



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**Un nouvel hôpital à Rochefort :
la première pierre d'un pôle de santé
public/privé ?**

Sylvain PASTEAU

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Pierrick DIEUMEGARD, Directeur du Centre Hospitalier de Rochefort et de l'hôpital local de Marennes, et maître de stage, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction, pour l'accueil qui m'a été réservé tout au long de ce stage et pour leur soutien dans la réalisation de ce travail.

Je tiens à remercier plus particulièrement Mme Béatrice CRAMIER, directrice des ressources humaines et des affaires médicales, et toute son équipe pour leur disponibilité de tous les instants face à mes interrogations multiples.

Je souhaite également remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont su se rendre disponible pour me recevoir et répondre à mes questions. Leur vision de la démarche engagée m'a permis de donner à ce travail un autre éclairage.

Un remerciement appuyé pour Mme CHAURY et Mme VINCENT du secrétariat de direction qui m'ont apporté un soutien logistique constant et indispensable au bon déroulement de ce stage.

Merci à celle qui a su mettre en lumière les synergies possibles au sein du territoire de recours de Charente-Maritime nord.

Merci enfin à l'esprit lyonnais.

Sommaire

Introduction	1
1 Le nouvel hôpital de Rochefort : contexte et enjeux d'un projet à géométrie variable	7
1.1 Une opération initiale centrée sur l'hôpital et son activité de court séjour ...	7
1.1.1 Les raisons de la reconstruction d'un nouvel hôpital	7
1.1.2 Un projet restructurant pour les organisations internes, et compatible avec les réformes hospitalières.....	10
1.1.3 ...mais un nouvel hôpital initialement peu inscrit dans son territoire	12
1.2 Sédimentation des coopérations et évolution du projet vers une logique de pôle	14
1.2.1 Une conjonction d'acteurs pour faciliter l'évolution du projet.....	14
1.2.2 Un pôle de santé matériellement en gestation.....	18
1.2.3 Reconstruire une stratégie via le projet d'établissement : choisir le déploiement des coopérations comme une évidence	20
2 Le déploiement des coopérations au service du territoire de santé rochefortais	23
2.1 La coopération avec les établissements publics du département : une stratégie gagnant-gagnant ?.....	23
2.1.1 La coopération comme réponse aux menaces et source de nouvelles opportunités.....	23
2.1.2 Valoriser des coopérations subies ou vécues comme telles	26
2.1.3 Des coopérations sans vision du territoire ne font pas sens.....	29
2.2 Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) avec des praticiens libéraux, outil innovant et bien adapté aux Centres Hospitaliers de proximité.....	31
2.2.1 Deux GCS mis en place à Rochefort : se donner les moyens pour réussir.....	31
2.2.2 Un succès en devenir qui renforce le service public hospitalier	34
2.2.3 Gérer l'incertitude : les dilemmes des décideurs	35

3	Un pôle de santé demain sans la clinique ? Mise en perspective	38
3.1	Hôpital et clinique de Rochefort : un rendez-vous manqué ?.....	38
3.1.1	De puissantes incitations à la coopération	38
3.1.2	Les aléas de l'évolution de la stratégie du propriétaire de la clinique : l'hôpital otage ?	40
3.1.3	Préconisations pour une coopération public/privé réussie	42
3.2	La santé pour le territoire de Rochefort demain	44
3.2.1	Des coopérations fortes, avec ou sans la clinique	45
3.2.2	Les conditions d'un rapprochement avec l'hôpital de la Rochelle	47
3.2.3	Une communauté hospitalière de territoire en devenir ?	50
	Conclusion	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

3C :	Centre de Coordination en Cancérologie
ADA :	Association pour le Développement de l'Autodialyse
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
CDAG :	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CES :	Conseil Economique et Social
CH :	Centre Hospitalier
CHSG :	Centres d'Hébergement et de Soins Gériatriques
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLCA :	Centre de Lutte contre les Conduites Addictives
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREDES :	Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FHF :	Fédération Hospitalière de France
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GIE :	Groupement d'Intérêt Economique
GERES :	Groupe d'Etudes et de Recherche sur les fusions et les regroupements d'Etablissements publics de Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
IRC :	Insuffisance Rénale Chronique
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAINH :	Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MIGAC :	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
SAMU :	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SMC :	Soins Médicaux Continus

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
STATISS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
T2A : Tarification A l'Activité
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Le président de la République, lors de son discours sur la réforme de l'hôpital du 17 avril 2008, a affirmé que « nous voulons que la nécessaire recomposition hospitalière soit la garante d'une offre de soins d'égale qualité sur l'ensemble du territoire. [...] La réforme de l'hôpital, ce sera donc une recomposition de l'offre hospitalière sur chaque territoire. Les mots ont un sens. On va recomposer l'offre de soins sur chaque territoire. On n'en abandonnera aucun. [...]. Le refus de la recomposition conduira à la fermeture des hôpitaux dans la pire des conditions, soit parce que les patients ont déserté, soit parce que les praticiens ne seront plus candidats, soit parce que les moyens ne seront plus alloués ».

Le cadre actuel d'action des Etablissements Publics de santé (EPS) les invite en effet à repenser leurs relations et leurs stratégies. La tarification à l'activité (T2A), désormais à 100% pour les activités de Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) et la conjonction d'exigences accrues en matière de sécurité sanitaire, mises en lumière dans le rapport Vallancien¹, posent la question de seuils critiques d'activité par discipline. Les EPS, désormais mis en demeure de développer une activité suffisante en MCO, font face à la concurrence d'établissements privés qui adoptent de plus en plus une stratégie de groupe. Les Centres Hospitaliers (CH) de taille intermédiaire ou petite se heurtent pour atteindre ce but aux contraintes de la démographie médicale et de l'attractivité, avec une concentration qui s'accroît en faveur des grandes villes.

Dans ce contexte, l'ordonnance du 4 septembre 2003 réformant la planification sanitaire et inaugurant une troisième génération de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) pour la période 2006-2011 a engagé les EPS à développer des stratégies de coopération et de recomposition de l'offre de soins dans le cadre de territoires de santé, stratégies qui soulignent la place particulière des CH de taille moyenne, a fortiori lorsqu'ils ne sont pas hôpitaux dits de recours au sein de leur territoire de santé. Cette notion de territoire de santé doit permettre de mieux articuler les capacités de soins disponibles, notion plus large que celle de capacités d'hospitalisation ou d'autorisation d'équipements lourds par exemple. Le rapport Larcher² propose la création de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) pour développer une vision de territoire entre hôpitaux publics. Cette proposition est reprise dans l'avant-projet de loi

¹ VALLANCIEN G. (sous la direction), avril 2006, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rapport au ministre de la santé.

² LARCHER G. (sous la présidence de), avril 2008, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, rapport au président de la République et au Premier ministre.

hôpital, patients, santé et territoires³ qui sera présenté en octobre 2008 au Conseil des ministres. En parallèle le plan Hôpital 2007, première relance de l'investissement hospitalier depuis les années soixante-dix, a permis d'engager dès 2002 un mouvement national de reconstruction du bâti des EPS dont bénéficie aujourd'hui le CH de Rochefort en Charente-Maritime.

Le projet d'un nouveau site pour l'intégralité des activités MCO du CH de Rochefort s'est inscrit dans une logique d'opération immobilière, au regard d'un bâtiment existant vieillissant et d'architecture peu compatible avec des restructurations lourdes, au profit du plateau technique notamment. A ce projet initial, se greffent progressivement une agrégation de projets complémentaires, certains stabilisés, d'autres encore en gestation, tels la reconstruction de la clinique de Rochefort à proximité, permettant de basculer progressivement d'une opération immobilière à une logique de pôle de santé structurant pour le territoire rochefortais sur ce nouveau site. Ces projets n'ont pas été intégrés dans le schéma initial de construction, il est indéniable que le nouvel hôpital a un pouvoir d'attraction qui peut expliquer l'effet d'entraînement exercé sur les projets connexes. Les avantages de la construction d'un nouveau bâtiment font consensus : meilleure adaptation de l'architecture aux nouveaux besoins de santé, notamment pour le plateau technique, accessibilité renforcée pour tous, optimisation de l'accueil des patients et des conditions de travail du personnel. Mais ces avantages difficilement contestables ne me semblent pas suffire, dans un contexte de ressources rares et mises en concurrence à l'échelle des territoires de santé, à justifier le coût lourd pour la collectivité d'un tel investissement si d'autres gains liés à la mise en œuvre d'une dynamique de pôle de santé au service du territoire ne sont pas générés. Le directeur doit être en position de donner du sens au projet et de réintroduire une cohérence et une grille de lecture. Le nouvel hôpital accélère l'émergence d'une stratégie nouvelle, à cette stratégie de rétroagir sur la pérennité et le développement du CH via la mise en place d'un pôle de santé public/privé.

Il convient dès lors de s'interroger sur la capacité du nouvel hôpital à devenir la base d'un pôle de santé. Plus précisément, comment intégrer la mise en place d'un pôle de santé pour le territoire dans la réflexion sur la stratégie du nouvel hôpital qui n'a été conçu que partiellement dans une logique de pôle public/privé ?

Le contexte et les enjeux du projet à géométrie variable du nouvel hôpital de Rochefort seront explicités : d'une opération initiale centrée sur l'hôpital et son activité de

³ Avant-projet de loi hôpital, patients, santé et territoires, version du 2 septembre 2008 (document provisoire).

court séjour, la sédimentation des coopérations fait évoluer le projet vers une logique de pôle (première partie).

Les coopérations se déploient au service du territoire de santé rochefortais : le caractère gagnant-gagnant d'une stratégie de coopération avec les établissements publics du département fait débat, tandis que la mise en place de groupements de coopération sanitaire avec des praticiens libéraux s'avère innovante et bien adaptée aux CH de proximité (seconde partie).

Le risque avéré d'un pôle de santé demain sans la clinique nécessite une mise en perspective : les aléas du rapprochement de la clinique avec le CH permettent de dégager des préconisations pour une coopération public/privé réussie. L'avenir de la santé pour le territoire de Rochefort passe par des coopérations fortes, voire, sous certaines conditions, par une communauté hospitalière de territoire avec le CH de la Rochelle (troisième partie).

Methodologie

Le choix du sujet et l'évolution du questionnement

L'esquisse de sujet initial comportait trois axes : une réflexion sur la modernité moins visible d'un nouvel hôpital, les vulnérabilités induites par la modernité de l'hôpital neuf et une interrogation sur la mise en place d'un pôle de santé dans la réflexion sur la stratégie du nouvel hôpital. Le sujet a été recentré sur le troisième axe afin de tenir compte de la montée en puissance de cette thématique des coopérations et stratégies de groupe au sein des territoires de santé et de demeurer compatible avec le double calendrier des travaux et des nouvelles orientations stratégiques à l'œuvre au sein du Centre Hospitalier. En parallèle, les incertitudes relatives à l'implantation de la clinique à proximité du nouvel hôpital ont conduit à élargir la problématique du pôle de santé public/privé à l'ensemble du prisme des coopérations en œuvre ou en projet, et ce afin d'en tirer des leçons pour le management et d'esquisser des préconisations.

La démarche inductive

Il est retenu une démarche de type inductive, soit l'observation de terrain pour en tirer des conclusions plus générales, car elle correspond bien au caractère sédimentaire des changements à l'œuvre où la réflexion stratégique, en particulier s'agissant du nouvel hôpital, a pris de l'importance en cours de projet afin de faire émerger la notion de pôle de santé et d'en tirer les premières conclusions et propositions.

Les ressources et le traitement des données

Trois principales ressources ont été mises en œuvre :

- des entretiens avec de nombreux acteurs locaux, médicaux, soignants et administratifs dans le Centre Hospitalier mais aussi avec les acteurs extérieurs. Les entretiens ont été semi directifs, sans guide d'entretien pré-établi du fait de la diversité des acteurs et de la volonté de conserver leur liberté de parole. La taille moyenne du Centre Hospitalier et de la ville-centre ainsi que l'impact des questions hospitalières et de santé sur un territoire de proximité favorisent les contacts et allègent les formalismes ou passages obligés, permettant notamment de rencontrer directement les acteurs les plus décisifs ;
- la participation à de nombreuses réunions de travail sur les différents projets en cours (comités de pilotage et groupes de travail ad hoc), aux assemblées des groupements de coopération sanitaire, ainsi qu'aux comités de direction et aux séminaires du conseil exécutif ;
- des recherches documentaires avec comme principaux axes, les documents de référence régionaux (schéma régional d'organisation sanitaire en particulier), les territoires de santé et les coopérations hospitalières.

S'agissant des annexes, elles sont volontairement limitées et centrées sur les données clés du CH de Rochefort, le plan du nouvel hôpital et des projets associés, le territoire et la mise en œuvre d'une coopération au service d'une stratégie de pôle à Rochefort.

Les limites et problèmes rencontrés

Quatre difficultés principales peuvent être identifiées :

- la gestion des temps. Les projets sont imbriqués et évoluent par à-coups. L'émergence de la notion de pôle est progressive. Le rapprochement avec la clinique est le projet engagé le plus en amont mais son devenir est encore incertain. Cette question des temps, l'horizon temporel n'étant pas le même selon la qualité et les marges des décideurs en présence, a un impact direct sur la teneur du mémoire puisque fin septembre 2008 des évolutions essentielles n'ont pas encore été concrétisées ;
- l'aléa politique qui irrigue l'ensemble du sujet. Le projet de pôle est politique, l'avant projet de loi hôpital, patients, santé et territoires, en accélérant la montée en puissance des coopérations hospitalières avec la création des CHT et la simplification des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ainsi que la réorganisation du pilotage régional du système de santé avec la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), induit inévitablement un repositionnement dans le jeu des acteurs et une difficulté supplémentaire à se projeter dans un pôle rochefortais à moyen terme ;
- la région Poitou-Charentes est plutôt moins avancée que d'autres s'agissant du diagnostic socio-économique des territoires et ses implications en matière de santé. La qualité des orientations des tutelles, en particulier via le SROS, s'en ressent, celui-ci manque notamment d'une analyse infra-régionale plus poussée, ce qui rend plus difficile l'objectivation des débats et peut favoriser des comportements défensifs irrationnels ;
- le maintien du cadre du sujet alors qu'il soulève des problématiques assez diverses et intéressantes à développer. Celles-ci nourrissent le mémoire mais ne sont pas son objet : gestion prévisionnelle des effectifs médicaux face aux évolutions démographiques en cours, la spécificité du rapport de la ville moyenne à la santé (prégnance du contexte géographique et économique, l'atout du littoral), la santé et l'aménagement du territoire, le rapprochement du sanitaire et du médico-social, l'impact du vieillissement accéléré de la population, les liens ville-hôpital...

