothérapie et le CHM pour la chirurgie qui a par ailleurs obtenu un avis défavorable pour la chimiothérapie. Le CHM devrait donc devenir site associé pour la chimiothérapie (la même chose pour le CHDLB pour l'activité chirurgicale). Sans émettre de jugement de valeur, la question qui se pose ici est la possible répétition, dans l'avenir, de situations de blocage identiques dans la mesure où les seuils à atteindre pour l'obtention d'autorisation tendent à être de plus en plus élevés.

Par ailleurs le problème de l'affichage vis-à-vis de la population et l'attractivité des établissements pour les professionnels de santé inquiètent la tutelle. Enfin, tutelle et élus locaux s'interrogent sur le rôle des deux CH dans l'animation du territoire de santé, puisqu'ils tendent à bloquer des projets pourtant structurants pour l'offre de soins.

Ainsi, il semble impossible pour les deux établissements de s'entendre volontairement et durablement sur des projets structurants, alors même qu'ils sont en situation difficile, face à un environnement mouvant et à une modification des comportements de soins. Il est donc nécessaire de s'interroger sur les déterminants de ces difficultés.

⁴¹ Les missions et le cahier des charges national des 3C figurent dans la circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie publiée le 22 février 2005.

2.2.2 Des freins au développement de coopérations plus structurantes :

Les entretiens effectués, la participation aux réunions avec la tutelle et la présence aux CA des deux CH au moment de l'approbation des EPRD sont autant de canaux permettant d'analyser et de mettre en lumière les déterminants des difficultés que connaissent les établissements en termes de coopération. Elles semblent être de deux ordres : liées au territoire mais également aux acteurs, qu'elles soient clairement déclarées ou sous-jacentes.

2.2.2.1 Des limites avancées liées au territoire

Ici les limites sont de deux ordres. En effet, les difficultés annoncées sont inhérentes, à la fois à la configuration du territoire mais également aux tensions qui existent entre les deux villes et qui rejaillissent au sein même des CH.

En effet, le territoire, comme nous l'avons vu, connaît deux réalités, la ville de Manosque est desservie par l'autoroute et se développe économiquement, Digne est Préfecture de département mais est enclavée dans une vallée difficile d'accès. Cette configuration mène les établissements, notamment le CHM, à avancer des arguments formels pour expliquer les freins « insurmontables » à la mise en œuvre de complémentarités. Ainsi les deux établissements s'accordent sur le fait que « le manque de coordination du transport inter hospitalier (TIH) ne permet pas d'envisager des démarches communes en matière de coopérations médicales ». Ainsi ils considèrent que les conditions préalables ne sont pas remplies.

De plus, du côté du CHM, on estime que « les équipes médicales sont trop petites aujourd'hui pour mettre à disposition des uns et des autres des professionnels de santé ». Sur ce point, le CHDLB indique au contraire que « la mise en place d'équipes conjointes pourrait permettre de rendre plus attractif le territoire pour les professionnels ». Nous voyons ici l'impossibilité de s'entendre sur un sujet pourtant crucial et souvent évoqué par l'ARH : rendre attractif cette zone compte tenu des difficultés de recrutement médical. C'est alors la vision du territoire de santé lui-même qui est remise en question.

En effet, ce territoire de santé Alpes Sud n'est pas vécu de la même manière par les établissements. Le CHDLB, du fait de sa situation géographique et financière a compris l'intérêt, pour sa sauvegarde, de s'ouvrir vers le CHM puis vers le CHPA afin de se prémunir d'une disparition progressive. Dès lors compte tenu de sa situation particulière et de la nécessité de maintenir une offre de soins hospitaliers de proximité sur le

département, le CHDLB reconnaît « la légitimité et la nécessité de maintenir le territoire de santé tel qu'il existe aujourd'hui ». A l'inverse, le CHM estime que « les patients ne remontent pas la vallée et que le territoire de santé naturel n'est pas le découpage imposé par la tutelle, il n'a pas de sens », ils avancent également la proximité du site de Cadarache comme « un débouché pour leur activité »⁴². Ceci interroge alors grandement la possibilité, dans l'état actuel des choses, de pouvoir développer des complémentarités structurantes alors même que les établissements s'opposent vivement sur l'espace et donc sur les acteurs entre lesquels elles devraient être mises en œuvre.

Enfin, les deux villes entretiennent des tensions historiques. Les entretiens avec les élus locaux et la tutelle (ARH et l'IASS en charge du dossier à la DDASS) ont permis de rendre compte de cette réalité. Manosque « la bourgeoise » et Digne « la populaire » sont depuis très longtemps en opposition sans qu'une explication rationnelle puisse nous être donnée. Ces antagonismes sont entretenus, selon les personnes interrogées, par « une rivalité politique importante, que ce soit entre les municipalités mais aussi avec le Conseil Général ». Ces dissensions se font sentir à l'intérieur des structures au sein du personnel puisque chacun définit l'autre comme un « ennemi ». Ce clivage est également doublé d'une opposition syndicale puisque l'organisation majoritaire est différente selon le CH. De vives tensions entre les organisations vécues en CA illustre ce problème.

Dès lors, les contraintes structurelles liées au territoire, les divergences concernant l'existence de ce territoire de santé mais aussi les oppositions politiques et syndicales sont autant de facteurs qui, à notre sens, impactent de façon très négative les possibilités de voir se développer volontairement des coopérations entre les deux établissements

2.2.2.2 Des limites liées aux acteurs

Les jeux d'acteurs sont également déterminants sur ce dossier. Les entretiens mettent en lumière l'importance des personnalités présentes dans les établissements. Il s'agit ici de se prémunir de tout jugement de valeur et d'exposer ce qui est ressenti à la fois par la tutelle et les élus locaux comme des freins liés aux acteurs et à leurs perceptions.

⁴² A ce jour, aucune étude ne vient confirmer ou infirmer un impact du projet ITER, par le volume de population qu'il attire, sur l'activité du CHM. Néanmoins, la structure de la pyramide des âges ne semble pas aller dans le sens de l'argument du CHM puisqu'il s'agit en majorité de personnes jeunes donc ayant, généralement, des besoins en soins hospitaliers faibles et avec un degré de technicité important (pathologies aiguës et non chronique).

En effet, l'appréhension de la notion de coopération est un enjeu majeur. Ainsi, chaque établissement se sent menacé par l'autre dans le cadre de la mise en œuvre d'une coopération. L'ARH indique à ce sujet que « cette situation est en partie due aux difficultés du CHDLB ». Le CHM redoute alors d'être « tiré vers le bas » et d'avoir à supporter les difficultés financières de Digne. Nous pensons que cette inquiétude est dans une certaine mesure liée au transfert imposé par la tutelle en 1997, de la clinique Jean Giono au CHM qui a entraîné des difficultés financières pour la structure. Du côté de l'équipe du CHDLB, la crainte prépondérante est que les coopérations se fassent « en défaveur du bassin dignois et de ses habitants en reléguant le CHDLB au rang d'hôpital de proximité, au sens négatif du terme ». Ainsi, la crainte d'être « perdant » dans les processus de coopération est très présente dans les propos recueillis dans les entretiens. Or la notion de confiance est importante dans ce type de projets. C'est à ce sujet que l'ARH déclare que « l'expérience montre que la coopération ne fonctionne que lorsqu'elle vient des établissements ».

De plus, tutelle et élus locaux s'inquiètent de la façon dont sont gérés les établissements. En effet, le ressenti est unanime. L'ARH évoque « un manque de volonté institutionnelle » dans les deux CH de développer des complémentarités. Une personne entretenue va plus loin et dénonce « l'absence d'écoute et de réflexion » dans la mesure où elle estime que ce dossier et donc la volonté de coopérer est avant tout « une question d'égo ». Dans le cas du CHDLB, il semble exister également des difficultés avec le corps médical, la direction n'étant « plus capable d'imposer ses décisions aux équipes médicales ». Nous pouvons donc constater, au travers des propos recueillis qu'il existe une crise des directions dans les deux établissements et plus particulièrement au CHDLB. L'ARH résume ainsi ce point : « les directions sont aux antipodes, les réorganisations ne seront pas possibles avec les personnes en place ». Nous noterons ici, l'existence, en plus des difficultés internes, celles qui résultent des relations inter établissements. La méfiance est telle entre les deux structures qu'ils « cherchent par tous les moyens à développer des complémentarités hors du territoire de santé ».