1 Le nouvel hôpital de Rochefort : contexte et enjeux d'un projet à géométrie variable

La construction d'un nouvel hôpital à Rochefort est caractéristique d'un projet à géométrie variable. L'opération initiale est centrée sur l'hôpital et son activité de court séjour, la sédimentation des coopérations fait progressivement évoluer le projet vers une logique de pôle.

1.1 Une opération initiale centrée sur l'hôpital et son activité de court séjour

Des raisons structurelles et la capacité à saisir les opportunités justifient la construction d'un bâtiment regroupant les activités MCO de l'hôpital sur un nouveau site. Le projet est restructurant pour les organisations internes et compatible avec les réformes hospitalières, telles la nouvelle gouvernance et la mise en place de la T2A, mais le nouvel hôpital est initialement peu inscrit dans son territoire.

1.1.1 Les raisons de la reconstruction d'un nouvel hôpital

Le CH de Rochefort est situé sur le territoire de recours de la Charente-Maritime nord, dont le site de recours est le CH de la Rochelle. Il dessert un territoire de proximité peuplé d'environ 90 000 habitants⁴ autour de Rochefort, Marennnes et l'île d'Oléron. La population du territoire augmente considérablement l'été, en raison d'un pic de fréquentation, principalement sur l'île d'Oléron⁵. Les caractéristiques socio-économiques du territoire soulignent une situation de fragilité par rapport à la moyenne régionale. Au sein de ce territoire, le pays rochefortais est l'aire urbaine avec 54 000 habitants, dont la moitié réside à Rochefort. Cette aire connaît une précarité importante. Ainsi l'indicateur de chômage calculé pour le pays rochefortais⁶ s'élève à 10,2 % au 31 mars 2008 contre 8,8 % pour la Charente-Maritime et 7,3 % pour la région Poitou-Charentes. De même, la part d'allocataire à bas revenu dans le total des ménages est estimée à 21 % dans le

⁴ Source recensement 1999 : pays rochefortais et pays de Marennnes-île d'Oléron. Ce chiffre ancien est probablement sous-évalué, compte tenu des estimations intermédiaires récentes de la population du département fournies par l'INSEE qui soulignent un certain dynamisme démographique (progression de 1% par an de la population de Charente-Maritime entre 2000 et 2006).

⁵ L'île d'Oléron est peuplée de 20 000 résidents permanents environ (source recensement 1999), mais sa population est multipliée par 8 en juillet-août en moyenne.

⁶ Source : synthèse de la préfecture. Ce chiffre n'est pas le taux de chômage officiel qui n'est pas calculé à l'échelle infra-départementale.

pays rochefortais en 2004 contre 16,7 % dans la région Poitou-Charentes. S'agissant du seul Revenu Minimum d'Insertion (RMI), il concerne plus de 9 % des ménages de 25 à 59 ans de l'aire urbaine en 2004 contre 7% dans la région et en France. L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Poitou-Charentes, dans une analyse cantonale⁷ établie en vue du SROS III, estime que les facteurs sociaux, combinés à l'indice d'âge élevé et à l'état de santé dégradé de la population locale, aboutissent à diagnostiquer un besoin de soins élevé dans le pays rochefortais, moyen à Marennes et très élevé au nord de l'île d'Oléron. Le vieillissement de la population, très marqué, avec autant de personnes âgées de plus de 65 ans que de personnes âgées de moins de 20 ans dans le département⁸ s'accroît année après année avec l'installation de jeunes retraités en provenance d'autres régions sur la frange littorale⁹. Ce dynamisme démographique spécifique, alimenté par les migrations de retraités du reste de la France, est comparable, en plus modeste, à celui qui touche les zones littorales du Pays basque et de la Côte d'Azur. Il doit être anticipé dans l'estimation des besoins de santé du territoire puisque ces jeunes retraités basculeront à moyen terme dans la catégorie des plus de 80 ans où la demande de soins augmente sensiblement.

Le bâtiment principal¹⁰ qui abrite aujourd'hui les activités MCO du CH de Rochefort a été construit à la fin des années 60 à l'emplacement historique de l'hôpital civil, aux portes du centre-ville, et n'a pas connu un entretien régulier, compte tenu des projets de reconstruction précédemment envisagés depuis les années 1980 puis abandonnés. Le bâtiment, malgré une extension plus récente des urgences au début des années 1990 et une rénovation importante du bloc opératoire en 2005, est globalement vieillissant. Il est adossé à un bâtiment secondaire, datant des années 1930, initialement destiné à la maternité et qui abrite désormais les services techniques, certaines activités de plateau technique et des espaces pour les personnels en mauvais état. Le bâtiment principal comporte principalement des chambres à deux lits et a peu de possibilités techniques d'évolutions architecturales substantielles. Il n'est plus adapté aux réalités hospitalières actuelles et à la montée en puissance des activités ambulatoires ou encore à une distinction plus nette entre le plateau technique et les lieux d'hébergement, qui permettrait un accès aisé aux patients venus à la journée (pour une consultation ou un acte ambulatoire). Le site principal est situé sur un terrain assez réduit (1,7 hectares) et une évolution substantielle sur site, largement étudiée, est peu aisée. Elle aurait nécessité

⁷ URCAM, mars 2006, *Evaluation des besoins de soins sur le territoire de recours de la Charente-Maritime Nord*.

⁸ Source INSEE-DRASS, l'indice de vieillissement au 1^{er} janvier 2006 est de 99,1 personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans, soit 10 points de plus que la région Poitou-Charentes et 23 points de plus que la moyenne nationale.

⁹ Chaque année, 1 350 personnes âgées de 50 à 59 ans s'installent en Poitou-Charentes contre 860 dans les années 1990.

¹⁰ Cf annexe 1 – présentation du CH de Rochefort.

des opérations-tiroir longues et coûteuses¹¹ sur le bâtiment principal, dès lors que l'ensemble des activités du CH demeurent durant les travaux.

L'annonce et la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » par le ministère de la santé en novembre 2002, afin notamment de relancer l'investissement hospitalier, ont généré un effet d'aubaine en sensibilisant les acteurs locaux à l'opportunité, qui ne se représenterait pas avant cinq ans au plus tôt, de déposer un dossier de candidature afin de recevoir un soutien financier. En parallèle une opportunité foncière s'est présentée à l'établissement alors que la ville de Rochefort dispose de peu de réserves de terrain¹². L'aménagement d'une zone artisanale concertée sur le site dit de Bélignon a permis de proposer au CH une emprise de plus de 15 hectares¹³ stratégiquement située. La zone située en zone périphérique dispose en effet d'un accès direct à l'autoroute et à la 4 voies qui relie Rochefort à Saintes et au CH de recours de la Rochelle.

Mais l'ensemble des bonnes raisons de construire un hôpital neuf à Rochefort n'aurait pas suffi à faire aboutir le projet si celui-ci n'avait pas bénéficié d'une alliance, certes ponctuelle, mais décisive de l'ensemble des acteurs. Une dynamique gagnant-gagnant au sens de la théorie des jeux¹⁴ s'est engagée car les acteurs ont compris qu'il y avait là un projet porteur et qu'ils pouvaient développer un jeu à somme non nulle dont chacun pourrait ressortir gagnant par rapport à une stratégie non coopérative. Le modèle gagnant-gagnant est dérivé du classique dilemme du prisonnier « qui illustre le conflit entre les incitations sociales à coopérer et les incitations privées à ne pas le faire [...] et incarne l'idée fondamentale selon laquelle la confrontation des intérêts individuels ne débouche pas nécessairement sur l'optimum social »¹⁵. Ce modèle tend à s'imposer progressivement dans nos sociétés complexes, car plus rentable que des stratégies non coopératives. Les principaux acteurs identifiés dans ce projet sont la mairie, les autres élus (député, conseiller général), d'autant que les décisions ont été prises en période pré-électorale, la communauté médicale, au sein du Centre Hospitalier, mais aussi à l'extérieur, la direction et les représentants du personnel, ces derniers pouvant disposer de relais en ville. L'ensemble du projet de nouvel hôpital a dépassé le cadre hospitalier et est perçu comme porteur de sens, le sens de la réaffirmation du service public dans un territoire socialement fragile et qui se perçoit, à tort ou à raison, comme continûment délaissé par les pouvoirs publics. Ainsi le Tribunal de Grande Instance de Rochefort sera

¹¹ Une opération-tiroir dans un hôpital est particulièrement complexe en raison des mesures de confinement avancées qui doivent être prises si des patients, par définition fragiles, sont hébergés à proximité ainsi que de l'obligation de maintenir l'ensemble des réseaux de fluides du bâtiment 24h sur 24.

¹² L'essentiel des terrains constructibles sont bâtis, la ville se caractérise par des emprises industrielles qui demeurent importantes (port de commerce) et une grande part de la commune n'est pas constructible, voire zone naturelle protégée (marécages dans la boucle de la Charente et zones inondables).

¹³ Dont un tiers non constructible.

¹⁴ Outil d'analyse des comportements stratégiques développé à la fin de la seconde guerre mondiale.

¹⁵ EBER N., 2006, *Le dilemme du prisonnier*, éd. La Découverte.

fermé dans le cadre de la réforme de la carte judiciaire et des interrogations demeurent sur l'avenir de la maison d'arrêt, voire de la sous-préfecture. L'évolution de la présence militaire, qui est à l'origine de la création de la ville de Rochefort au dix-septième siècle et de ses difficultés au vingtième siècle¹⁶, demeure un élément incontournable de recul pour mieux percevoir la grille d'analyse des acteurs locaux. La présence forte de la marine a permis le développement du premier hôpital militaire en France et d'une école de médecine militaire (fermée désormais) tout en gênant considérablement, au moins jusqu'aux années trente, la création et le développement de l'hôpital civil considéré comme un lieu pour les pauvres, les soins avancés étant délivrés à l'hôpital militaire. C'est de cet hôpital civil dont le CH est directement issu, l'image de l'établissement en a été durablement affectée et cette donne a longtemps retardé la mise en place d'un personnel médical stable et salarié¹⁷. Le nouvel hôpital est perçu ici comme une chance pour surmonter le siècle précédent.

1.1.2 Un projet restructurant pour les organisations internes, et compatible avec les réformes hospitalières...

Les études préparatoires du projet du nouvel hôpital ont permis d'objectiver les coûts, et notamment de prévenir, autant que faire se peut, les dérapages justifiés par des imprévus découverts pendant le chantier. Ainsi l'existence d'un sol instable et la présence d'un risque parasismique justifient des fondations spéciales sur pieux qui génèrent un surcoût massif, intégré dès le dossier de candidature de l'hôpital au « plan Hôpital 2007 ». Aujourd'hui les coûts demeurent identiques au coût prévisionnel de 76,36 M€, toutes dépenses confondues valeur fin d'opération, validé plus de cinq ans auparavant. L'élaboration du projet initial a fait l'objet d'une large concertation en interne, où les attentes ont pu s'exprimer, même si celles-ci ne se sont pas révélées compatibles avec les contraintes budgétaires après l'intervention de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) qui a sollicité l'aide de la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH). Le projet finalement retenu comprend un bâtiment principal de 27 580 m² sur cinq niveaux et d'une capacité d'accueil de 280 lits et places. Il regroupe la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, le plateau technique avec les urgences, le bloc opératoire avec les services associés, notamment la radiologie, la pharmacie et le laboratoire. Le projet initial en revanche n'intègre pas d'espace dédié à un possible appareil d'Imagerie par

¹⁶ L'arsenal de Rochefort est fermé depuis 1927 et les écoles installées en remplacement après le départ de la marine n'ont jamais compensé la perte d'activité pour la ville. Rochefort comptait plus de 36 000 habitants en 1901, contre 26 300 habitants en 2007.

¹⁷ Source : exposition « L'Hôpital en forme(s) », au musée de l'Hôtel Hèbre de Saint Clément à Rochefort.

Résonance Magnétique (IRM), en raison de l'absence d'autorisation à ce stade pour le CH.

Les impacts organisationnels du projet sont très importants : le nouvel hôpital ne pourra pas fonctionner avec les mêmes modalités que sur le site actuel. Une réflexion est en cours au sein du CH et les nouvelles organisations seront anticipées, lorsque cela est possible, afin de maintenir la dynamique d'avancement du projet et de minimiser au maximum l'impact du déménagement et de la période de rodage sur le nouveau site. Les réorganisations à l'étude sont particulièrement déterminantes dans le domaine de la logistique où une logique de prestation de service au client au sein des pôles sera mise en œuvre afin d'éviter au maximum des flux à double sens entre les pôles et la logistique, les agents spécialisés en logistique ayant vocation à se déplacer dans les pôles et à contrôler les stocks, à l'inverse d'aujourd'hui. De même en matière hôtelière, une recentralisation et une uniformisation des prestations délivrées aux pôles sont prévus avec formation dédiée aux agents affectés et gestion plus homogène des personnels. L'objectif est de recentrer au maximum les personnels soignants sur les soins à prodiguer au patient. Quant à l'organisation des soins, elle doit être adaptée puisque le nouveau bâtiment permet une organisation en unité de quinze lits et la généralisation de binômes infirmières/aides-soignants reconnus comme permettant une amélioration de la qualité des soins délivrés au patient.

Le projet, conçu avant la mise en place de la nouvelle gouvernance, et la réorganisation induite des structures internes des hôpitaux autour des pôles, ainsi que la montée en puissance de la T2A qui donne une acuité nouvelle au maintien et au développement de l'activité afin de maximiser les recettes de l'établissement, avait cependant la souplesse nécessaire de conception pour se révéler après étude plutôt un levier qu'un frein aux réformes hospitalières en cours. En effet, l'espace dévolu aux consultations est réuni sur un seul espace directement accessible en rez-de-chaussée, ce qui améliore l'ouverture de l'hôpital sur les patients et renforce la logique client. Cette rationalisation se caractérise par trois lignes de force : une séparation claire entre les fonctions d'hébergement et le plateau technique, un plateau technique regroupé, avec le bloc opératoire en exergue qui dispose de circuits dédiés et des espaces logistiques positionnés au plus près des zones de livraison et disposant eux-aussi de circuit dédiés. La conception globale permet un fonctionnement en pôle avec notamment l'existence de regroupement d'unités de quinze lits qui peuvent être indifféremment affectés aux activités de médecine et de chirurgie et qui permettent la concrétisation des pôles médico-chirurgicaux, avec en creux la mutualisation des espaces logistiques (stockage mis en commun et réduit) et une gestion commune des lits qui permet d'absorber les fluctuations d'activités, compte tenu de la part d'activité non-programmée en provenance des urgences.

Le projet de nouvel hôpital est au final bien adapté aux orientations gouvernementales consécutives à la T2A avec l'accent mis sur la chirurgie ambulatoire notamment, qui se traduit dans les tarifs par la revalorisation des séjours d'une journée depuis 2005. De même une meilleure organisation du plateau technique peut contribuer à la réduction de la durée moyenne de séjour, ce qu'encouragent les tarifs là encore. Enfin, le nouveau bâtiment permettra la mise en œuvre de services plus variés pour les patients, tels qu'une connexion internet, l'installation d'un point de vente de presse et de restauration rapide, générant des recettes accessoires bénéfiques pour le CH. Au total, un bénéfice réel pourra être retiré du nouvel hôpital, qui offre un levier utile mais pas suffisant pour accompagner les réformes hospitalières, mais si, et seulement si, des réorganisations internes lourdes sont mises en place.

1.1.3 ...mais un nouvel hôpital initialement peu inscrit dans son territoire

Le chantier du nouvel hôpital a démarré en juillet 2006. Pourtant les années 2005 et 2006 ont été marquées par des incertitudes et des tensions qui ont pu faire craindre à de nombreux acteurs le décalage, voire l'abandon du projet et ont différé la dynamique née autour du projet. Des tensions entre la communauté médicale et la direction ont notamment abouti au départ du chef d'établissement et d'une partie de l'équipe de direction à l'été 2006. Le chef d'établissement actuel a d'abord occupé ses fonctions par intérim puis a dû reconstituer progressivement une équipe et une dynamique interne à l'équipe de direction. L'ensemble de ces tensions ont conduit à un abandon de facto du projet d'établissement et à une stagnation, voire un recul de l'activité dans des secteurs sensibles tels la chirurgie. En parallèle, le second hôpital de recours de Charente-Maritime, le CH de Saintes qui couvre le sud du département était en pleine reconstruction et devait ouvrir début 2007¹⁸ et beaucoup craignaient pour l'avenir du CH de Rochefort, à équidistance des deux CH de recours du département, tous les deux aussi facilement accessibles¹⁹

Les travaux ont suivi leur cours mais leur existence même n'a pas été réellement intégrée par les personnels en interne pendant toute cette période, voire niée²⁰. A l'origine, ce projet était exclusivement centré sur les activités MCO et n'apportait aucune garantie sur l'arrivée d'autres acteurs sur le site, y compris des acteurs internes au CH comme les activités médico-sociales. Quant au centre de gérontologie clinique situé sur le

¹⁸ Initialement prévue au début de l'année 2007, l'ouverture du CH de Saintes a eu lieu en octobre 2007.

¹⁹ Saintes est à 40kms de Rochefort avec un accès direct par autoroute, la Rochelle à 30km avec accès par route à 4 voies.

²⁰ Des personnels soignants rencontrés lors de mon stage d'observation m'affirmaient encore mi-février 2007 « que le chantier serait prochainement arrêté », alors que les fondations étaient en voie d'achèvement...

deuxième site du CH²¹ et qui regroupe l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), la perspective de la construction d'un nouveau site MCO a entraîné l'émergence de craintes affichées ou plus diffuses. Le nouveau site, situé en périphérie, accentue la distance avec le site de gérontologie aujourd'hui situé à moins de 2km du site MCO, ce qui peut entraîner une crainte sur la continuité des flux d'approvisionnement et sur la fluidité de rotation des patients entre les deux sites. De manière plus diffuse, les personnels du centre de gérontologie pouvaient éprouver un sentiment de relégation, le nouveau site MCO face à un site de gérontologie vieillissant et peu visible en ville et l'idée que, compte tenu de la mobilisation en faveur du nouvel hôpital, Rochefort ne pourrait pas obtenir d'enveloppes supplémentaires pour financer des investissements de restructuration ou de reconstruction en faveur du site de gérontologie. La mise en place de la T2A pouvait faire craindre à ces personnels, et à la communauté médicale de ce site, une attention plus grande portée aux recettes des activités MCO et une rétrogradation du site de gérontologie dans l'échelle des priorités. Faute de priorités institutionnelles claires en 2005 et pour partie en 2006, ce sentiment s'est spontanément conforté.

Le SROS Poitou-Charentes²² n'a pas contribué à dissiper cette impression de flou sur la teneur de l'ensemble du projet. L'analyse des besoins de santé ce caractérise en effet, à l'exception de la médecine de ville, par un caractère régional très affirmé. La description des territoires de recours, en particulier de la Charente-Maritime nord, est lacunaire. Concernant Rochefort, assimilé à un niveau intermédiaire entre le niveau de proximité, qui est structuré autour de la médecine polyvalente et des urgences, et le niveau de recours, il est certes indiqué qu'à terme un seul plateau technique de base a vocation à couvrir le territoire de proximité, mais sans précisions complémentaires sur la nature des activités et leur répartition éventuelle ou non entre le CH et d'autres acteurs, ce qui, compte tenu des aléas du rapprochement avec la clinique de Rochefort²³, ne permet pas de rassurer les agents. Une analyse plus fine du territoire de santé²⁴ donne pourtant de nombreux arguments en faveur d'une offre en santé forte à Rochefort, à condition de s'inscrire dans une logique de territoire. Le temps d'accès au plateau technique de recours à savoir la CH de la Rochelle est effectivement inférieur à 45mn²⁵ à partir de Rochefort situé à 30km et bien desservi par une route à 4 voies sans conditions

²¹ Cf. annexe 1 – présentation du CH de Rochefort.

²² SROS III de la région Poitou-Charentes arrêté au 30 mars 2006 pour les années 2006-2011 et annexe opposable au SROS III révisée le 2 mars 2007.

²³ Cf. troisième partie.

²⁴ Cf. annexe 3 – carte du territoire de santé de Charente-Maritime nord.

²⁵ Le temps d'accès de moins de 45 mn, gage de sécurité pour les patients, fait consensus dans l'analyse des besoins de santé, cf. notamment le rapport Vallancien déjà cité.

géoclimatiques défavorables²⁶. Mais lorsqu'on se projette sur l'ensemble du territoire de proximité, il est vérifié que le temps d'accès à la Rochelle est beaucoup plus long à partir de Marennes et de l'île d'Oléron²⁷. Pour cette dernière, reliée au continent par un pont à deux voies de circulation seulement, le problème est aggravé durant le pic de fréquentation estival qui génère des bouchons, ce qui justifie d'ailleurs l'installation d'une antenne du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Rochefort sur l'île durant les mois de juillet et août. Le CH de Rochefort a donc un rôle à jouer sur le territoire, les patients demandant des soins plus spécialisés pouvant au besoin être évacués des zones les plus enclavées via l'hélicoptère présent à la Rochelle.

Au total, même après l'accord de principe et l'enclenchement des procédures, le nouveau bâtiment est longtemps resté découplé du fonctionnement courant du CH et n'a pas été pensé à l'origine dans une logique de mise en réseau. Le projet du nouvel hôpital est donc peu inscrit dans son territoire à l'origine, alors même que c'est la configuration de ce territoire qui justifie pleinement un projet si lourd. Il contient cependant lui-même en germe de nombreuses opportunités : le changement d'image du CH en interne et en externe est un levier majeur pour conforter l'établissement, une réserve foncière est disponible sur le site du nouvel hôpital et l'emplacement est stratégique. L'ensemble doit pouvoir faciliter des évolutions : les coopérations surgissent, se sédimentent et font progressivement basculer le projet vers une logique de pôle.

1.2 Sédimentation des coopérations et évolution du projet vers une logique de pôle

Le projet de nouvel hôpital a connu un début d'évolution dès 2006 grâce à une conjonction d'acteurs, morcelée, sans cohérence de calendrier, et prompte à générer une impression d'empilement sans trame. Un pôle de santé sur le territoire rochefortais est matériellement en gestation, mais c'est la reconstruction d'une stratégie via le projet d'établissement qui permet d'endosser le déploiement des coopérations comme une évidence.

1.2.1 Une conjonction d'acteurs pour faciliter l'évolution du projet

L'idée même que le projet est appelé à évoluer est assez vite intégrée par le niveau politique à Rochefort, le maire exerçant effectivement la présidence du conseil d'administration. Quant au député, d'une autre tendance politique, il reste très attentif aux

²⁶ Absence de relief et nombre de jours de gel négligeable en raison de la proximité du littoral.

²⁷ Cf. *Atlas hospitalier et médico-social de la Fédération Hospitalière de France (FHF)*, 2007.

évolutions de ce sujet, en particulier au regard des échéances électorales. L'avis du Conseil Economique et Social (CES)²⁸ rappelle les enjeux politiques d'un CH dans une ville moyenne comme Rochefort. Le CH est le premier employeur de la ville, génère une masse salariale diversifiée, et au-dessus de la moyenne des revenus des habitants du territoire²⁹. Il induit des emplois via ses services externalisés ou les fournitures. Ainsi « l'établissement de santé constitue parfois une pièce maîtresse de la stratégie politique locale des élus. Le soutien et l'engagement des élus dans les opérations de restructuration s'avèrent déterminants et leur opposition peut se révéler fatale au projet ». Le maire de Rochefort a par ailleurs été désigné premier vice-président de la région Poitou-Charentes.

La région finance désormais les écoles d'infirmières et d'aides-soignantes depuis la relance de la décentralisation en 2003³⁰. L'intégration de cette nouvelle compétence a conduit la région à investir partiellement le champ de la santé et à s'intéresser à la situation des écoles. Les écoles ne sont pas incluses dans le nouveau projet de l'hôpital, or elles sont situées dans un bâtiment vieillissant attenant au site MCO actuel. Par commodité, tant pour les formateurs internes à l'établissement que pour les élèves qui doivent alterner enseignement théorique et stage, un rapprochement avec le nouveau site MCO en construction fait sens.

En parallèle, et ce sans convergence avec les approches des autres acteurs, le Conseil général de Charente-Maritime, co-financeur de la maison de retraite³¹ du CH et de l'USLD a intégré dans sa réflexion stratégique la problématique du vieillissement accéléré du département lors de l'amorce de la négociation des conventions tripartites avec les maisons de retraite en 2006 visant à les transformer en EHPAD. L'annonce d'une nouvelle relance de l'investissement hospitalier via le plan dit « Hôpital 2012 » par le ministre de la santé³² a généré un contexte favorable à un nouveau projet immobilier à Rochefort d'autant qu'il est précisé que les financements peuvent aussi couvrir les activités de type SSR. Or le deuxième site du CH de Rochefort regroupe les activités de l'EHPAD, de l'USLD et l'unité de SSR, d'où une conjonction particulièrement favorable, sous réserve de l'accord des acteurs. Il faut retenir en effet que le déploiement sur un seul site des activités de gériatrie clinique du CH fait intervenir a minima trois financeurs institutionnels : l'ARH, au titre des activités de SSR et du forfait soins de l'USLD, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Charente-

²⁸ PICARD M. (rapporteur), juin 2004, *Aménagement du territoire et établissements de santé*, avis et rapports du conseil économique et social.

²⁹ Le revenu salarial annuel moyen en Charente-Maritime est estimé à 13 977 € contre 16 552 € en France en 2003 et 26 220 € pour les seuls personnels soignants et sociaux de la fonction publique hospitalière en 2005 (source Insee et ministère de la fonction publique).

³⁰ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

³¹ La maison de retraite est devenue EHPAD en 2008.

³² Discours du ministre à l'occasion du salon « Hôpital Expo » du 16 mai 2006.

Maritime au titre du forfait soins de l'EHPAD et le Conseil général pour les prix de journées en hébergement³³ et la dotation budgétaire globale afférente à la dépendance de l'EHPAD et de l'USLD. Le Plan Hôpital 2012 n'est donc qu'un des financeurs d'un nouveau projet, l'accord du Conseil général est indispensable.

L'opportunité d'obtenir l'autorisation d'exploitation d'un appareil IRM a conduit le CH de Rochefort à créer avec un regroupement de radiologues libéraux un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) en mars 2007, car c'était la seule solution pour échapper au « dilemme du prisonnier » pour les acteurs locaux publics et privés qui n'avaient pas individuellement la taille requise pour détenir une autorisation. L'intérêt d'un IRM à Rochefort a été reconnu par la DDASS de Charente-Maritime (au titre des missions exercées pour le compte de l'ARH) mais n'a pas obtenu l'accord de la commission exécutive de l'ARH à ce stade. Là aussi, même si ce n'est pas une condition sine qua non, les acteurs publics et privé de ce projet conviennent qu'un regroupement sur le nouveau site MCO serait plus simple pour les flux de patients, en particulier du CH, et plus porteur pour les professionnels libéraux.