La nature de tous ces facteurs pose alors la question de la prise en compte de l'intérêt de l'utilisateur dans ce dossier, qui semble quelque peu oublié.

En conclusion, les deux établissements inscrivent leur activité dans un environnement contraignant à de nombreux niveaux. Ces éléments de contexte rendent nécessaire le développement des complémentarités entre les deux CH. Or il apparaît que des freins importants sont de nature à bloquer tout processus allant dans ce sens. Ainsi, la tutelle se trouve au centre d'une situation complexe compte tenu des défis à relever tels que le maintien d'une activité de proximité sur le territoire de santé, le développement de

l'attractivité pour les professionnels, ou même la réorganisation de l'offre pour pallier les difficultés financières des structures. Elle doit alors réfléchir à une solution qui permette d'atteindre ces objectifs, en contournant les freins existant et tout en ne mettant pas en péril la notion d'accès de tous à des soins de qualité.

3 La fusion d'établissements comme alternative à la coopération : une application prospective

Comme nous l'avons vu, les CH du territoire Alpes Sud connaissent de grandes difficultés à communiquer et à s'entendre sur des projets de rapprochement, malgré l'insistance de la tutelle à ce sujet. Il s'agit donc pour les pouvoirs publics de trouver une alternative viable à proposer et à imposer aux structures. Il s'agit de répondre à la nécessité de structurer une offre de soins adaptée aux besoins de la population afin de leur en garantir l'accès.

Ainsi, après avoir mis en lumière l'impossibilité de mettre en œuvre les outils de coopération tels qu'ils ont été présentés, il s'agira de présenter la fusion comme l'alternative possible tout en proposant des pistes d'action pour la tutelle.

Il ne s'agira donc pas, dans cette partie de faire un relevé théorique des avantages et inconvénients de la fusion et des éléments d'amélioration, mais de mettre en lumière, l'intérêt d'une telle démarche pour le territoire mais aussi, au travers de la spécificité de l'outil, la place que doit prendre la tutelle, notamment en termes de management et d'accompagnement dans la mise en œuvre d'un projet de fusion.

3.1 La fusion : une opportunité pour le territoire de santé Alpes Sud

Les conclusions tirées de nos différentes investigations montre la nécessité d'appréhender l'application des outils de coopération au travers du prisme des spécificités locales. Ils ne sont donc pas déclinables et adaptables à toutes les situations.

Nous rappelons dès à présent, le choix effectué. La fusion n'est pas considérée comme un outil de coopération poussée. Elle est assimilable, à notre sens, à une alternative, dans la mesure où elle n'est pas susceptible de retour en arrière mais surtout substitue une nouvelle entité juridique aux établissements fusionnant. Ainsi nous verrons dans quelles mesures la coopération semble définitivement impossible à mettre en œuvre actuellement, puis en quoi la fusion présente des avantages pour le territoire de santé Alpes Sud.

3.1.1 De la coopération impossible à la fusion

Nous verrons que les outils disponibles ne pourront pas s'appliquer au contexte local de ce territoire compte tenu de clivages impossibles à dépasser. Ainsi il sera nécessaire de

rechercher une alternative à la coopération, rôle que semble jouer la fusion d'établissements.

3.1.1.1 La coopération : un outil qui n'est pas suffisant pour le territoire

Les outils de coopération tels qu'ils sont proposés par le législateur ne semblent pas pouvoir s'appliquer entre les deux CH. En effet, les relations qu'entretiennent les établissements, les jeux d'acteurs, et les caractéristiques des outils mis à disposition s'avèrent incompatibles.

Ainsi, nous avons vu que toute mise en œuvre de complémentarités devait, pour réussir, être le fait des établissements et donc émaner d'une volonté commune. Or ici, les difficultés relationnelles, la méfiance, le poids de l'histoire, illustré par l'échec de la mise en place du GCS Cancérologie, sont autant de facteurs qui mettent en lumière l'impossibilité de mettre en œuvre des démarches globales et concertées au service du territoire. L'ARH explique à ce titre que « les antagonismes entre les deux équipes rendent les rapprochements impossibles ». Tant qu'il n'existe pas de volonté de travailler ensemble sur des rapprochements structurants pour l'offre de soins, aucun projet ne pourra aboutir, même s'il est imposé par la tutelle.

Ceci rejoint le fait que la spécificité même des outils les rend inadaptés au contexte local. En effet, il est impossible pour les deux établissements et équipes médicales de s'entendre. Ainsi, forcer à la coopération ne serait pas une fin en soi pour la tutelle, même si l'inscription au SROS et la gestion d'autorisation sont des outils de contrainte à sa disposition. En effet, soit les établissements chercheraient, par tous les moyens, à la dénoncer ou à la contourner soit s'inscriraient dans un projet sans perspective qu'ils sont incapables de porter et de faire vivre. Ceci renvoie aux difficultés que rencontre le SIH pour développer son activité.

De plus, il semble que la complexité de la situation vienne surtout des divergences de stratégies mises en œuvre par les établissements. La question qui se pose alors est celle de la direction conjointe. Cette perspective, abordée avec la tutelle n'apparaît pas comme satisfaisante. En effet, cette modalité de rapprochement ne permet pas de contourner les divergences. L'existence d'une direction conjointe n'exclut pas la tenue de deux CA, et de deux CME. Or ces lieux de concertation fixent la politique de l'établissement et sa stratégie. Les oppositions seront alors toujours présentes, notamment pour les équipes médicales. Ainsi, la pluralité des instances ne satisfait pas à la nécessité de déployer des stratégies communes en matière d'offre de soins pour le territoire de santé.

Enfin, les deux CH s'accordent pour dire qu'ils attendent beaucoup des pouvoirs publics, notamment dans cadre de la mise en œuvre de la loi HPST qui sera « peut être l'occasion d'avoir plus de poids de la tutelle ». En outre à la question « pensez-vous qu'il y a un CH de trop sur le territoire », ce qui implique qu'il y aurait une offre inadaptée au territoire, toutes les personnes entretenues ont répondu par l'affirmative.

Ainsi, face à une demande d'action de la tutelle et la nécessité de développer une stratégie commune de réorganisation de l'offre de soins affirmée par tous, la fusion des deux établissements, semble être une réponse possible à cette situation complexe.

3.1.1.2 Fusion des établissements : principes

La notion de fusion est présente dans le décret du 24 septembre 1973⁴³ et a pris une nouvelle ampleur avec l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996. La fusion reste également un outil à disposition du DGARS qui garde les mêmes compétences que le DARH dans ce domaine⁴⁴. Elle peut également être initiée par les établissements eux-mêmes, même si la pratique montre que ceci n'est pas la règle. Les projets de fusion sont souvent le fait d'une volonté de la tutelle

Nous tenons à distinguer ici la notion d'absorption et de fusion. En effet, l'absorption sous entend une logique de prise de pouvoir de l'une des structures sur l'autre. Ce mouvement représente tout ce qui est à éviter pour le territoire : que le regroupement se fasse en faveur d'un des deux établissements qui regrouperait un grand nombre d'activité, créant alors des lacunes dans l'offre de soins sur des zones entières du territoire.

La fusion quant à elle est définie comme « l'union d'éléments distincts en un tout homogène ». Il y a fusion lorsque deux établissements s'allient pour n'en former plus qu'un. C'est-à-dire que « deux établissements de taille équivalente - qui peuvent être tout aussi bien en péril qu'en bonne santé - cherchent soit à atteindre le seuil minimal pérennisant leur survie, soit à parvenir à un stade supérieur de développement financier, technique et sanitaire »⁴⁵. Elle est donc l'intégration de plusieurs personnes morales (ici les CH) dans une personnalité morale nouvelle et unique. Ainsi, si elle est d'abord juridique par l'acte de constitution, elle est également administrative, financière, patrimoniale logistique, technique et médicale. Ceci va, nous le verrons par la suite,

⁴³ Décret 73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et à la suppression des établissements d'hospitalisation publique.

⁴⁴ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 stipule que le DGARS peut « prononcer la fusion des établissements publics de santé ».