S'agissant de la clinique Arc-en-ciel Pujos de Rochefort dont l'activité est uniquement chirurgicale³⁴, l'attitude de l'ARH a longtemps laissé planer l'incertitude sur le devenir de celle-ci : autorisation de reconstruction sur place³⁵, fermeture, rapprochement avec le CH, aucune option ne semblait avoir été écartée. C'est l'adoption du SROS III³⁶ en mars 2006 qui a permis une première clarification, tout d'abord en adoptant une définition d'un plateau technique de base, intermédiaire entre le plateau de proximité pour les hôpitaux locaux et le plateau technique du CH de recours, qui correspond à la situation de Rochefort sur le territoire de santé. Ainsi « le plateau technique de base doit pouvoir prendre en charge l'acte chirurgical et ses complications 24 heures/24. Il faut donc en continu une activité de chirurgie viscérale et orthopédique, de l'imagerie conventionnelle pour l'os, un scanner pour le viscéral et de l'échographie ainsi que la biologie dite « de routine » et un service d'urgences, y compris chirurgical. Ce niveau d'offre de soins nécessite au minimum neuf médecins : trois pour la chirurgie viscérale, trois pour l'orthopédie, trois pour l'anesthésie ». L'annexe opposable au SROS précise sans ambiguïtés dès mars 2006 que « la reconstruction de l'hôpital [de Rochefort] intègre la venue sur le même site, de la clinique, qui utilisera le plateau technique hospitalier ». Ceci s'est traduit matériellement sur le chantier du nouvel hôpital par la demande de la tutelle de modification du projet dont les études étaient finalisées, fin 2005, avant donc le démarrage effectif des fondations en juillet 2006, et ce afin d'augmenter la taille du bloc

³³ La grande majorité des résidents est éligible à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

³⁴ 54 lits et places de chirurgie au 31 décembre 2005 (source SROS III *op.cit.*)

³⁵ La clinique est située en centre ville, à 500m environ du site MCO actuel mais éloignée du nouvel hôpital.

³⁶ *Op.cit.* (note 22)

opératoire du nouvel hôpital, avec 7 salles de blocs, contre 5 dans le projet initial. L'organisation retenue avec 7 blocs doit permettre à la clinique d'exploiter le bloc en commun avec le CH, à condition d'optimiser ceux-ci, avec un partage de certaines salles entre spécialités notamment. De même, afin d'éviter que le bâtiment du CH, conçu pour les seules activités MCO du CH, ne devienne en lui-même un obstacle à un rapprochement de la clinique, une modification du bâtiment principal a été actée afin de préserver en bout de couloir proche du bloc, la possibilité d'installer un accès physique direct couvert entre la clinique et le CH, sous forme de passerelle.

L'esquisse de clarification de l'attitude de la tutelle vis-a-vis de la clinique est intervenue dans un contexte anxigène pour l'avenir de la chirurgie sur le territoire de santé rochefortais. En effet, la problématique des seuils d'activité a pris une acuité nouvelle avec le rapport Vallancien³⁷ qui propose, sauf exceptions, la fermeture des sites dans les CH qui réalisent moins de 2 000 actes opératoires³⁸ par an. Cela ne concerne pas le CH de Rochefort qui réalise plus de 3 000 séjours de chirurgie en 2007. En revanche, si l'on s'intéresse à un autre seuil de vulnérabilité, fixé lui aussi à 2 000, soit le nombre de séjours de chirurgie supérieurs de 24h et plus comme proposé dans l'atlas de la FHF³⁹, le CH seul est dans une zone de vulnérabilité, avec environ 2 300 séjours comptabilisés. L'activité globale du territoire de Rochefort serait confortée par l'addition des activités de la clinique et du CH. Mais les craintes ne sont pas dissipées à ce stade s'agissant de la clinique, la plus petite du territoire de recours de Charente-Maritime Nord, et qui peut souffrir d'une taille critique trop faible⁴⁰. En 2006-2007, se concrétise la notion de seuils d'activité minimum pour les activités de prise en charge cancérologique⁴¹, notamment pour la chirurgie des cancers et la chimiothérapie qui sont une opportunité mais aussi un défi pour le maintien de ces activités dans le CH, car l'activité est généralement proche des seuils définis. Au total, la conjonction d'acteurs souligne l'absence de trame initiale dans la révision du projet de nouvel hôpital en cours, qui implique pratiquement tous les acteurs publics du territoire, et confirme la complexité de la chaîne des responsabilités au niveau local en France et l'ampleur des coûts de coordination induits pour un chef d'établissement qui doit maintenir un cap et donner une cohérence au bénéfice du CH.

³⁷ *Op.cit.* (note 1)

³⁸ La circulaire DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS III citait déjà le seuil de 2 000 actes par an par établissement comme un niveau souhaitable pour garantir au patient une sécurité des soins, mais sans conférer à ce seuil une portée normative.

³⁹ *Op.cit.* (note 27)

⁴⁰ Le seuil de rentabilité d'une clinique est généralement estimé, selon les spécialités et les évolutions tarifaires, à 100 lits et places au minimum contre 54 lits et places pour la clinique de Rochefort.

⁴¹ Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

1.2.2 Un pôle de santé matériellement en gestation

Les jeux d'acteurs à l'œuvre débouchent sur un début de réalisations concrètes, dessinant matériellement l'apparence d'un pôle, puisque le bâtiment MCO est progressivement entouré d'autres réalisations⁴², sans ligne directrice à l'origine. Le principal projet structurant, confirmé sur le nouveau site, et à même de relancer la dynamique d'établissement, est la construction des Centres d'Hébergement et de Soins Gériatriques (CHSG) appelés à se substituer au second site du CH actuel : le centre de gérontologie clinique. Le succès et la validation de ce projet par les trois tutelles impliquées s'expliquent par un besoin réel de modernisation des structures face au vieillissement, un diagnostic de vétusté et d'inadaptation du bâtiment existant et une modification de la caractéristique des patients et résidents accueillis, âge d'entrée en hausse et indice de dépendance plus élevé selon la grille nationale Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) commune aux établissements à caractère médico-social. Pour faire aboutir ce projet, il a fallu remplir un dossier d'éligibilité au plan hôpital 2012 s'agissant des activités de SSR, tout en négociant dans le cadre de la convention tripartite relative à la transformation de la maison de retraite en EHPAD, un relèvement des tarifs payés via l'APA par le Conseil général pour supporter les surcoûts liés au financement. Le choix de l'architecte retenu pour le projet est en cours et le nouveau bâtiment d'environ 12 000 m² comportera 96 lits pour l'EHPAD (soit 20 de plus qu'aujourd'hui), 6 places d'accueil de jour, 50 lits d'USLD et 60 lits de SSR. Il devrait pouvoir être livré en 2012 après 20 mois d'études et 18 mois de travaux, soit moins de trois ans après la livraison du nouvel hôpital.

En parallèle, le Conseil régional de Poitou-Charentes s'est engagé avant les échéances électorales de 2007 à reconstruire les écoles d'infirmières et d'aides-soignantes sur le nouveau site. Celles-ci étant directement de sa compétence il en est le maître d'œuvre. Le projet architectural n'est pas lancé mais un terrain adjacent à celui dont le CH est propriétaire a été réservé sur le site de Bélignon. L'incertitude n'est cependant pas totalement levée car, depuis 2007, le Conseil régional a lancé un audit de l'ensemble des écoles de la région et n'a pas déclenché la procédure de construction, l'appel d'offres en particulier. Ceci fait craindre aux acteurs soignants en particulier que ce projet relève de l'effet d'annonce. La direction, faute d'informations supplémentaires n'est pas en mesure de préciser l'avancée du chantier. Et en cas de déménagement du site actuel Saint Charles pour les activités MCO avant que les bâtiments éducatifs ne soient

⁴² Cf. annexe 2 – plan du nouvel hôpital de Rochefort et des projets associés.

prêts, il n'est pas envisageable de maintenir les écoles sur l'ancien site dans l'attente d'un déménagement ultérieur⁴³.

Le SROS III autorise l'implantation d'une unité d'auto-dialyse pour les patients souffrants d'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) sur le site de Rochefort. Celle-ci est gérée par l'Association pour le Développement de l'Autodialyse en Charente-Maritime dite « ADA 17 » qui dispose aujourd'hui de locaux en centre ville. L'association s'est déclarée intéressée par un rapprochement sur le site du nouveau CH. Ce projet est important pour inscrire ce site dans une logique de pôle, y compris en redonnant l'habitude à des patients locaux qui ne s'adressent pas au CH de revenir sur le site.

Trois structures moins au cœur de la problématique du nouvel hôpital, mais qui participent à la gestation d'un pôle, sont confirmées ou fortement envisagées. La crèche tout d'abord, élément essentiel pour l'attractivité du CH vis-à-vis des personnels soignants et dont la confirmation de la venue sur le nouveau site, indispensable pour les personnels et leurs représentants, fut rapide. Ainsi le nouveau bâtiment fut prévu dès l'origine dans le projet, mais les vicissitudes de l'implantation des autres acteurs ont contraint l'établissement à le déplacer. Plus controversée en terme de service rendu à la population dans un territoire socialement fragile est la décision de reconstruire un bâtiment de santé publique⁴⁴ sur le nouveau site. Cette décision peut être discutée car la population-cible, souvent défavorisée, voire marginale, réside en ville et n'est pas toujours motorisée pour accéder en périphérie au nouveau site de Bélignon. Elle est cependant très positive pour le CH puisque cela offrira une complémentarité naturelle, au moins en journée, avec les urgences toutes proches. Dans la même logique, le centre médico-psychologique de Rochefort, rattaché au CH de la Rochelle⁴⁵ a fait connaître avant l'été 2008 son intention de se rapprocher du nouvel hôpital et les discussions sont avancées depuis septembre. Ce rapprochement est une bonne opportunité pour le CH, notamment pour une meilleure synergie avec les urgences. C'est aussi en germe une coopération supplémentaire avec le CH de la Rochelle plus formalisée.

L'implantation d'un IRM est probable mais pourrait buter sur des difficultés matérielles nées du refus de la tutelle ARH de l'intégrer dans le site MCO, ce qui génère des surcoûts justifiés par l'évolution forte des prix de la construction depuis la signature

⁴³ Le CH devrait dans ce cas obligatoirement maintenir en activité les circuits de fluides dans le bâtiment principal MCO vide et recourir à une surveillance en continue très coûteuse auprès d'un prestataire.

⁴⁴ Il abritera notamment la Permanence d'accès aux soins de Santé (PASS), le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et le Centre de Lutte contre les Conduites addictives (CLCA).

⁴⁵ Le CH de la Rochelle offre aussi des capacités de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile qui couvrent l'ensemble du territoire de recours.

du marché du site MCO et par les coûts supplémentaires⁴⁶ de fondations nouvelles proches d'un bâtiment achevé (impact sur les sols en particulier).

La présence à proximité d'une maison médicale de garde pour garantir un service de proximité, essentiellement à destination des habitants de l'aire urbaine, et servir de filtre en début de soirée pour les patients souffrant de problèmes courants aujourd'hui gérés partiellement par le service des urgences a été évoquée par certains acteurs. Il n'y a pas la même urgence que dans d'autres territoires de la région⁴⁷ car la présence des médecins libéraux dans l'aire urbaine et le territoire est globalement assurée.

Au total, le CH est d'ores et déjà acteur des projets structurants, tels l'implantation des CHSG et probablement de l'IRM ou bien, après avoir constaté l'attractivité du nouveau site, dans le rôle d'un facilitateur face au souhait d'implantation des autres acteurs du territoire de santé, tels les écoles pour les personnels soignants ou le centre médico-psychologique. La ligne directrice de l'ensemble du projet dépasse le cadre MCO initial, le nouveau projet d'établissement adopté fin 2007 offre un éclairage indispensable à l'aune du prisme des coopérations en cours ou à venir.

1.2.3 Reconstruire une stratégie via le projet d'établissement : choisir le déploiement des coopérations comme une évidence

L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement a été relancée en 2007 ; il a été adopté en décembre 2007 par les instances pour la période 2008-2012. Ce projet intervient en cours de construction du nouvel hôpital, il cherche à s'adapter à la nouvelle donne en gestation après une phase de diagnostic et débouche sur la mise en lumière de l'évidence des coopérations pour la pérennité et le développement du CH. Le territoire de santé de Rochefort est caractérisé par une offre périphérique proche, notamment les deux CH de recours de la Rochelle et de Saintes, mais aussi l'accès aisé à Royan, sur le territoire de recours sud du département, mais à 45 minutes environ avec deux cliniques chirurgicales et obstétriques attractives⁴⁸. La part de marché globale MCO du CH de Rochefort dans son territoire en 2005 est de 43%⁴⁹ contre 11% pour les deux cliniques de Royan et 10% pour le CH de la Rochelle et la clinique Arc-en-ciel Pujos de Rochefort. S'agissant de la médecine, la part de marché du CH de Rochefort est supérieure, 52%

⁴⁶ Les prix obtenus pour les fondations du site MCO sont très compétitifs en raison de la taille du projet. Ces prix seront sensiblement supérieurs au m² construit pour un bâtiment plus réduit et réalisé après retrait des grues et autres engins lourds du site MCO.

⁴⁷ Cf. carte régionale des zones fragiles en médecine générale dans le SROS III (source : URCAM Poitou-Charentes, 2005) qui souligne l'existence de bassins de vie fragiles ou très fragiles en Nord-Deux Sèvres et en Charente, mais aucun sur le territoire de santé de Rochefort.

⁴⁸ La clinique Pasteur à Royan comporte 88 lits et places de chirurgie et 24 lits d'obstétrique fin 2005. La Polyclinique Saint-Georges dans la commune attenante à Royan comporte 30 lits et places de chirurgie. (Source : SROS III Poitou-Charentes)

⁴⁹ Source : volet médical du projet d'établissement 2008-2012 d'après une étude 2004-2005 de la FHF.

environ devant le CH de la Rochelle, 12%, plutôt en baisse, et les autres CH et cliniques. A noter que la part du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, modeste (4% environ) est supérieure à celle du CHU de référence de la région, Poitiers. S'agissant de la chirurgie, le CH de Rochefort demeure de peu le principal établissement du territoire, avec 20% de parts de marché en 2005, en baisse, suivi par les trois cliniques de la Rochelle, en légère progression (19%) et par les cliniques de Royan (18%) en progression plus sensible et enfin par la clinique de Rochefort, environ 16%, en baisse sensible. Enfin l'obstétrique se caractérise par une position dominante maintenue du CH de Rochefort, proche de 70%, contre un peu plus de 10% pour la clinique de Royan et 9% pour le CH de Saintes. Au total, les deux spécificités de Rochefort au regard des analyses régionales en particulier⁵⁰ sont la faible part de la clinique de Rochefort sur le territoire, puisque le CH fait jeu égal avec elle en ambulatoire, ce qui est rare, et l'attractivité des cliniques de la Rochelle et de Royan. Aucun acteur n'est dominant à lui seul face au CH, l'ampleur de la palette de destination des patients est remarquable. Le CH doit faire face à une concurrence complexe car protéiforme, à cheval sur les deux territoires de recours du département, et au probable renforcement du CH de recours de Saintes compte tenu de l'ouverture de son nouvel hôpital en 2007. Pôle d'activité par pôle d'activité, il est noté une plus grande robustesse du positionnement du CH en digestif et en pneumologie et une plus grande faiblesse en orthopédie.

Le projet d'établissement dégage 12 priorités, avec notamment les actions de coopération en premier point, mais aussi le développement des activités chirurgicales, l'organisation et le développement de la prise en charge carcinologique, le développement des activités ambulatoires, des activités d'appel (consultations externes et développement de l'activité programmée) et le suivi des activités de surveillance continue. A l'analyse, ces principaux axes induisent tous des coopérations multiples, non seulement avec le CH de recours de la Rochelle, mais éventuellement avec la clinique de Rochefort, voire le CH de recours de Saintes. L'accent mis par le volet médical du projet d'établissement sur le développement des activités d'appel souligne en creux les problèmes d'attractivité pour le recrutement du personnel médical, problème déjà constaté, en anesthésie notamment, ou potentiel avec le départ en retraite à court terme de certains praticiens âgés garants de positions fortes du CH, en gynécologie-obstétrique par exemple. Le rapport Berland⁵¹ cible trois critères qui ont un impact sur l'attractivité du recrutement pour les médecins : « un projet médical ambitieux et fédérateur, des orientations médicales lisibles et responsabilisantes, et une organisation interne médico-

⁵⁰ L'analyse du projet d'établissement est confirmée par celle réalisée en mars 2007 pour Rochefort par Emmanuel Vigneron, spécialiste des territoires de santé (cf. bibliographie) à la demande du Conseil régional.

⁵¹ BERLAND Y (sous la direction de), septembre 2006, Rapport de la mission « démographie médicale hospitalière ».

administrative fondée sur la recherche de l'efficacité ». Le CH de Rochefort bénéficie d'atouts géographiques forts pour le recrutement des professions médicales, à l'image de l'ensemble du département qui ne souffre pas encore de pénurie générale comme dans certaines zones du nord et de l'est de la France, principalement grâce à l'effet littoral et à l'héliotropisme qui caractérise aussi les migrations des professionnels médicaux. Mais le vieillissement de ses praticiens, les changements générationnels avec des jeunes professionnels plus attachés à leur vie de famille et qui ont un degré de tolérance moindre vis-à-vis des gardes et astreintes à répétition, inévitables dans les CH de taille moyenne, génèrent des menaces qui n'ont été que récemment intégrées dans la stratégie de l'établissement.

Le projet d'établissement conduit naturellement au déploiement des coopérations, car il ne se contente pas de prendre acte de celles en cours qui seront détaillées infra mais anticipe d'autres potentiels de coopération, y compris dans les objectifs non labellisés coopération, mais qui à la réflexion ne pourront être atteints que par des rapprochements de professionnels ou de structure. La logique gagnant-gagnant qui en découle pour le CH, donc pour le territoire, doit devenir une évidence.

Le nouveau site de Bélignon s'apparente de plus en plus à un pôle de santé au fur et à mesure de l'évolution du projet...reste à trouver un contenu au pôle, ce qui passe par la mise en œuvre de coopérations fortes. Il convient dès lors de faire intégrer à l'ensemble des acteurs en présence, sans retours en arrière possible, que la reconstruction n'est pas une fin en soi. Le déploiement des coopérations doit être au service de tout le territoire de santé rochefortais. Une nouvelle ère s'amorce dans le territoire, qui doit être perçu comme une réalité vivante et évolutive, et non un simple découpage administratif du SROS.

2 Le déploiement des coopérations au service du territoire de santé rochefortais

Le déploiement des coopérations s'organise selon deux axes : celui de la coopération avec les établissements publics du département, dont on peut s'interroger sur le caractère gagnant-gagnant, et la mise en œuvre de Groupements de Coopérations Sanitaires (GCS) particulièrement bien adaptés à un CH doté d'un plateau technique de base au service d'un territoire de proximité.

2.1 La coopération avec les établissements publics du département : une stratégie gagnant-gagnant ?

La coopération avec les établissements publics apparaît comme une réponse aux menaces et la source de nouvelles opportunités ; il importe cependant de valoriser certaines coopérations subies ou ressenties comme telles. Des coopérations avec les acteurs institutionnels publics ne font pas sens sans développer une vision du territoire.

2.1.1 La coopération comme réponse aux menaces et source de nouvelles opportunités

En 2007, 95% des établissements de santé publics ou privés en France appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération⁵² contre à peine plus de 50% en 2003. Les réseaux de soins entre établissements sont les plus répandus, ils concernent désormais 85% des établissements publics ou privés et la quasi-totalité des hôpitaux publics de plus de 800 salariés. Le taux d'adhésion des établissements privés à un réseau de soins avec un autre établissement est en forte progression puisqu'il s'élève à 85% dans le secteur privé à but non lucratif et 80% dans les cliniques privées en 2007, contre respectivement 60% et 50% en 2003⁵³. La démarche en cours au CH de Rochefort est donc similaire à la tendance nationale. La problématique particulière de la chirurgie orthopédique, avec le départ d'un praticien interdit d'exercice d'activité sur place mais toujours rémunéré par le CH, a généré des tensions et difficultés pour cette activité depuis 2006, tensions qui se traduisent dans une activité qui demeure fragile, même si elle a amorcé un redressement en 2007. Le CH de Rochefort dispose aujourd'hui de trois

⁵² CORDIER M., avril 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement – Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Etudes et résultats (DREES)*, n°633.

⁵³ *Ibid.*

postes, dont un non pourvu et un qui sera prochainement vacant en raison du départ à la retraite du praticien. Quant au CH de la Rochelle il dispose de sept postes temps plein dans cette discipline. Une première convention⁵⁴ entre le CH de la Rochelle et le CH de Rochefort a organisé en mai 2007 les modalités de coopération entre les parties dans la discipline de la chirurgie orthopédique, les chirurgiens rochelais devant intervenir à Rochefort à raison de 10 demi-journées par semaine, soit un temps-plein de praticien hospitalier, pour y réaliser des consultations et une activité opératoire. Un contrat⁵⁵ a officialisé en novembre 2007, avec l'accord de l'ARH, la création d'un poste médical de territoire au CH de la Rochelle pour créer de l'activité sur le CH de Rochefort. L'objectif de cette coopération est de faciliter les recrutements en commun, de soulager les astreintes lourdes des praticiens rochefortais et de permettre la pérennisation d'une activité de chirurgie publique sur le territoire de proximité. Quatre postes rattachés au CH de la Rochelle ont vocation à être partagé avec Rochefort et un poste basé à Rochefort pour 6 demi-journées, et pour l'instant vacant, doit permettre de rétrocéder 4 demi-journées au CH de la Rochelle.

La crainte exprimée par des acteurs rochefortais était que les coopérations soient envisagées du point de vue rochelais dans un rapport dominant-dominé, où le CH de Rochefort permettrait de détecter des patients via des consultations, pour ensuite les transférer et les faire opérer à la Rochelle. Le CH de Rochefort, conscient du caractère stratégique de cette coopération, vécue comme une opportunité pour débloquer la situation, s'est donné les moyens d'accueillir les praticiens rochelais : réflexion sur les plages disponibles au bloc opératoire et achat de matériels neufs répondant aux exigences des praticiens en particulier. Des garanties ont été apportées par la direction et le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) sur une pratique opératoire des praticiens rochelais volontaires à Rochefort et un engagement d'évaluation a posteriori a été pris. La coopération à Rochefort, depuis son lancement effectif mi-2007, se passe bien avec les praticiens rochelais volontaires pour se déplacer à Rochefort et a des effets d'apprentissage positifs en interne, utiles pour dissiper les craintes : une coopération est possible avec la Rochelle sans transfert d'activité au détriment de Rochefort.

Mais une réticence persiste d'une partie de l'équipe rochelaise à se déplacer à Rochefort, sans lien avec l'état du bâtiment actuel de MCO puisque le bloc opératoire, rénové en 2005, répond à toutes les normes en vigueur et offre de bonnes conditions de travail pour l'ensemble des acteurs, reconnues par la Haute Autorité de Santé (HAS) à la

⁵⁴ Convention CH de la Rochelle – CH de Rochefort en date du 23 mai 2007.

⁵⁵ Contrat postes médicaux de territoire entre l'ARH Poitou-Charentes, le CH de la Rochelle et le CH de Rochefort en date du 09 novembre 2007.

suite de sa visite au CH en avril 2008⁵⁶. Les réticences doivent plus être envisagées sous l'angle culturel, et peuvent être révélatrices du positionnement d'une partie des personnels à la Rochelle : un « splendide isolement ». Le CH de la Rochelle, deuxième plus important établissement de la région après le CHU de Poitiers, mais au cœur de la première agglomération de la région, bénéficie d'un positionnement privilégié. La ville est attractive et ceci rejailit sur le recrutement en personnel médical et non médical du CH qui est relativement aisé. Parallèlement, pour des raisons historiques, faible poids du fait régional avant la décentralisation et la déconcentration, et culturelles, y compris ses filières de recrutement, le CH de la Rochelle est plus tourné vers les CHU de Nantes et de Bordeaux que vers le CHU de Poitiers⁵⁷ et n'a jamais été en position de demandeur vis-à-vis des autres CH du département, voire de la région. Le SROS et le rôle de l'ARH contrebalancent progressivement cet usage : il est très clairement indiqué dans le SROS III que les coopérations au sein des territoires de santé, notamment celui de Charente-Maritime Nord, concernent tous les établissements.

Pour parfaire la coopération déjà mise en œuvre, des discussions impliquant la direction, le corps médical de Rochefort et le chef du service d'orthopédie de la Rochelle sont en cours depuis avril 2008 afin de pérenniser et renforcer les synergies, via la mise en place d'une Fédération Médicale InterHospitalière (FMIH)⁵⁸ d'orthopédie-traumatologie qui aurait vocation à regrouper tous les praticiens des deux établissements dans une structure unique. Les discussions ont été suspendues entre le printemps et l'été compte tenu d'un changement intervenu à la tête du CH de la Rochelle. Le projet de convention relative à la création d'une FMIH précise qu'elle aurait notamment pour vocation de contribuer au rapprochement et à la collaboration des acteurs chirurgicaux, de développer l'offre de soins chirurgicale sur chacun des deux sites et de favoriser et de partager les obligations d'accueil et de prise en charge des patients par les équipes médicales et soignantes concernées.

Un autre domaine médical pose problème au CH de Rochefort, comme pour beaucoup d'établissements : assurer un recrutement suffisant d'anesthésistes. Pour un CH de taille intermédiaire, les contraintes d'astreinte ou de garde sur place sont en effet particulièrement lourdes pour une équipe restreinte d'anesthésie et le CH dispose aujourd'hui a minima de deux postes vacants qui seraient à pourvoir le plus tôt possible, afin d'éviter le recours coûteux à des remplaçants pour assurer la permanence des soins. Un rapprochement avec le CH de la Rochelle avait été envisagé. Mais face aux réticences de l'établissement de recours, les discussions s'orientent aujourd'hui, y

⁵⁶ HAS, juillet 2008, *Premier rapport des experts suite à la visite du 21 au 25 avril 2008*.

⁵⁷ L'atlas de la FHF (op.cit.) confirme que la part de marché du CHU de Poitiers est très faible à la Rochelle, inférieure à 5%.

⁵⁸ La possibilité de créer une FMIH est prévue par l'article L 6135-1 du code de la santé publique.

compris au sein du corps médical, vers un rapprochement, éventuellement sous forme de FMIH, avec les CH de Saint-Jean d'Angély et de Saintes afin de renforcer l'attractivité du recrutement pour les trois établissements. Cette hypothèse de rapprochement, qui déroge à la logique du double territoire de recours en Charente-Maritime, a reçu un accord de principe de la directrice de l'ARH⁵⁹, ce qui souligne le pragmatisme dont peut faire preuve la tutelle dès lors que la question est sensible. Il est à noter que le CH de recours de Saintes est d'une taille moindre que celui de la Rochelle, ce qui se ressent sur le dimensionnement de son équipe d'anesthésistes et peut sans doute expliquer son intérêt spontané plus grand pour la coopération avec deux CH de moindre importance, outre des coopérations déjà fortes avec le CH de Saint-Jean d'Angély⁶⁰. L'attitude ouverte de la tutelle face à ce projet illustre les préconisations du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) : « le territoire [...] n'est qu'un instrument. Il n'est rien sans la volonté des acteurs d'y travailler ensemble. C'est d'autant plus vrai qu'il s'agit de réussir le pari de la coordination et de la continuité des soins, de la conciliation de la proximité souhaitée par la population et de la sécurité des soins »⁶¹.

2.1.2 Valoriser des coopérations subies ou vécues comme telles

La présence d'unités de réanimation dans les établissements de santé est régie par des règles d'implantation et des conditions de fonctionnement minimales depuis 2002⁶². Le SROS III de la région Poitou-Charentes prévoit la présence d'unités de réanimation uniquement dans les établissements de recours de la région, soit le CH de la Rochelle pour la Charente-Maritime nord. Il a autorisé le CH de Rochefort à maintenir à titre transitoire une activité de soins intensifs de cardiologie pour 6 lits jusqu'au 1er janvier 2008 et de 10 lits de réanimation jusqu'au 1er juillet 2008. Le CH de Rochefort dispose désormais d'une autorisation de 16 lits de Soins Médicaux Continus (SMC), dont 6 à orientation cardiologique. La direction et la communauté médicale de l'établissement ont plaidé tout au long de l'année 2007 pour la prolongation de la dérogation relative à la réanimation jusqu'à l'ouverture du nouvel hôpital, en partie pour raisons médicales, meilleure prise en charge des patients, mais aussi stratégiques, conforter l'image du CH en maintenant une activité à haute technicité et rassurer les patients se faisant opérer au CH de Rochefort sur leur prise en charge en cas de complication post-opératoire. Les

⁵⁹ Source : entretien avec le directeur du CH de Rochefort.