⁴⁵ G. Adda, E. Benaim, C. Letournier, Y. Mourier, « fusion et démocratie sanitaire » DH Magazine, novembre 2002.

nécessiter la prise en compte de toutes ces dimensions dans la mise en œuvre d'un projet de fusion.

L'objectif d'une fusion est double : améliorer le fonctionnement de la structure et adapter le SPH aux besoins de santé. La fusion ne doit donc être, ni une absorption ni uniquement mue par une volonté de rationalisation des dépenses. Ainsi, à notre sens, cette démarche n'a de raison d'être que si elle s'inscrit au préalable dans une vision territorialisée de l'offre de soins permettant l'adaptation de cette offre aux besoins des populations et donc permettant de rationaliser les dépenses.

Par ailleurs, par l'atteinte de seuils d'activité, la fusion peut également permettre d'atteindre un niveau de sécurité plus important.

Dès lors, l'équale accessibilité des usagers aux soins qui implique des notions de proximité, de permanence des soins et de couverture de l'ensemble du territoire est, comme nous l'avons vu, une valeur forte de notre système de santé défendue par tous. Elle oblige donc à maintenir de nombreuses structures dans un double objectif de santé publique et d'aménagement du territoire. C'est pourquoi nous partageons l'idée selon laquelle « l'objectif des fusions ne peut être en soi la suppression d'hôpitaux mais la rationalisation de l'offre de soins qu'ils représentent en vue de répondre au mieux aux besoins de la population »⁴⁶.

La fusion semble alors, dans notre situation, apporter des éléments de solution tant dans le domaine économique (maîtrise des coûts), géographique (maintien d'activités de proximité), démographique (problèmes de recrutements) que stratégique (surmonter les freins et rassembler autour d'un projet commun).

3.1.2 La fusion d'établissements : une solution qui semble adaptée aux besoins du territoire

La fusion, telle qu'elle est définie précédemment, peut, dans de nombreux aspects apporter des réponses pour la tutelle à la situation complexe qui existe sur le territoire de santé Alpes Sud. Mais il ne faut pas, à notre sens, perdre de vue les limites qui peuvent se présenter et auxquelles il faudra porter une attention particulière dans la mise en œuvre de la démarche.

⁴⁶ Groupe d'étude et de recherche sur les regroupements et fusions d'établissements publics de santé. Mars 2002.

3.1.2.1 Impulser une nouvelle organisation décloisonnée et trouver un nouveau souffle pour l'offre de soins

La mise en œuvre d'une fusion du CHDLB et du CHM semble apporter un certain nombre de réponses aux problèmes qui ont été exposés. L'existence d'une structure unique peut venir décloisonner l'organisation et permettre une réelle réorganisation de l'offre de soins. En effet, regrouper sous une même entité juridique les deux CH tout en gardant les deux unités géographiques a un avantage important pour le territoire : disposer d'instances uniques de décision et donc déterminer une seule stratégie, au service d'une démarche territorialisée de l'organisation de l'offre de soins. Les clivages seraient alors, de fait, dépassés, puisqu'il ne pourrait résulter des délibérations qu'une seule décision.

De plus, l'éloignement de la dimension politique, par l'obtention d'un statut « intercommunal » et la mise en œuvre de la loi HPST⁴⁷ peut permettre d'aller au-delà des rivalités politiques historiques qui imprègnent les relations entre les deux CH.

Par ailleurs, le maintien des deux structures géographiques mais sous une même entité juridique présente plusieurs atouts pour l'offre de soins. Ainsi, la question liée à l'atteinte des seuils pour l'obtention des autorisations relatives aux différents volets du SROS est en partie résolue avec cette démarche. La fusion des établissements implique l'addition des volumes d'activité, des activités qui étaient menacées dans le cadre de l'existence de deux structures se trouveraient pérennisées.

Cet outil semble également avoir l'avantage d'apporter une réponse aux problèmes de recrutement des personnels de santé. En effet, la mutualisation des plateaux techniques et le recrutement dans le cadre d'un établissement ayant deux localisations peut rendre le CH attractif pour les professions médicales : le recrutement se fait avec obligation d'intervenir sur les deux structures, dans le cadre d'équipes mobiles, garantissant un volume d'activité et une technicité supérieure à celle qui existe actuellement.

Enfin, la rupture avec le modèle d'opposition actuel pourra permettre de développer des projets adaptés au territoire, tout en gardant des activités de proximité vitales sur les deux sites. Ainsi au-delà du maintien de la maternité et des urgences sur les deux sites, de la réanimation à Digne, la tutelle réfléchit déjà (avec l'appui de certains membres engagés des communautés médicales) à des opportunités de partage de l'activité et de

⁴⁷ La loi réduit le pouvoir des élus locaux au sein des EPS. La présidence du CA occupée par le Maire de la commune est remise en cause. Le nouvel organe délibérant, le conseil de surveillance, où ils siègent a perdu de ses attributions.

développement de pôles à orientation gérontologique, pour approcher au plus près des besoins de la population du territoire.

3.1.2.2 Des écueils à éviter

Même si la mise en œuvre d'un tel projet, peut se référer à des notions portant sur les fusions dans le domaine marchand, il semble nécessaire ici de rappeler que la nature des objectifs, et le champ auquel il s'applique, engendrent des risques pour les structures et le territoire.

En effet, une fusion est l'opportunité de créer une nouvelle entité dont les acteurs vont en écrire les règles. L'instauration de « lois » claires et transparentes semble pouvoir canaliser les affrontements individuels. Néanmoins, elle présente des spécificités et des limites qui doivent être connues et anticipées par le porteur du projet afin d'éviter les écueils qui s'y rattachent.

Ainsi, si les fusions n'apparaissent que rarement « naturelles », une fois décidées, elles doivent être menées jusqu'à leur terme. En effet, en cas d'échec, de lourds dommages sont à prévoir : « pertes financières, rupture de la dynamique, remise en cause des projets médicaux, dégradation de l'image de marque, destruction de la culture »⁴⁸. En résumé, ce qui est par ailleurs le cas pour toute fusion quel que soit le domaine concerné, le résultat serait assimilable à une crise de confiance, interne et externe, ce qui dans notre cas pourrait aboutir à une perte définitive d'attractivité et de reconnaissance de l'établissement de la part des habitants du territoire.

Cela rajoute donc une dimension à la complexité de la situation de départ : même si elle est une réponse à la situation actuelle, la fusion, si elle est engagée, doit réussir, au risque de condamner, en cas d'ineffectivité et de retour en arrière, le territoire, entraînant une désorganisation complète de l'offre de soins et rendant la situation encore plus dégradée que celle qui prévaut aujourd'hui.

Les auteurs mettent également en lumière le fait que « les principales causes d'échec sont liées à des conflits avec le corps médical, des désistements caractériels individualistes ou à la répartition des moyens budgétaires »⁴⁹. Ces divergences ne sont pas résolues par le simple mouvement du à la fusion. Au contraire, celle-ci les amplifie dans une structure plus vaste, face à un « agresseur » (le porteur du projet) avec lequel le

⁴⁸ G. Adda, E. Benaim, C. Letournier, Y. Mourier, « fusion et démocratie sanitaire »DH Magazine, novembre 2002

dialogue peut s'avérer difficile à instaurer. Aux conflits d'intérêts verticaux traditionnels, viennent alors s'ajouter les oppositions horizontales entre les services identiques de chacune des deux structures qui vont se sentir « menacés » et en « danger ». Cette situation peut freiner, voire empêcher, toute dynamique globale en vue de mettre en place un projet médical commun. Il paraît donc important, compte tenu du postulat avancé ici, de travailler avec les établissements en amont afin d'apaiser des tensions, qui pourraient venir mettre en péril la démarche.

Dès lors et en théorie, la fusion des deux établissements semble pouvoir résoudre, en partie, les difficultés auxquelles se heurte la tutelle. Elle peut donc être qualifiée dans ce cas de « fusion restructurante reposant sur une réorganisation des activités de soins »⁵⁰. Néanmoins la quasi « obligation de résultat » qui émane d'une telle démarche dans le domaine de la santé nécessite de mettre en œuvre une méthode d'action intégrée qui prend en compte toutes les dimensions du processus, puisque ce dispositif peut être traumatisant pour les territoires et les professionnels.