⁶⁰ Le CH de Saint-Jean d'Angély a une activité plus faible que le CH de Rochefort et fait partie des CH vulnérables avec moins de 2000 interventions chirurgicales par an ciblés dans le rapport Vallancien (*op.cit.*).

⁶¹ CREDES, janvier 2003, *Rapport du groupe de travail territoire et accès aux soins*.

⁶² Décret n°2002-465 et n°2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue.

impacts financiers⁶³ de la perte de la réanimation ne sont pas négligeables pour l'équilibre de l'établissement. Le nouvel hôpital, contrairement au site actuel où les 6 lits à orientation cardiologique sont à un autre étage, permettra en effet un regroupement des 16 lits au même endroit, ce qui permettra une meilleure organisation médicale et paramédicale.

Dans l'attente de l'ouverture du nouvel hôpital, et compte tenu des recommandations existant au niveau régional s'agissant de l'encadrement en personnel paramédical, le CH a été contraint de réduire provisoirement les 10 lits de SMC à 8 lits. Une visite de conformité de l'unité de SMC a en effet confirmé que les ratios d'encadrement préconisés pour 8 lits n'étaient pas divisibles, en clair 10 lits signifiaient le passage à un encadrement équivalent à 16 lits. Ceci aurait abouti à mettre en place plus de personnels soignants pour 10 lits de SMC que pour 10 lits de réanimation, pourtant encadrés par des normes nationales. Une convention de coopération réanimation/soins continus avec le CH de recours de la Rochelle a dû être signée le 30 juin 2008 avant le début du basculement en SMC, afin de matérialiser l'engagement du CH de la Rochelle de prise en charge des malades nécessitant un suivi en unité de réanimation en provenance du CH de Rochefort, conformément à la réglementation, et un engagement réciproque du CH de Rochefort de prise en charge de malades du territoire rochefortais nécessitant un suivi en SMC ensuite. Les transferts sont organisés sous l'égide du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)-Centre 15 de la Rochelle. Parallèlement, la tutelle a autorisé l'ouverture de 4 lits supplémentaires de réanimation à la Rochelle dès l'été et une extension de capacité identique pour le CH de Saintes à l'automne 2008.

Cette coopération avec la Rochelle est sans conteste une coopération subie puisque la fermeture de la réanimation à Rochefort, pourtant largement prévisible depuis 2006, a généré des contestations multiples des personnels et de la communauté médicale, relayées lors des instances du printemps 2008. Les représentants du département des urgences ont été reçus par le maire et la direction et le président de CME ont dû expliquer et rassurer conjointement les membres du conseil d'administration. Une des inquiétudes tenait notamment à l'impact en termes d'image pour la chirurgie de la fermeture de la réanimation, et à des réticences de certains médecins libéraux à adresser les patients fragiles à Rochefort. Une diffusion large aux médecins libéraux d'un document expliquant la fermeture de la réanimation et ses conséquences a été planifiée. Une enquête du président de la CME a objectivé les conséquences pour la chirurgie : la fermeture de la réanimation a essentiellement un impact sur la prise en charge par le CH de Rochefort de patients très fragiles avec des complications post-opératoires à prévoir,

⁶³ L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) 2008 évalue la perte en 2008 pour le CH à 955 000 € et à 662 000 € supplémentaires en base en année pleine en 2009, soit plus de 1 617 000 €.

ce qui ne représente qu'une centaine de personnes par an, sur plus de 18 000 séjours en année pleine⁶⁴.

L'économiste Paul Samuelson⁶⁵ dans son manuel de référence « Economics : an introductory analysis » affirme que « les bonnes questions ne se satisfont pas de réponses faciles ». Ainsi il est permis de légitimement s'interroger sur le tout-coopération prôné par les tutelles, qui, face à de bonnes questions, comment gérer les problèmes démographiques médicaux et mieux utiliser l'argent public rare, prône en réponse la coopération, parfois peu étayée ou détournée de son sens initial. Les fausses coopérations sont celles imposées par les tutelles et qui visent généralement via la signature, sous peine de sanctions, de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens⁶⁶ (CPOM) ou de conventions dérivées de documents types, à faire adhérer les établissements à des réseaux, qui n'offrent pas tous la même force de structuration et répondent parfois à un souci d'affichage vis-à-vis de priorités nationales de santé publique. S'agissant des coopérations véritables, le constat de défaillance demeure trop souvent l'amorce principale d'une coopération. La coopération c'est le fait d'agir avec d'autres, mais même en situation de coopération un établissement choisira parmi les options qui lui sont offertes celle dont il retirera la plus grande satisfaction. Il ne suffit donc pas pour l'ARH d'introduire la coopération comme une stratégie à disposition des acteurs pour que ces derniers l'acceptent. De plus, « pour aboutir, elle passe nécessairement par des étapes de non-coopération⁶⁷ ». Les coûts de coordination induits par l'explosion des coopérations, coûts de structure de type bureaucratique notamment, compte tenu de la complexité de la gestion des interactions et du risque de contradictions entre les coopérations, ne sont jamais identifiés, alors que l'existence de ces coûts est démontrée dans l'analyse économique⁶⁸. Enfin il ne faut pas sous-estimer les coûts matériels induits par les conséquences des coopérations tous azimuts, notamment en matière de transports sanitaires, a fortiori lorsque les prestataires privés sont en monopole ou se partagent de facto les marchés hospitaliers (oligopole).

La capacité à appréhender la coopération dans le milieu hospitalier, et la propension de nombre d'acteurs à la subir comme une étape vers l'inconnu, plutôt qu'à l'envisager de manière positive, est fortement impactée par les lacunes de la doctrine des tutelles en matière de restructuration hospitalière. Ainsi « le ministère de la santé n'a

⁶⁴ Source : conseil d'administration du 30 mai 2008.

⁶⁵ Paul Samuelson a tenté de concilier les analyses de Keynes en macro-économie et les théories néo-classiques, initiant la synthèse néo-classique visant à donner des fondements microéconomiques à la macroéconomie via notamment un usage plus systématique de modèles mathématiques complexes.

⁶⁶ L'utilisation du terme de « contrat » dans les relations avec la tutelle pose aussi question. Ainsi le caractère « contractuel » synonyme d'engagements réciproques, mais aussi de capacités de négociation pour chaque partie en présence peut être fortement mis en doute s'agissant des CPOM signés entre l'ARH et les CH.

⁶⁷ BLAT N., octobre 2007, « La coopération, une chance supplémentaire de progrès », *Gestions Hospitalières*, n°469, pp. : 549-553.

jamais défini ou explicité ce qu'il entendait par une opération de restructuration dans le secteur hospitalier⁶⁹ ». L'utilisation alternée du terme repositionnement ou restructuration est à ce titre éclairante : le terme restructuration recouvre autant de contenus qu'il y a d'acteurs, sans distinguer par exemple entre une opération à caractère administratif ou une réforme qui touche à l'organisation des soins sur le territoire. Ceci va de pair avec une absence de formalisation d'objectifs qui, non seulement ne facilite pas le suivi des actions engagées par les ARH en particulier, mais laisse le champ libre à toutes les réactions hostiles au changement, qui trouvent dans ce flou une justification commode à un comportement « réflexe ». Les coopérations souffrent d'un emploi abusif du terme et de la contamination de l'ambiguïté non levée du terme restructuration dans le monde hospitalier. Seule une vision du territoire peut redonner un sens à ce terme.

2.1.3 Des coopérations sans vision du territoire ne font pas sens

Le bilan des coopérations avec les acteurs publics du territoire, en particulier le CH de la Rochelle, devrait être établi, avant d'envisager de nouvelles étapes et un approfondissement. Reste à disposer d'outils pour réaliser ces bilans, et notamment de références normées par exemple. En matière de chirurgie, l'apparition de seuils d'activité minimale pour les praticiens, qui garantit a priori une compétence chirurgicale, est très récente, pour l'instant limitée aux activités liées au traitement du cancer. Le contexte de la mise en œuvre des SROS III, avec des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS), est favorable à un raisonnement à l'échelle du territoire, encore que l'on peut émettre quelques doutes sur les modalités de fixation des OQOS, appuyés sur le constaté, et sur le caractère opérationnel des sanctions prévues. A titre d'exemple le SROS Poitou-Charentes 2006-2011 adopté en mars 2006 fixe dans son annexe opposable des OQOS...à l'horizon 2010. La révision intervenue en mars 2007 fixe des OQOS à l'horizon 2011, ce qui semble plus cohérent. Dès mars 2007, une révision des bornes hautes des OQOS est prévue...au deuxième trimestre 2008 afin d'ajuster le dispositif aux évolutions de l'offre de soins. Il paraît difficile ensuite de faire intégrer aux établissements une vision de l'évolution chiffrée de l'activité de soins si la norme est modifiée deux fois en deux ans. Le défaut de pilotage via les OQOS de territoire rend dès lors à ce stade difficilement envisageable l'application de sanctions ciblées par établissement. On peut y voir là une preuve de pragmatisme et de souplesse de l'ARH, il est aussi aisé de concevoir qu'en cas de difficultés dans une relation entre un CH et la tutelle, il sera toujours aisé pour cette dernière d'utiliser l'outil pour servir ses intérêts. Si le territoire est l'horizon des coopérations entre établissements, ceux-ci doivent dépasser les lacunes de la vision

⁶⁹ Cf notamment GREFFE X., 1981/1988, *Analyse économique de la bureaucratie*, Economica.

régionale et aller rechercher par eux-mêmes le gisement de ressources que constitue leur territoire. Ceci passe notamment par l'analyse des trajectoires des patients dans leur territoire, comme l'a esquissé le CH de Rochefort dans son projet d'établissement⁷⁰.

La stratégie d'un CH dans son territoire de proximité peut passer par un raisonnement sur son territoire le plus proche, sans se limiter a priori au territoire de recours, notamment pour Rochefort exemple d'un territoire-carrefour avec une réelle multipolarité. Parce que « le meilleur territoire [est] celui qui résulte d'une construction collective appuyée sur une analyse technique pertinente des réalités géographiques »⁷¹. La détermination du niveau pertinent de l'offre de soins ne peut faire l'impasse d'une réflexion sur la problématique particulière d'un CH dans une ville moyenne. S'agissant de l'offre en médecine libérale et de la densité des professions paramédicales exerçant en libéral, les analyses récentes confirment que lorsque les villes moyennes connaissent des difficultés, ce n'est pas tant dû à leur taille qu'à d'autres facteurs. Ainsi « la position géographique compte beaucoup plus que la position dans la hiérarchie urbaine »⁷², ce qui explique, grâce au littoral, que Rochefort, non seulement ne compte pas de difficultés particulières en la matière, mais ne devrait pas en connaître à l'avenir, à condition de ne pas négliger l'accessibilité sociale aux soins qui peut poser problème aux patients.

Une typologie des profils socio-économiques des villes moyennes en France⁷³ assimile Rochefort à la classe des villes moyennes vieillissantes artisanales, avec des migrations positives mais relativement limitées, et composées essentiellement de personnes âgées. L'éloignement des CHU de leur région est une autre composante. A terme la problématique médico-sociale majeure de ces villes est celle de la prise en charge des personnes âgées. S'agissant de la stratégie hospitalière d'ensemble il est intéressant de constater que Rochefort, mais aussi la Rochelle, sont considérées comme des villes isolées⁷⁴, n'appartenant ni à un réseau métropolitain, ni à une capitale régionale dotée d'un CHU. Réunies, les villes moyennes seules ou adossées parfois à de grandes villes assurent la desserte de 172 des 276 territoires de santé en France, soit près de 33 millions d'habitants en 2007 (60% de la population). Les villes-isolées exercent une responsabilité sanitaire particulière et leur offre de soins doit être confortée, y compris au regard de la tendance lourde à la concentration. Car trop de concentration dans des territoires isolés pourrait remettre en cause l'accessibilité aux soins. La chance de Rochefort et de la Rochelle, assimilées à des villes-isolées, est d'être cependant très

⁶⁹ Cour des comptes, septembre 2008, *Rapport 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*.

⁷⁰ Cf. supra.

⁷¹ *Op. cit.* (note 61)

⁷² HAAS S. VIGNERON E., 2008, *Les villes moyennes et la santé*, la Documentation Française.

⁷³ LUCAS V. TONNELIERE F., VIGNERON E., 1998, « une typologie des paysages socio-sanitaires de la France », CREDES.

⁷⁴ *Op. cit.* (note 72)

proches l'une de l'autre, une mise en réseau est donc envisageable, à l'image de celle qui s'esquisse entre les villes proches de Saint-Jean d'Angély, de Saintes et de Cognac si des volontés plus affirmées se font jour. Pour l'instant force est de constater que peu de coopérations fortes ont émergé entre deux villes moyennes, une réflexion plus poussée sur le projet médical de territoire pourrait peut-être esquisser les complémentarités et les opportunités à saisir, et ce alors que les cliniques des environs se restructurent rapidement⁷⁵ et peuvent désormais dialoguer d'égal à égal, y compris avec le CH de la Rochelle.

« Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise »⁷⁶ écrivait Jean Monnet à propos du retard pris par les Américains dans la réforme de leur système bancaire à l'aune de la crise de 1929. Le temps de la crise est proche et le CH de Rochefort ne peut pas rester passif dans l'attente de réponses claires des autres établissements publics du département, en particulier du CH de la Rochelle pour le territoire de recours. Il reste à impulser une nouvelle dynamique avec les praticiens libéraux du territoire, sans attendre le nouvel hôpital, mais en utilisant la perspective qu'il offre, pour contribuer à donner un sens à la notion de pôle de santé.

2.2 Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) avec des praticiens libéraux, outil innovant et bien adapté aux Centres Hospitaliers de proximité

La mise en place de deux GCS à Rochefort est un outil mis à profit afin d'enrichir à nouveau l'offre de soins au bénéfice de la population desservie par le CH. L'amorce de son succès renforce le service public hospitalier pour le territoire, sans pour autant lever toutes les incertitudes, celles qui sont au cœur des dilemmes des décideurs.