3.2 Une mise en œuvre délicate pour les autorités de tutelle

Le champ de la gestion de projet apporte un éclairage particulier à la mise en œuvre de la fusion. Ainsi le projet peut être défini comme « une action spécifique, nouvelle, qui structure méthodiquement et progressivement une réalité à venir, pour laquelle on n'a pas encore d'équivalent »⁵¹. Nous retrouvons ici l'essence de ce que doit être, à notre sens, la fusion des deux établissements : une démarche novatrice pour le territoire, s'exprimant pleinement au sein d'une action progressive et participative. Cela implique donc que la tutelle soit capable de créer au préalable, un contexte interne favorable mais surtout d'accompagner les structures pour qu'elles s'inscrivent dans des pratiques encore inconnues aujourd'hui. La place et de la tutelle s'inscrit donc plus dans le cadre des processus que de la technique de mise en œuvre en tant que telle.

3.2.1 Créer au préalable un contexte favorable à la réussite du projet

⁴⁹ Ibidem note n°32

⁵⁰ Groupe d'étude et de recherche sur les regroupements et fusions d'établissements publics de santé. Mars 2002

⁵¹ AFNOR, norme X50-105.

Nous avons vu que la mise en œuvre d'une fusion, même si elle semble présenter de nombreux avantages pour la situation qui intéresse cette étude, est une procédure lourde et contraignante. La tutelle, aujourd'hui au travers de l'IASS, doit alors, selon nous, en être un acteur majeur. D'ailleurs, il est à noter, qu'au-delà de ce qui va être démontré dans cette partie, et compte tenu des spécificités locales liées au transport et aux infrastructures, que le préalable indispensable reste le développement d'un TIH fiable et performant sous l'impulsion de la tutelle.

3.2.1.1 Choisir la personne pivot : un élément déterminant

Le projet n'a de sens, selon nous, que s'il est porté par une personne pivot qui transcende les oppositions relationnelles entre les équipes des deux CH. En effet, pour mener à bien la mise en mouvement des structures, il s'agit de faire le choix le plus adapté à la situation actuelle.

Ainsi, nous pensons que la première caractéristique du porteur du projet doit être l'indépendance vis-à-vis des deux CH. En effet, la réussite du projet, passe par la définition et l'adhésion à une stratégie commune, donc d'aller au-delà des clivages existants. La tutelle doit donc veiller à ce que le choix se porte sur une personnalité qui n'est pas liée, d'une manière ou d'une autre à l'un des deux établissements. Il nous paraît donc important de laisser à la tutelle la charge de la sélection des personnes susceptibles de tenir ce rôle via la rédaction d'« un cahier des charges de la fusion » à partir duquel les candidats présenteraient leur projet. L'idée que nous développons ici est de ne surtout pas imposer une personne aux établissements, compte tenu de leurs relations inter-organisationnelles déjà tendues, mais de laisser à une instance paritaire⁵², le choix final de la personnalité qu'elle mandate pour la mise en œuvre. Ce serait, nous semble-t-il, compte tenu du contexte, condamner la démarche que d'imposer, en tant qu'autorité de tutelle un opérateur, désigné de façon unilatérale, au risque de cadenciser les positions des parties prenantes.

Nous voyons donc que le choix de la personne pivot est un point fondamental qui ne doit pas être négligé.

Enfin, conformément à ce que démontre F. Fréry (1997), l'acteur pivot et chef du projet est un acteur stratégique qui doit remplir trois missions, les 3C: Conception, Coordination et Contrôle. Il s'agit donc pour la tutelle de déterminer les profils des personnes aptes à réunir autour d'un projet commun, et à remplir les trois dimensions de sa mission.

Reste par ailleurs en suspend la question du maintien des directions. Il nous semble que l'éviction de ces dernières, même si elles sont à l'origine de nombreux blocages, n'est pas souhaitable. En effet, ce serait faire peser sur des personnalités le poids des problèmes rencontrés. Nous estimons donc que pour parvenir à l'adhésion à un projet commun, il ne faut pas au préalable générer des stigmatisations. Ce sera au chef de projet d'asseoir son positionnement, au dessus des directions en place aujourd'hui.

Ainsi, même si cela paraît difficile à mettre en œuvre, il est important de prendre le temps nécessaire à la détermination du chef de projet, point de départ de la totalité de la démarche. Il est le véritable pilote de la mise en œuvre, c'est à lui de déterminer tous les critères de la bonne conduite du processus, la manière d'y parvenir et les outils à mettre en place. C'est pour cela qu'il doit, à notre sens intervenir très en amont de la fusion en tant qu'acte juridique constitutif, et être, en lien avec la tutelle, le porteur d'une démarche partenariale préalable.

3.2.1.2 Adopter une démarche progressive et partenariale

Tous les éléments démontrés auparavant montre que la coopération, et à fortiori ici, la fusion d'établissements ne doit pas souffrir d'une quelconque précipitation. L'acte juridique puis l'organisation interne aboutissant à la fusion médicale, technique etc... constituent, à notre sens une seconde phase de l'action, sur laquelle la tutelle doit rester vigilante mais dont elle n'est pas responsable de l'exécution. Ainsi, la tutelle doit jouer un rôle de pilote en amont de la fusion (en tant qu'acte) et être garante de la construction d'un contexte favorable à sa mise en place. Cet objectif peut être considéré comme atteint à l'émergence de points de vue communs et d'un début d'acceptation de la démarche par les différentes parties prenantes. Dès lors on entrevoit la nécessité de l'instauration d'un dialogue et d'actions communes entre les équipes des deux CH.

La situation locale, décrite dans ces travaux montre, et cela n'est pas un cas isolé (la notion de fusion étant effrayante partout où elle est envisagée) que la dimension temporelle va être une contrainte forte. Il ne sera pas aisé d'atteindre l'objectif précité dans une durée très courte. Il sera donc important de s'octroyer le temps nécessaire afin de bâtir des bases solides à la création de l'entité unique. On entrevoit ici également le rôle central du chef de projet. Ainsi, la tutelle, même si elle va imposer la fusion en tant

⁵² Nous pensons que la constitution d'une instance de validation composée à part égale de membres des deux CH (direction, personnels administratifs et médicaux mandatés par leurs

que finalité de la démarche, ne doit pas se positionner comme telle à l'intérieur du processus. Elle doit s'inscrire dans une démarche partenariale afin de permettre dans une certaine mesure aux acteurs de s'appropriier le projet au lieu de le subir.

Une expérience intéressante sur ce plan là est menée dans le département des Alpes de Haute-Provence. Un projet de rapprochement de trois hôpitaux locaux est en cours dans une zone assez isolée et donc en proie, dans une moindre mesure compte tenu de leur taille, à des difficultés similaires à celles du CHDLB et du CHM. Ce rapprochement doit aboutir, à terme, à la fusion des établissements afin de garantir des seuils d'activité suffisants et de relancer l'attractivité pour les professionnels de santé. La démarche mise en place démontre le positionnement partenarial que doit adopter la tutelle. En effet, la DDASS a pris le parti de créer des passerelles entre les structures sur des activités communes comme la préparation des repas ou la mutualisation des astreintes. Dans ce dossier la tutelle se place volontairement en appui des personnels de direction afin qu'ils s'approprient le projet, que la nécessité de fusion s'impose à eux comme étant naturelle.

Certes, dans cet exemple, la tutelle n'est pas soumise aux tensions qui existent au sein des CH. Néanmoins, l'esprit de la démarche est présent, le chef de projet, avec l'appui de la tutelle, devra décloisonner les structures en amont, les faire participer à des projets communs (invitations mutuelles aux CA et CME, création de groupes de travail par spécialités afin de surpasser les cloisonnements horizontaux...) non pas au sein de la nouvelle entité mais longtemps avant la création de celle-ci. Nous citerons également l'exemple de l'Hôpital Simone Veil et du centre hospitalier du Nord-Deux-Sèvres, où la fusion a été imposée et où ensuite les acteurs se sont "astreints à en faire quelque chose de significatif".

3.2.2 Accompagner les structures tout au long du processus

Comme nous l'avons vu, le processus de mise en œuvre de la fusion est une démarche de longue haleine qui doit prendre en compte de nombreuses dimensions et contraintes. Le rôle de la tutelle en tant qu'appui reste nécessaire sur l'intégralité du projet. Que ce soit en direction des établissements qu'envers l'extérieur.

3.2.2.1 Être un appui pour les établissements en termes d'accompagnement au changement

SM Shortell expose les quatre dimensions du changement qui doivent être prises en compte pour aboutir à la réussite d'un projet : la dimension culturelle, technique, stratégique et structurelle. Pour l'auteur, l'absence de culture entraînerait des démarches spécialisées, celle de structure, des démarches désorganisées, le manque de stratégie des démarches marginales et enfin l'absence de technique, des démarches frustrantes. Cette théorie met en lumière la complexité de la démarche de projet et de la conduite du changement. La prise en compte de cette pluri dimensionnalité doit être un objectif à atteindre.

Celle-ci, dans le cadre de procédures d'accompagnement au changement trouve, selon nous, son point de départ dans des mesures visant à développer une culture commune. Ainsi, c'est de cette culture que vont découler l'existence d'une structure, d'une stratégie et de techniques. En effet, tout projet, quel que soit le domaine dans lequel il existe, nécessite au préalable de développer des références nouvelles et surtout communes, aux différentes parties prenantes qui, souvent ne parlent pas le même langage et ne poursuivent pas les mêmes objectifs. Or créer une culture commune et se l'approprier, qui plus est pour des entités entre lesquelles des tensions sont importantes, ne s'improvise pas.

Dès lors, la question posée est celle de l'action de la tutelle dans ce domaine. A cet effet, le groupe d'études et de recherche sur les regroupements et les fusions d'établissements publics de santé (GERES) estime qu' « au sein des établissements, des actions d'information et de sensibilisation doivent être mises en place pour familiariser le personnel avec le projet. Il faut ainsi imaginer des forums de discussion, des réunions d'information, des conférences de présentation et multiplier les lieux d'échange et de concertation entre les uns et les autres ». Cette idée d'interaction est déjà présente dans les préconisations développées jusqu'ici, notamment sur la notion de progressivité de la démarche. C'est donc un outil important de la mise en œuvre du projet. Les autorités de tutelles, au-delà de leur rôle de partenaire déjà évoqué doit alors, à notre sens, jouer le rôle de financeur. En effet, il semble peut probable qu'un projet aboutisse et suscite l'adhésion, si les moyens nécessaires à sa réussite ne sont mis à disposition.

La problématique du financement se retrouve également dans la dimension de la communication.

3.2.2.2 Communiquer et évaluer pour asseoir la légitimité de l'action

La nécessité de communiquer et d'évaluer vient tant des expériences du terrain que de la théorie. En effet, la notion de fusion déclenche chez les parties prenantes des réactions de rejet très fortes. Le sentiment de « menace » est présent. Pour exemple nous citerons la constitution quasi systématique de collectif de défense des hôpitaux lorsqu'une action est annoncée. L'affiche du collectif citoyen de défense de l'hôpital de Digne⁵³ illustre ce positionnement. Ce groupement a été créé à l'annonce du plan de redressement. Ainsi, compte tenu de l'émotion que cela suscite, il est à craindre des difficultés très importantes à l'annonce d'un projet de fusion.

Or, nous l'avons démontré, l'implication des acteurs, l'émergence et l'appropriation de la démarche sont des objectifs majeurs que la tutelle, via ses recommandations au chef de projet doit atteindre. Le GERES met en avant la nécessité de compenser les freins et les blocages par la « communication et le dialogue social ». Cela rejoint la partie précédente, et la nécessité d'introduire dans le processus des éléments culturels. En effet, le GERES admet que « l'hôpital a tendance à ne voir que le côté structurel. Il faut éviter d'avoir une vision hémiplogique de la structure. [...] Le culturel est à l'origine du sentiment d'appartenance ; il est fédérateur et crée un patrimoine partagé. Ce logiciel mental est créateur de liens : pas de vie sociale sans culture ; mais il résiste à l'évolution, il craint le changement ». Ainsi, dans une opération de fusion il est indispensable de tenir compte des cultures professionnelles et des histoires des différents établissements pour arriver à faire naître une culture commune. Pour cela, il faut non pas nier ou dénier les cultures anciennes mais les faire évoluer de manière positive. Pour cela, il faut, comme nous l'avons vu, disposer de temps mais également de financement.

Mais la création d'une culture commune et la compréhension des enjeux doit aussi être effectuée en externe. En effet, les travaux du GERES montrent que bien souvent, « le manque de clarté dans les objectifs de la fusion » entraîne des blocages qui se trouvent également chez la population. Il est donc important pour la tutelle de mettre en place un plan de communication qui aille au-delà des deux établissements en s'appuyant sur une étude préalable de la situation afin de pouvoir démontrer la légitimité de l'action au travers de l'exposé des besoins du territoire. Cette communication doit se faire tout au long du processus pour que ce projet ne soit pas celui de deux CH impulsé par les pouvoirs publics mais celui d'un territoire.

⁵³ Cf annexe 9

De plus le champ de la sémantique est important, il est probablement préférable d'utiliser des mots comme « regroupement » ou « recomposition » plutôt que de « fusion ». Ce mot peut faire peur au départ. Il est donc important d'y prêter attention afin que le vocabulaire choisi ne vienne pas parasiter le message de communication

Enfin, mettre en œuvre une fusion c'est évaluer l'action et suivre son évolution. Nous pensons que la tutelle doit jouer le rôle d'interface entre les parties prenantes au projet⁵⁴ et le pouvoir central. Un échange doit être réalisé de façon à ce que les difficultés soient analysées et soient une base de réflexion, à l'instar de toutes celles rencontrées dans les différentes fusions réalisées sur le territoire.

⁵⁴ La constitution d'un comité de suivi composé de membres anciennement rattachés aux deux CH, de membres de la tutelle mais aussi d'usagers du SPH pourrait avoir un rôle d'évaluation de la démarche locale mais aussi de réflexion plus globale sur la procédure de fusion afin de faire des propositions d'amélioration.

Conclusion

Les outils de coopération inter hospitalière ne sont donc pas déclinables à l'infini sur n'importe quel territoire. En effet, l'impact du contexte local dans lequel s'inscrit la complémentarité souhaitée est un élément déterminant de la réussite de la coopération. Ainsi, la volonté de travailler ensemble est, quel que soit, l'outil utilisé, un préalable fondamental à la mise en œuvre.

A la lumière de la situation existante sur le territoire de santé Alpes Sud, l'existence de freins à la coopération peuvent être un vrai handicap pour le territoire et le développement d'une stratégie de planification de l'offre sanitaire conforme à l'objectif d'accès pour tous à des soins de qualité.

Même si la loi HPST propose de nouveaux éléments de réflexion et d'action en matière de territoire de santé et de coopération, cette modalité de rapprochement ne semble pas pour autant pouvoir apporter une réponse satisfaisante à des situations où prévalent des tensions entre les établissements.

La recherche d'une solution alternative a poussé les investigations vers la fusion des établissements dont les implications pourraient permettre à la tutelle de contourner les écueils auxquels elle se heurte en matière de coopération.

La démarche de projet et la démarche qualité apportent alors des éléments intéressants dans la conduite de la mise en place d'une fusion d'EPS, notamment sur les actions à mettre en place en aval de la signature de l'acte juridique. La création d'une culture commune et l'implication des acteurs dans un projet doivent alors être des objectifs à atteindre.

Les fusions lorsqu'elles sont bien menées peuvent devenir structurantes. Ainsi, Jean Schmid, directeur du Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard affirme concernant la fusion des CH de Belfort et de Montbéliard qu' « aujourd'hui, tous les aspects techniques, administratifs et financiers sont surmontés. Les personnels médicaux et non médicaux ont l'habitude de travailler ensemble, indifféremment sur l'un ou l'autre site ».