2.2.1 Deux GCS mis en place à Rochefort : se donner les moyens pour réussir

Le CGS a été institué en 1996⁷⁷ pour permettre aux établissements publics et privés de santé de s'engager dans des actions de coopération. Son régime juridique a été revu en 1999, 2002, 2003 et 2004⁷⁸ afin de faire prendre à cette forme juridique de

⁷⁵ Il a été confirmé lors de la journée FHF régionale du 10 septembre 2008 à Niort un rapprochement des trois cliniques de la Rochelle et l'ensemble des cliniques de la région, hormis la clinique Pasteur de Royan, appartient dorénavant à de grands groupes privés nationaux.

⁷⁶ MONNET J., 1976, *Mémoires*, éd. Fayard.

⁷⁷ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁷⁸ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

coopération une place prépondérante en le simplifiant et en le précisant. Un GCS peut être constitué entre des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux. L'unique restriction portée consiste en ce que l'un des membres au moins du GCS soit un établissement de santé. Ce dispositif s'avère être particulièrement adapté pour répondre aux besoins sur le territoire rochefortais. En effet depuis plus de dix ans le CH de Rochefort dispose plus de spécialités chirurgicales et les modes de rémunération des professionnels dans ces spécialités sont défavorables au CH et ne permettent pas d'envisager raisonnablement un retour proche d'une offre publique de qualité.

Deux GCS ont été mis en place début 2008 à Rochefort : le GCS du pays rochefortais⁷⁹ et le GCS d'hépatogastro-entérologie rochefortais. Le Groupement de Coopération Sanitaire du pays rochefortais a pour objectif de permettre de faire intervenir des professionnels médicaux, hospitaliers et médecins libéraux, au profit des patients du Centre Hospitalier de Rochefort. Les médecins libéraux peuvent de surcroît être amenés à participer à la permanence des soins de l'établissement et peuvent répondre à des demandes d'avis spécialisés, au bénéfice de patients hospitalisés dans les unités de l'établissement. Le GCS participe à la garantie d'une offre de santé de proximité, de qualité et adaptée aux besoins de la population, afin de satisfaire au mieux les exigences de santé publique dans le bassin rochefortais. A l'origine quatre praticiens libéraux ont rejoint le GCS. Le GCS d'hépatogastro-entérologie rochefortais a pour objectif de permettre de faire intervenir des professionnels médicaux, hospitaliers et médecins libéraux, au profit des patients du CH. Il participe à la garantie d'une offre de santé de proximité, de qualité et adaptée, afin de satisfaire au mieux les exigences de santé publique du territoire. Il s'agit en l'espèce de permettre l'utilisation en commun d'équipements biomédicaux⁸⁰ acquis par l'établissement au rythme des avancées médico-technologiques.

Les deux GCS sont de droit public. Ils ne poursuivent pas de but lucratif et ne sont pas titulaires d'autorisations d'équipements ou d'activités de soins. Le statut du personnel médical qui prodigue les soins n'a pas d'effet sur les patients. Ceux-ci demeurent des usagers du service public hospitalier et n'ont pas de rapports juridiques avec les médecins libéraux membres du GCS. En cas de dommage intervenus au cours des soins, c'est le CH qui est responsable vis-à-vis du patient. Le CH dispose en revanche d'un recours contre le professionnel libéral lui-même assuré⁸¹. Les médecins libéraux membres du GCS ne reçoivent de dépassements d'honoraires ni du Centre Hospitalier, ni

⁷⁹ Cf. annexe 4 - convention constitutive du GCS du pays rochefortais.

⁸⁰ L'équipement utilisé en commun est aujourd'hui un Fibroscan.

⁸¹ DIEUMEGARD P., VILLENEUVE-FERRER A., juin 2008, « Praticiens libéraux à l'hôpital – Le GCS du pays rochefortais », *Revue hospitalière de France*, n°522, pp. : 63-65.

des patients, ce qui est un argument fort pour justifier l'opportunité pour le CH, et la neutralité pour le patient, de la mise en œuvre d'un tel GCS. Les praticiens libéraux reçoivent une rémunération versée à l'acte par le CH qui correspond à une part, déterminée praticien par praticien dans une annexe financière, de chaque acte côté par les médecins selon les nomenclatures en vigueur. La part de l'acte prélevée qui reste au CH correspond à un dédommagement forfaitaire pour la mise à disposition de moyens humains et matériels, indispensables à la réalisation des actes. Il est souligné que « la négociation par type d'actes et d'activités est déterminante, car elle conditionne le paiement des actes par l'établissement au regard des moyens engagés et du Groupe Homogène de Séjour (GHS) obtenu »⁸². Le personnel du CH n'est ni mis à disposition ni recruté par le GCS, ce qui minore les difficultés de gestion. De même les GCS ne procèdent pas directement à des investissements. Enfin la réforme de la T2A est plutôt un levier dans le cas présent. Sans l'incitation à une optimisation de l'activité et des plateaux techniques qui est sous-jacent à ce mécanisme, il aurait été plus difficile pour la direction de mobiliser des acteurs internes du CH alors que la plupart d'entre eux ont intégré que les ressources ne sont plus acquises mais doivent être générées par l'activité.

L'intérêt de participer au GCS pour les praticiens libéraux est triple. Ils accèdent à des équipements de qualité, tel le Fibroscan, ainsi qu'à l'ensemble du plateau technique, en particulier le bloc opératoire, la salle de surveillance post-interventionnelle, les installations d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et la stérilisation. Ils peuvent offrir une prestation de qualité à Rochefort pour leurs patients, notamment les plus fragiles, pour lesquels un déplacement vers l'offre abondante disponible à Royan ou la Rochelle, est une contrainte réelle pour les plus âgés, voire un coût financier très élevé pour beaucoup. Enfin ils conservent leur statut de profession libérale. L'équipe de direction du CH de Rochefort a pu s'appuyer sur la communauté médicale de l'hôpital, consciente de l'enjeu en terme d'attractivité pour l'établissement, et a su faire preuve de pédagogie vis-à-vis des praticiens publics, pour éviter des dissensions avec leurs collègues privés, mais aussi vis-à-vis du politique (neutralité pour le patient) et des organisations syndicales (pas de conséquences pour le statut du personnel et perspective motivante de relance d'une activité disparue). Le fait d'avoir su intégrer le sujet sensible de la permanence des soins dans la négociation du GCS du pays rochefortais fut aussi déterminant pour l'acceptation par les praticiens publics. Il s'agissait de « ne pas aboutir à une situation déséquilibrée où les praticiens libéraux n'interviendraient qu'à froid tandis que les praticiens hospitaliers assumeraient seules les obligations des urgences »⁸³. L'obligation de participer au tour de garde a par exemple été strictement formalisée pour l'activité de chirurgie digestive. Les

⁸² *Ibid.*

⁸³ *Ibid.*

deux GCS ont enfin pu être justifiés par l'ensemble des acteurs dans une logique de première étape dans la coopération entre le CH et la clinique puisque plusieurs chirurgiens adhérent aux GCS travaillent au sein de la clinique de Rochefort.

2.2.2 Un succès en devenir qui renforce le service public hospitalier

La mise en œuvre des GCS, tout particulièrement celui du pays rochefortais, est un succès, succès vérifié par l'entrée de trois nouveaux praticiens libéraux entre avril et juillet 2008, dont deux chirurgiens ophtalmologues, ce qui permet, dès juillet 2008, de relancer la chirurgie de la cataracte qui n'était plus disponible sur le territoire rochefortais alors que les besoins augmentent, compte tenu du vieillissement de la population. La souplesse de la structure du GCS s'est vérifiée à l'inverse suite à un problème de prise en charge d'un patient par un praticien libéral. Celui-ci a été exclu sans tarder, prouvant à l'ensemble des acteurs que le GCS créait des droits, mais aussi des devoirs, et que ce mode de coopération offrait la même garantie de service et de sécurité pour les patients. L'effet d'entraînement du GCS est positif pour les disciplines de retour dans l'établissement, à l'exemple de l'ophtalmologie, mais rejaillit aussi sur les autres disciplines, notamment lorsque les patients ne venaient pas dans cet hôpital. Les principaux obstacles à lever ici étaient d'ordre culturel et cette innovation a pu être menée à bien grâce à l'implication forte de la direction, un contexte favorable aux coopérations, avec prise de conscience de la position de site intermédiaire du CH de Rochefort, qui offre moins d'acquis dans le domaine des autorisations d'activité que celle d'un CH de recours tel celui de la Rochelle ou de Saintes, et de bonnes relations globales entre les praticiens publics et privés.

Le succès du GCS pourrait conduire à l'évolution du statut du GIE « IRM de Rochefort », en cas d'obtention de l'autorisation d'exploitation d'un appareil pour l'IRM. Le GIE est de droit privé et associe à parité le Centre Hospitalier de Rochefort et la société anonyme à responsabilité limitée « Résonance » composée de médecins radiologues libéraux. Il a été créé notamment pour présenter auprès des autorités administratives une demande d'autorisation pour l'installation d'un équipement IRM et matériels accessoires, ainsi que de tout matériel d'imagerie médicale lourde ou interventionnelle, acquérir ou prendre à bail les équipements et locaux nécessaires à l'exploitation de ceux-ci. Il prévoit la possibilité de mise à disposition de personnel salarié.

L'outil du GCS est un apport pour le fonctionnement du CH, mais si l'approche juridique est importante elle ne résout pas tous les problèmes. « Un montage juridiquement solide sur le papier peut ne pas résister à l'épreuve du temps et des

faits »⁸⁴. Un des paris sous-jacents à la démarche du GCS est d'offrir une alternative aux praticiens libéraux de Rochefort qui interviennent dans la clinique Arc-en-Ciel Pujos. Il est difficile d'affirmer à ce stade que le pari sera réussi et que ceci permettrait de dépasser les aléas⁸⁵ du rapprochement entre le CH et la clinique. Le GCS peut être vu par les autres acteurs, notamment de la clinique, comme une stratégie non-coopérative. Il a d'abord été conçu comme une réponse adaptée à un CH disposant d'un plateau technique de base et destiné à assurer des besoins de santé d'un territoire de proximité. Mais si un rapprochement avec la clinique devait s'opérer, la question de l'évolution de ces GCS pourrait être posée. Certaines coopérations peuvent en effet générer des incompatibilités, a fortiori avec quatre groupes d'acteurs : le CH de Rochefort, la clinique, les praticiens libéraux qui exercent dans la clinique et dans le CH, et enfin un autre établissement public de santé comme le CH de la Rochelle par exemple. Les acteurs principaux sont confrontés à l'incertitude et aux dilemmes qu'elle génère.

2.2.3 Gérer l'incertitude : les dilemmes des décideurs

Les ambiguïtés et lacunes du SROS offrent une liberté et des marges de manœuvre appréciables pour un chef d'établissement. De plus, malgré l'accélération des réformes, les dirigeants des établissements publics continuent généralement à bénéficier d'une meilleure visibilité temporelle que ceux du privé, soumis, au fur et à mesure des rachats par de grands groupes à des exigences de retour financier plus immédiates. Mais une absence trop forte de visibilité au plan régional, voire départemental, peut nuire à l'essor de certaines coopérations, faute d'infléchir les stratégies des acteurs. Il n'en demeure pas moins que les directeurs d'établissements apparaissent fréquemment comme les promoteurs principaux du changement. Ils sont ceux qui prennent des risques, « au sens où ils engagent un projet sans balisage réel de l'action à entreprendre, sans référence à des actions similaires, et sans garantie professionnelle en cas d'échec »⁸⁶. Ils doivent assumer un positionnement protéiforme avec une fonction d'animation, de mise en mouvement, tout en rassurant les autres acteurs. La valeur ajoutée du chef d'établissement peut aussi être jugée à l'aune de la capacité à donner à un foisonnement de projets un sens, y compris a posteriori si nécessaire. Ainsi, si l'enjeu pour le CH de Rochefort est de renforcer sa position dans le territoire de santé en se donnant les moyens de contrôler un champ de ressources stratégiques, tel des personnels médicaux rares ou un plateau technique de bon niveau, la capacité pour le CH à exercer une

⁸⁴ CAILLET R., MAQUET N., BOSSU P., novembre 2004, « Un GCS public/privé opérationnel depuis cinq ans : l'unité de chirurgie cardiaque de l'Artois », *Gestions Hospitalières*, n°440.

⁸⁵ Cf. *infra*.

emprise dépend à la fois de sa cohérence interne et de la transformation de son environnement induite par le rapport aux acteurs externes. Tout changement peut se heurter à la résistance des facteurs humains car il s'agit de substituer une nouvelle légitimité à la légitimité précédemment reconnue.

Des enseignements peuvent être retirés de l'étude de la gestion du changement dans le milieu hospitalier, tout en reconnaissant en préalable qu'il n'existe pas une recette systématique pour réussir à mener une réforme. Dans le cas du déploiement des coopérations autour du CH de Rochefort, nous sommes typiquement dans une logique événementielle, c'est-à-dire une succession d'événements qui surgissent au cours du processus de changement d'une manière plus ou moins impromptue et selon un rythme variable. Ceci renvoie directement à la capacité des acteurs, en particulier le directeur, à transformer les événements en moteur des projets, à alimenter la stratégie du CH. L'incertitude peut être un allié pour le directeur car « la promotion du projet s'opère d'autant mieux que la crainte de ne pas survivre, de ne pas s'adapter, est ressentie »⁸⁷. La gestion du temps est aussi essentielle car dans certains cas il faut savoir temporiser, comme cela sera détaillé dans la troisième partie pour la clinique, dans d'autres il est impératif d'accélérer, à l'exemple de l'approfondissement de la coopération en matière de chirurgie orthopédique⁸⁸. Le rôle d'enseignement du décideur est aussi important afin de faire rentrer un maximum d'acteurs dans un apprentissage de la nouvelle donne. La marge de négociation existe pour tous les acteurs, elle est cependant très variable d'un projet de coopération à l'autre et dépend aussi de la capacité à nouer des alliances. Ces alliances peuvent émerger par grappes, l'ensemble des acteurs soutient le projet simultanément, ou au contraire en réaction à la violence d'un changement, ou enfin par diffusion progressive à partir du premier cercle des décideurs.