Enfin, la place importante que tiennent les logiques de relations interpersonnelles dans les mises en œuvre de coopération interroge la façon dont va être gérée, l'aide à la conduite de ce type de projet dans le cadre de l'application de loi HPST et la mise en place des ARS prévues en 2010. En effet, aujourd'hui, au niveau départemental, l'IASS est, par délégation de l'ARH l'interlocuteur privilégié des établissements de santé avec qui il compose et adapte, au fil du temps, l'offre de soins aux besoins du territoire, constamment en évolution. Or, cette compétence n'est plus obligatoire dans les délégations territoriales de l'ARS et il semble que l'on s'achemine vers la gestion

régionale de la tutelle sur les établissements de santé. Le doute s'installe donc sur la distance par rapport au terrain et la gestion régionalisée alors même qu'un rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) de 2007 affirme que l'« on observe en pratique un certain affaiblissement de la position des ARH vis-à-vis des établissements et des limites importantes à leur action en matière de performance et d'efficience ».

Pour conclure, il sera nécessaire pour les pouvoirs publics de préciser la place au sein des futures ARS du corps d'inspection de l'action sanitaire et sociale, qui a développé au fil du temps une expertise et une technicité sur ces dossiers.

Bibliographie

ADDA G., BENAÏM E., LETEURNIER C., MOURIER Y., novembre 2002, « Fusion et démocratie sanitaire ». *DH Magazine*.

AIM R., 2005, *L'essentiel de la gestion de projets*, Paris : Gualino Editeur, 105p.

AP-HM, Site internet, consultable sur internet : <http://www.ap-hm.fr/aphm/fr/site/accueil.asp>

BERGOIGNAN-ESPER C., juillet-août 2009, « Les communautés hospitalières de territoire ». *Actualités JuriSanté*, n°66, pp. 22-24.

BERGOIGNAN-ESPER C., juillet-août 2009, « Le groupement de coopération sanitaire ». *Actualités JuriSanté*, n°66, pp. 26-27.

BLANC P., DENECHERE A., VERDIER A., DUHAMEL G., Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, avril 2007, *Les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières : mission d'audit de modernisation* [en ligne], [visité le 20.12.2009], disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000312/index.shtml>, 287p.

CALMES G., SEGADÉ J.-P., LEFRANC L., 1998, *Coopération hospitalière L'épreuve de vérité*, Paris : édition Masson, 170p.

CLEMENT J.-M., 2008, *Contribution pour une vraie réforme hospitalière*, Bordeaux : Les études hospitalières Edition, 83p.

CLEMENT J.-M., 2007, *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, Bordeaux : Les études hospitalières Edition, 95p.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, 2005, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 259p.

COQUAZ C., 2001, *Les fusions hospitalières. Contribution de l'infirmier général au changement*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 89p.

CREMIEUX F., SAINT-ANDRE J.-P., juillet 2009, « Hôpital : pourquoi une nouvelle réforme ». *Esprit*.

DHOS, Portail des ARH, Parhtage, consultable sur internet : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/site.nsf>

DHOS, Circulaire DHOS/O/2004/N° 101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, 13 mars 2004.

DREES, novembre 2008, « Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A. Rapport final ». *Document de Travail Série Etudes et Recherches*, n°82, 75p.

FRERY F., 1997, "Le contrôle des réseaux d'entreprises : pour une extension du concept d'entreprise intégrée", *Actes de la VIème conférence AIMS*, Montréal, 16 pages.

FEDERATION HOSPITALIERE de France, mars 2002, *Rapport du Groupe d'Etude et de recherche sur les fusions et Regroupements d'Etablissements publics de Santé*, 34p.

HAS, avril 2008, Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, 61p.

HAS, site internet, consultable à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil [Novembre 2009]

IRDES, novembre 2009, *Historique des réformes hospitalières en France*, Service documentation de l'IRDES, 28p

IRDES, mai 2008, *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, DT n°10, 31p.

JAMEUX, C., 2004, "D'un modèle de référence à une classe de problèmes récurrents en gestion" in VOISIN, C., BEN MAHMOUD-JOUINI, S. et EDOUARD, S., *Les réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*, Coll. Recherche en Gestion, Paris, Editions Economica, pp. 45-57

LARD de B., juillet-août 2009, « Le territoire dans la loi HPST : un concept polysémique ». *Actualités JuriSanté*, n°66, pp. 18-21.

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO n° 167 du 22 juillet 2009.

LOI n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JO du 3 janvier 1971

LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 parue au JO n° 179 du 2 août 1991 (rectificatif paru au JO n° 253 du 29 octobre 1991)

LONQUEUE C., août 2009, « Analyse juridique détaillée de la loi « Hôpital », *La gazette santé social.fr* [en ligne], 12p. [visité le 26.11.2009], disponible sur Internet : <http://www.gazette-sante-social.fr/juridique/article-dossier-analyse-juridique-detaillee-de-la-loi-hopital-2736.html?dossier=128>

MINISTERE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE ET LE MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé, JO n°150 du 28 juin 2008

MINISTERE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale.

MINISTERE DE LA SANTE, Décret n°73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et à la suppression des établissements d'hospitalisation publics.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Site Internet, Consultable à l'adresse suivante : <http://www.sante-sports.gouv.fr/> [Mai 2009]

MINISTERE DE LA SOLIDARITE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, JO n° 102 3 mai 2005.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, Jo du 6 septembre 2003

MONTBEL de A., « Le groupement de coopération sanitaire (GCS) », *in* URML Pays de la Loire, *Séminaire pôles santé*, 19 mars 2009, Nantes, 6p.

PIE S., « Les démarches qualité. Principes fondamentaux et développement en secteur sanitaire, social et médico-social », *in* Module d'enseignement Qualité, Accréditation et Audit, EHESP, 11 au 13 janvier 2010.

PREMIER MINISTRE, ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JO

PREMIER MINISTRE ordonnance n 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ;

PREMIER MINISTRE ordonnance n 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

RESPONSABLE SANTE, septembre 2009, « Numéro spécial – Loi HPST ». *Responsable Santé*, n°110, pp. 2-5.

SAISON J., 2009, *Droits hospitaliers*, 2^{ème} édition, Paris : Gualino Editeur, Lextenso édition, 349p.

SMITH K. G., CARROLL S J., ASHFORD S. J., 1995, "Intra- and interorganizational cooperation toward a research agenda", *Academy of Management Journal*, Vol. 38, N° 1, pp. 7-23

TROUDE M., 2006, *Les conditions de réussite d'une fusion hospitalière ou l'importance du projet médical*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 111p.

VERLAQUE A., 2008, *Coopération en réseau et mouvements stratégiques Les marges de manœuvre stratégique des entreprises coopérantes. Application aux pôles de compétitivité*, Thèse pour le Doctorat en Sciences de Gestion : Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2, 458p.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Cartographie de la Région PACA : Infrastructures

ANNEXE 2 : Cartographie du territoire de santé Alpes Sud

ANNEXE 3 : Guide d'entretien (Extérieurs)

ANNEXE 4 : Guide d'entretien (Établissements)

ANNEXE 5 : Tableau des principales activités du territoire et fuites

ANNEXE 6 : Tableau des fuites en chirurgie et en médecine inter-établissements

ANNEXE 7 : Graphique du potentiel de développement Digne/Manosque

ANNEXE 8 : Schéma de la notion de territoire dans la loi HPST

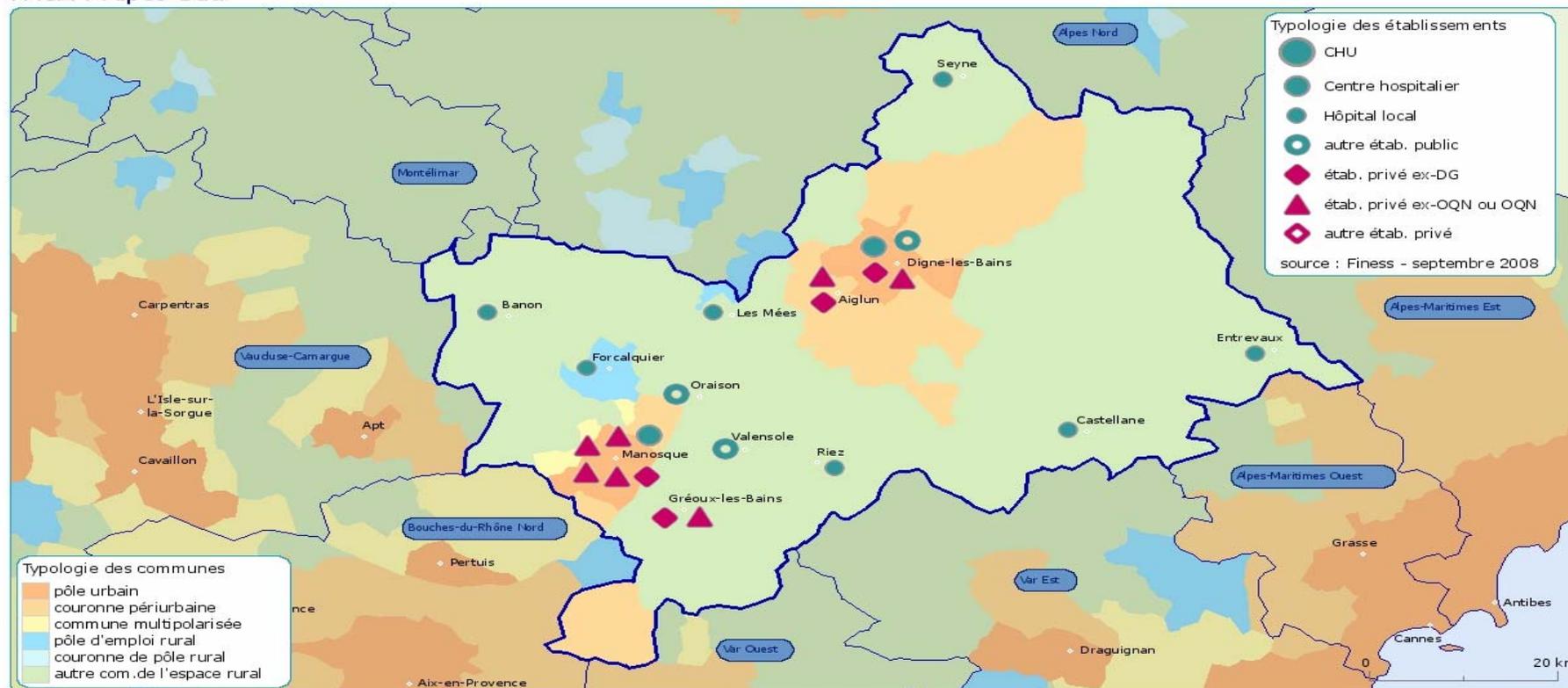
ANNEXE 9 : Tract du collectif citoyen de défense de l'hôpital de Digne

Cartographie de la région PACA : infrastructures



Cartographie du territoire de santé Alpes Sud

Territoire de santé
PACA : Alpes-Sud



GUIDE D'ENTRETIEN (Extérieurs)

Que pensez-vous de l'offre de soins proposée sur le territoire de santé Alpes Sud ?

- Est-elle selon vous adaptée aux besoins de la population ?
- Pensez-vous qu'il existe des difficultés ? si oui dans quels domaines ?
- L'articulation entre médecine de ville et hôpital vous semble-t-elle satisfaisante ?
- Quelles seraient selon vous, les modifications à apporter à cette offre de soins ?

Quel regard portez-vous sur la situation des deux CH du territoire AS ?

- Pensez-vous que les 2 CH rencontrent aujourd'hui des problèmes ?
- Qu'en pensez-vous ? (remédiables en l'état ? préoccupant ou non ?)

En quoi votre fonction ou votre action peut concourir à la mise en place d'une nouvelle organisation de cette l'offre de soins ?

- De quels outils disposez-vous pour mener cette réorganisation ?

Que pouvez-vous dire de la coopération entre les deux CH ?

- Quels sont les rapprochements existants ? Leurs apports éventuels en termes de PEC ?
- Pensez-vous que ceux sont des outils pertinents au regard de la situation actuelle des CH ?
- Quels pourraient être les freins ou les accélérateurs de ce type de processus ?
- Ces outils vont-ils assez loin ? Quelles pourraient être les organisations alternatives ?

GUIDE D'ENTRETIEN (Direction d'établissement)

Quelle est la place de votre établissement dans le cadre de l'offre de soins ?

- Quelles évolutions envisagez-vous pour votre établissement ?
- Pensez-vous que votre offre répond de façon efficace aux besoins des populations ?

Que pouvez-vous dire de la coopération entre les deux CH ?

- Quels sont les rapprochements existants ? Leurs apports éventuels en termes de PEC ?
- Pensez-vous que ceux sont des outils pertinents au regard de la situation actuelle des CH ?
- Quels pourraient être les freins ou les accélérateurs de ce type de processus ?
- Ces outils vont-ils assez loin ? Quelles pourraient être les organisations alternatives ?

Que pensez-vous de l'offre de soins proposée sur le territoire de santé Alpes Sud ?

- Est-elle selon vous adaptée aux besoins de la population ?
- Pensez-vous qu'il existe des difficultés ? si oui dans quels domaines ?
- L'articulation entre médecine de ville et hôpital vous semble-t-elle satisfaisante ?
- Quelles seraient selon vous, les modifications à apporter à cette offre de soins ?

En quoi votre fonction ou votre action peut concourir à la mise en place d'une nouvelle organisation de cette l'offre de soins ?

Le tableau suivant reprend les résultats principaux concernant l'activité du territoire et ses fuites

Année 2007	Consommation du territoire Alpes Sud	Fuites Alpes Sud *	Activité du territoire Alpes Sud **	Activité CH Digne	Activité CH Manosque	Fuites niveau "b" hors territoire Alpes Sud
Cardiologie	2272	926	1549	714	678	721
Pneumologie	2037	859	1318	714	367	593
Rhumatologie	1121	583	609	364	105	500
Affections tube digestif (Médical)	6445	2886	1037	1938	670	2715
Néphrologie	1581	912	764	364	253	837
Orthopédie traumatologie	5208	2583	3134	1320	948	1740
Chirurgie digestive	1868	947	1030	367	634	704
Peau, sous-cutanée, sein (chirurgical)	1279	713	709	124	144	694
Chirurgie Gynécologique	1334	971	425	127	220	577
Urologie	1403	960	492	73	227	792
Chirurgie ORL et stomatologique	2215	1251	1041	514	114	1207
Chirurgie ophtalmologique	2530	1212	1484	361	76	1037

* Activité réalisée hors territoire des Alpes Sud pour les résidents des Alpes Sud

** Activité développée par les établissements du territoire des Alpes Sud, quel que soit le lieu de résidence des patients

Analyse des flux de patients entre les deux territoires de proximité de Digne et de Manosque (années 2006 et 2007)

L'analyse n'a été réalisée que pour les séjours vue comme relevant de la proximité par la classification « OAP » (niveau « b »)

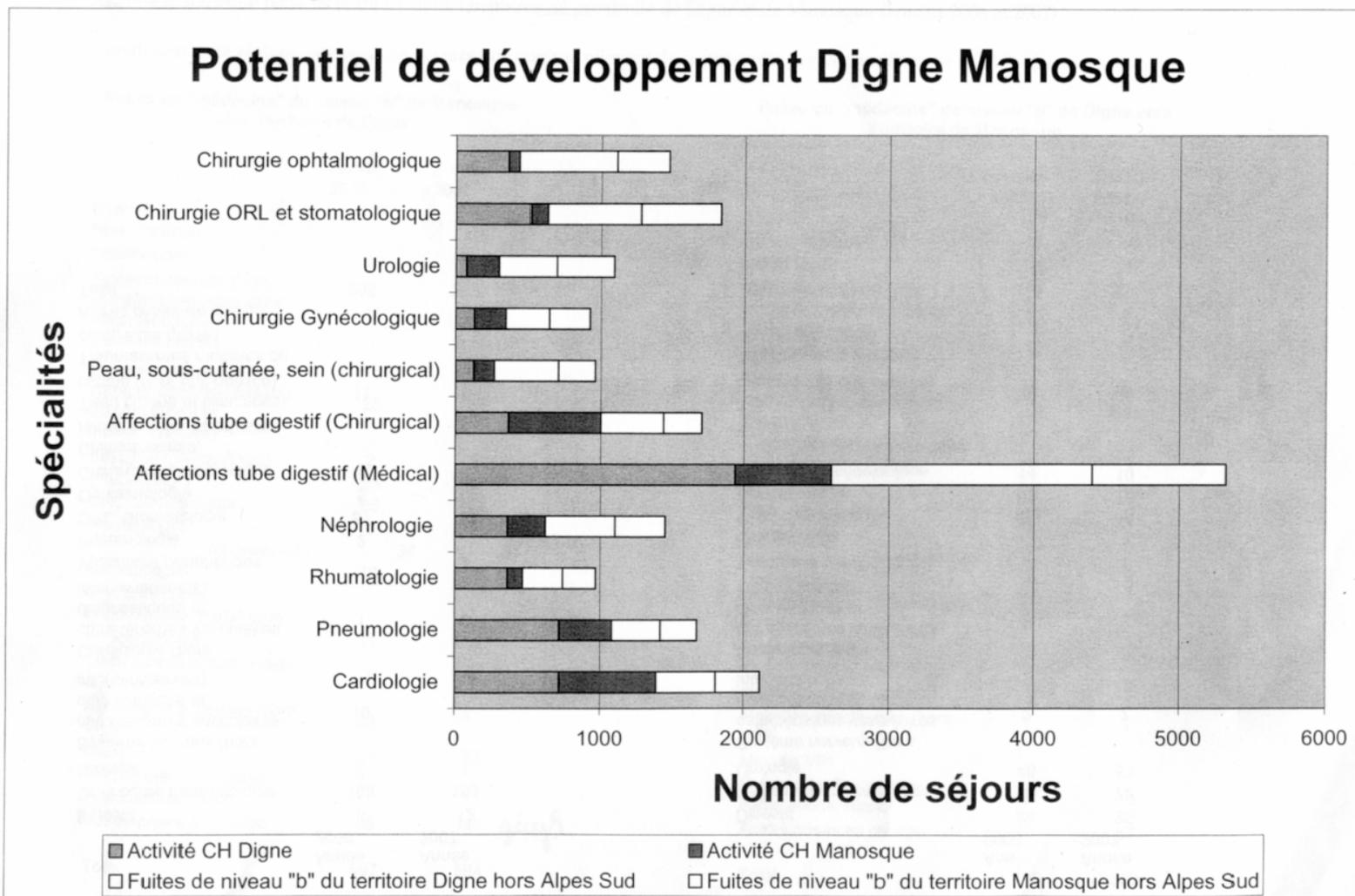
Fuites en "médecine" de niveau "b" de Manosque vers Territoire de Digne			Fuites en "médecine" de niveau "b" de Digne vers Territoire de Manosque		
	Année 2006	Année 2007		Année 2006	Année 2007
Digestif	127	125	Digestif	75	96
Rhumatologie	25	25	Rhumatologie	8	6
Néphrologie	13	13	Néphrologie	19	12
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	37	32	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	10	17
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	28	25	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	13	25
Vasculaire périphérique	2	3	Vasculaire périphérique	1	1
Pneumologie	58	63	Pneumologie	8	19
ORL, Stomatologie	66	13	ORL, Stomatologie	11	2
Gynécologie	2	2	Gynécologie		2
<i>Nouveau-nés</i>	36	34	<i>Nouveau-nés</i>	22	27
Hématologie	18	20	Hématologie	2	5
Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion			Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion		
Endocrinologie	11	12	Endocrinologie	2	10
Tissu cutané et tissu sous-cutané	3	4	Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chir obésité)	2	2
Maladies infectieuses (hors VIH)	33		Maladies infectieuses (hors VIH)		1
Maladie VIH	21	53	Maladie VIH		
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	21	26	Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	11	10
Autres prises en charge	96	144 <i>gicq.9.</i>	Autres prises en charge	35	67
Total	597	594	Total	219	302

Fuites en "chirurgie" de niveau "b" de Manosque
vers Territoire de Digne

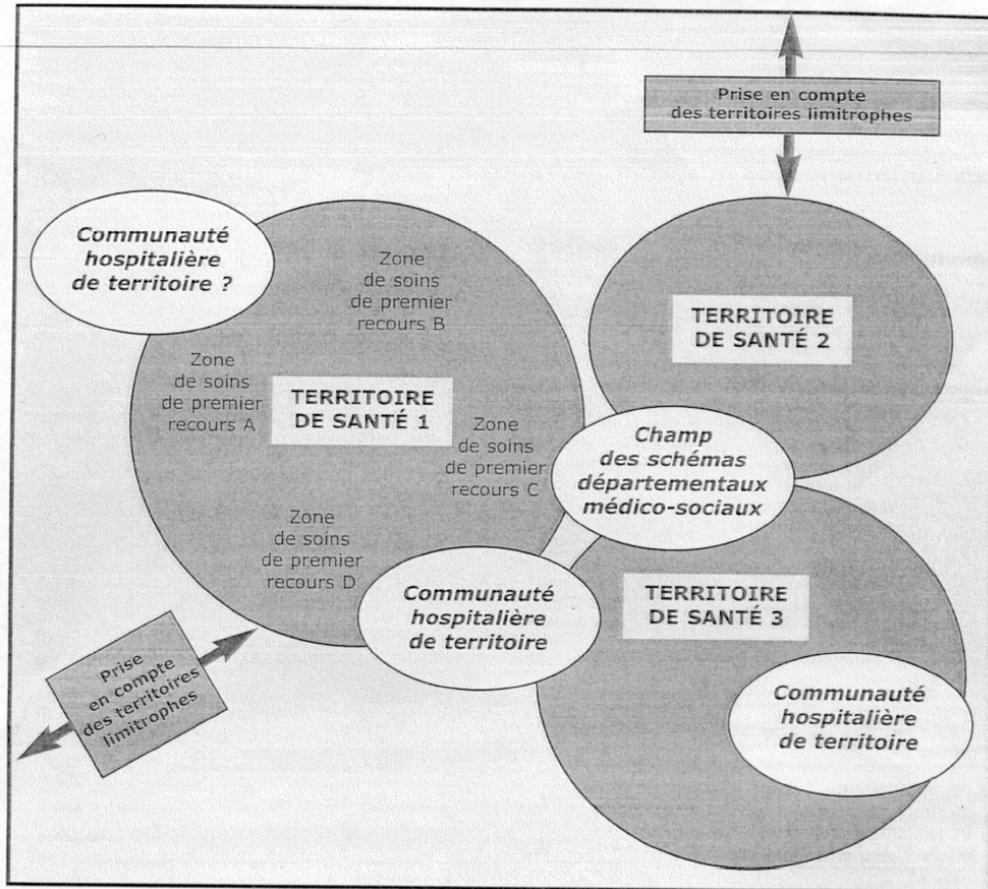
	Année 2006	Année 2007
Digestif	8	12
Orthopédie traumatologie	156	141
Urologie	2	1
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	10	7
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	1	3
Vasculaire périphérique		2
Pneumologie	2	
ORL, Stomatologie	57	50
Ophtalmologie	5	11
Chirurgie Gynécologique	4	8
Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion		
Tissu cutané et tissu sous- cutané (dont chir obésité)	11	6
Traumatismes multiples ou complexes graves		
Autres prises en charge		
Total	258	241

Fuites en "chirurgie" de niveau "b" de Digne vers
Territoire de Manosque

	Année 2006	Année 2007
Digestif	24	25
Orthopédie traumatologie	68	72
Urologie	48	53
Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	2	2
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	3	2
Vasculaire périphérique	13	7
Pneumologie		
ORL, Stomatologie	20	44
Ophtalmologie	59	76
Chirurgie Gynécologique	14	10
Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion		
Tissu cutané et tissu sous- cutané (dont chir obésité)	20	36
Traumatismes multiples ou complexes graves		
Autres prises en charge	4	8
Total	275	338



LA NOTION DE TERRITOIRE DE SANTÉ DANS LA LOI HPST



**Collectif citoyen
De défense de l'hôpital de Digne**



**« La docilité est la source de tes souffrances
tout comme la résignation à l'injustice sociale
est celle de ton martyr »**

Pour nous soutenir envoyez vos messages :
collectif.sauvonslhospitaldedigne@hotmail.fr
pétition en ligne mesopinions.com cliquez
sur « sauvons l'hôpital de digne »