Les limites de ces approches tiennent à la tentation pour les directeurs de surcompenser par la communication et le dialogue social les lacunes de la tutelle, le flou des objectifs et les déficits méthodologiques, tels l'absence d'outil dévaluation des coopérations déjà engagées sur le territoire ou plus largement dans la région. Ils se doivent d'intégrer la dimension culturelle car « le culturel est à l'origine du sentiment d'appartenance ; il est fédérateur et crée un patrimoine partagé mais il résiste à l'évolution, il craint le changement »⁸⁹. Les outils de communication abondent, les informations stratégiques ne peuvent pas rester confidentielles très longtemps dans des structures de santé très ouvertes sur l'extérieur, et compte tenu du nombre d'acteurs

⁸⁶ MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., mai-juin 2004, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion*, vol 30 n°150.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Cf. *supra*.

⁸⁹ FORCIOLI P. (rapporteur) ; mars 2002, *Rapport du groupe d'étude et de recherche sur les fusions et regroupements d'établissements publics de santé*, rapport à la Fédération Hospitalière de France (FHF).

impliqué sur chaque projet. Pour gérer au maximum le phénomène de rumeur, il importe de montrer le plus de transparence et de réactivité possible, et de savoir anticiper la révélation d'une nouvelle information plutôt que de se positionner en situation de réaction ou de démenti à l'annonce par d'autres acteurs non institutionnels. Enfin, il importe de ne pas négliger la dimension technique des dossiers en présence car une bonne communication n'est rien si un aléa technique, non anticipé, brouille le message. A ce titre, l'émergence d'un langage commun entre décideurs est indispensable, notamment entre médecins et personnels de direction, afin d'éviter des approximations génératrices de confusions ultérieures, comme j'ai pu aussi le constater lors de mon stage en Italie à propos de la mise en œuvre d'une unité d'évaluation des technologies de santé⁹⁰ au sein de la Polyclinique Gemelli à Rome. Ainsi, Talleyrand⁹¹ rappelait que « oui et non sont les mots les plus courts et les plus faciles à prononcer, et ceux qui demandent le plus d'examens », 170 ans après son décès, cela reste d'actualité.

L'avant-projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » devrait apporter de nouveaux pouvoirs au directeur, notamment dans ses attributions propres, par un moindre rôle du conseil d'administration, réduit à un conseil de surveillance et par un co-pilotage directeur-président de CME de l'hôpital resserré autour d'un directoire. Les incertitudes sont cependant trop fortes à la date de l'écriture de ce mémoire pour en tirer des conclusions avancées quant à la plus grande latitude réelle de celui-ci pour gérer l'incertitude. Même renforcé, le directeur aura besoin de relais et de l'adhésion d'un socle minimum d'acteurs, notamment médicaux, autour des coopérations.

Le développement des coopérations avec les établissements publics de santé, sous réserve de clarifications substantielles, de même que le recours positif à des GCS, sont d'ores et déjà plus que des pis-aller pour résoudre les contradictions du nouvel hôpital. Conscients qu'un pôle de santé pour le territoire est une condition essentielle pour assurer la pérennité et le développement du CH, les décideurs doivent en parallèle anticiper une éventuelle absence de l'acteur majeur que serait la clinique de Rochefort dans le pôle en germe, tout en sachant qu'approfondir certaines options conduira à des choix nécessaires plus tard pour privilégier telle ou telle forme de coopération plutôt qu'une autre. Sous conditions, dont certaines sont des points durs, une plus grande intégration au sein du territoire de recours pourrait conforter le pôle de santé du territoire rochefortais demain.

⁹⁰ PASTEAU S, 2008, *L'évaluation des technologies de santé : l'exemple italien ?*, rapport de stage international, EHESP.

⁹¹ TALLEYRAND-PERIGORD C-M. (édition présentée et rassemblée par E. de WARESQUIEL), 2007, *Mémoires et correspondances du prince de Talleyrand*, éd. Robert Laffont.

3 Un pôle de santé demain sans la clinique ? Mise en perspective

Le CH de Rochefort et la clinique Arc-en-ciel Pujos ont connu un début de coopération heurté et aléatoire, qui oblige à envisager l'hypothèse d'un pôle de santé demain sans la clinique. Le pôle pourrait trouver un autre équilibre en se rapprochant du CH de la Rochelle, voire en créant une communauté hospitalière de territoire.

3.1 Hôpital et clinique de Rochefort : un rendez-vous manqué ?

L'hôpital et la clinique, tout proches géographiquement, ont de puissantes incitations pour coopérer et de vraies mutualisations sont envisageables. Les aléas des modifications de la stratégie de la clinique ont pourtant pu faire craindre que le CH ne devienne otage de la clinique. Le déroulement chaotique de ce rapprochement permet d'esquisser des préconisations pour une coopération public/privé réussie.

3.1.1 De puissantes incitations à la coopération

La démarche volontariste de rapprochement du CH de Rochefort et de la clinique a été accélérée par l'ARH avec la mention claire dans le SROS de l'utilisation du plateau technique du nouvel hôpital par la clinique, qui doit être sur le même site comme évoqué supra, ainsi que par la décision prise d'augmenter la capacité du bloc de 5 à 7 salles. Le contexte national était très favorable à une telle approche, notamment en chirurgie, et ce dans un contexte de concentration, notamment dans la région proche des Pays de la Loire, avec mutualisation des plateaux techniques, voire fin de la concurrence par partage d'activités entre l'hôpital et la clinique locale dans nombre de villes moyennes. L'analyse économique laisse entrevoir deux types de coopération possibles pour un tel partenariat public/privé, qui n'est pas une fusion d'établissements : une configuration concurrentielle, soit une alliance entre entités offrant une alternative de prestations, on pourra le nommer un partenariat dit d'impartition⁹² ou une configuration de complémentarité le partenariat dit symbiotique⁹³. Dans le premier cas, il s'agit d'une émulation générée par la coopération qui permet la mise en commun d'équipement et de services, mais n'est pas complètement visible et maintient une certaine dispersion de moyens et des surcoûts en investissement.

⁹² RAULT-DOUMAX P., 2005, Etablissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ? L'Harmattan.

⁹³ *Ibid.*

Dans le second cas, chacune des unités se spécialise dans les domaines où elle offre la meilleure réponse aux besoins sanitaires du territoire. Le principe est d'amortir les coûts fixes en réalisant des économies d'échelle, ceci suppose le calcul d'un seuil de rentabilité et de ne pas dépasser une certaine masse critique. Il est crucial à ce sujet de rappeler que très souvent les surcoûts générés par un regroupement d'activités ne sont estimables qu'a posteriori par les décideurs. Au-delà d'une certaine masse critique, les coûts de fonctionnement augmentent et des coûts dits « de transaction » apparaissent, conséquence d'une plus grande complexité des circuits de décision et des jeux d'acteurs notamment. Ainsi « l'établissement se retrouvera rapidement dans une situation hospitalière lourde s'il dépasse les 300 lits d'hébergements en MCO »⁹⁴.

Le schéma assez souvent appliqué dans les villes moyennes voisines, selon une logique symbiotique, à savoir un transfert de la chirurgie vers l'établissement privé et le maintien de la médecine et de l'obstétrique dans le public, déjà réalisé à Cognac dans la région, n'est a priori pas dans les intentions de la tutelle. L'esquisse de projet de rapprochement s'apparentait plutôt à une coopération dans la concurrence selon une logique d'impartition. Ceci est renforcé par le diagnostic d'un territoire de santé⁹⁵ où, fait rare, la clinique n'est pas en position dominante sur la chirurgie à Rochefort puisque CH et clinique font face tous deux à un taux de fuite important des patients vers la Rochelle et Royan. Ainsi les acteurs locaux du CH ne craignent pas une concurrence frontale avec la clinique car le CH a des atouts, notamment son plateau technique, et les praticiens des deux établissements se connaissent et ont globalement de bonnes relations. Enfin participait à la confiance dans la clinique jusqu'en 2008, la nature du propriétaire depuis 2005, une mutuelle de santé⁹⁶ connue dans la région, suite au rachat de la clinique du Dr Pujos, à caractère familial. Un propriétaire mutualiste génère plutôt de la confiance de la part des acteurs politiques et donne en théorie une certaine visibilité à moyen terme par rapport à un groupe privé à but lucratif. Les élus ont cependant demandé des garanties sur le devenir du CH dans la cadre de la coopération envisagée et ont veillé à être tenu informé régulièrement, en particulier via le conseil d'administration, de l'évolution du sujet.

C'est ainsi qu'entre février et avril 2007, une amorce de dynamique s'est engagée entre les acteurs principaux : l'équipe de direction du CH, les médecins des deux établissements en particulier les présidents de CME, le directeur de la clinique et les représentants de la mutuelle. Un comité de pilotage a été établi et des groupes de travail fonctionnels, techniques et juridiques ont été créés en fonction des sujets abordés. Une première liste des coopérations envisageables entre le CH et la clinique a été dressée et la multiplication des rencontres entre acteurs a généré plus de pistes que celles liées au

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ *Cf. supra.*

partage du bloc seul. Nombre de coopérations évoquées ne sont pas même conditionnées par le partage du bloc opératoire, mais plus par le rapprochement physique entre les deux entités. Des coopérations ont ainsi été envisagées pour l'utilisation par la clinique de la stérilisation du CH, un rapprochement des activités de cardiologie, une mutualisation des salles d'endoscopie, le laboratoire, les équipes d'hygiène, le funérarium, l'informatique et la crèche. Une coopération prometteuse, bien que délicate, concernait la mise en place d'astreintes médicales communes en chirurgie, mais aussi pour le laboratoire et la radiologie, voire en anesthésie-réanimation. Pour cette dernière deux problèmes majeurs demeurent : les urgences obstétricales que les praticiens libéraux ne prennent aujourd'hui pas en charge et la définition des responsabilités de chacun dans la prise en charge des patients en post-opératoire. Enfin la question du mode de rémunération et du partage du coût entre clinique et CH, notamment si des praticiens publics, payés par les astreintes du CH, intervenaient sur des patients de la clinique, reste posée. Cette dynamique a buté sur deux obstacles liés à l'aléa technique et au respect des normes tandis que le scénario d'implantation de la clinique à proximité du nouvel hôpital n'était toujours pas établi.

3.1.2 Les aléas de l'évolution de la stratégie du propriétaire de la clinique : l'hôpital otage ?

Deux aléas ont rapidement pesé sur la dynamique engagée, aléas qui auraient pu être surmontés si la stratégie de la clinique n'avait pas changé radicalement en raison de nouveaux choix des propriétaires. Le comité de pilotage a rapidement abordé le problème des liaisons physiques entre les deux bâtiments. Une possibilité technique de passage direct entre le nouvel hôpital, à l'étage du bloc opératoire, et un bâtiment de la clinique qui se serait situé en face a été actée dans le projet en cours de construction pour laisser ouverte à la clinique cette option. En termes de fluidité des circuits, de confort pour le patient et pour les personnels, il est rapidement apparu qu'une passerelle reliant directement les deux bâtiments était de loin l'option la plus satisfaisante pour la clinique, tout en ayant besoin aussi d'une liaison physique en rez-de-chaussée pour d'autres flux de nature plus logistique. Le groupe de travail technique chargé de ce sujet a conclu à la faisabilité d'une passerelle qui ferait environ 50m de long et 2 m de large. Mais le coût de celle-ci, non chiffré durant cette première phase mais substantiel⁹⁷, serait aggravé par l'obligation de répondre aux normes parasismiques. La clinique a très tôt soulevé cet obstacle comme majeur pour son projet de rapprochement, sauf si la tutelle dégageait

⁹⁶ La Société de Secours Mutuels des Arts et Métiers (SMAM) dont le siège est à la Rochelle.

⁹⁷ A minima 500 000 €

quelques financements spécifiques pour accompagner le projet. La clinique a d'ailleurs obtenu en avril 2007 de la tutelle la possibilité de réfléchir à deux hypothèses, celle déjà évoquée de partage du bloc et une seconde hypothèse où la mutualisation des blocs serait abandonnée, en conservant toutes les autres coopérations envisagées. Le second facteur de surcoût identifié est le risque imputable au dépassement de seuils réglementaires, le risque de la norme. En effet, l'arrivée de la clinique sur le site du CH, a fortiori avec une liaison physique entre les deux bâtiments, entrainerait probablement le reclassement du site commun en niveau dit « 1 » pour la sécurité incendie⁹⁸, avec présence d'une équipe dédiée 24h/24. Le coût annuel supplémentaire généré pour les deux structures est estimé à 800 000 € correspondant au recrutement de 25 équivalents temps plein. Ce surcoût pérenne entrainerait sans doute une demande de compensation auprès des autorités de tutelle. Les limites de la concentration dans un univers où les normes techniques et de sécurité foisonnent, ainsi que les conséquences d'un rapprochement avec la clinique non intégré dans le projet initial du nouvel hôpital sont ici clairement illustrées.

Il est très vite apparu qu'au-delà des questions de cohabitation de personnels avec de statuts différents qui pourraient être aplanies par la plus grande ouverture des GCS prévue dans l'avant-projet de loi en discussion déjà évoqué, les acteurs de la clinique disposaient de moins de marges de manœuvres que ceux du CH. La mutuelle, nouvel acteur dans l'univers des cliniques, était le décideur, mais ne semblait pas avoir de ligne stratégique encore bien établie. Ceci s'est confirmé à partir de la mi-2007 par un blocage des discussions en cours. Au printemps 2008, sans information du directeur du CH ni même du maire, la clinique a été vendue⁹⁹ à un groupe privé, le groupe KAPA, qui détient 7 cliniques principalement implantées dans les départements d'outre-mer. Une succession rapide de rachats est un handicap pour une entité privée soumise à une logique commerciale. Ces ventes obèrent l'investissement, donc le développement de la firme, car l'acheteur doit reconstituer son capital, voire apurer un passif, avant de réinvestir dans l'entreprise. Il en résulte une double charge financière apparaissant à chaque transaction ; celle de l'achat du bien et celles des investissements nécessaires car souvent le vendeur, par précaution, en a différé le financement depuis quelques temps. C'est exactement le cas de la clinique de Rochefort. Et c'est le financeur du système de soins qui apporte les ressources naturelles à la reconstitution des actifs. Au total, les transactions de rachat ont vocation à être financés explicitement ou indirectement par l'assurance-maladie. La requête récente du nouveau groupe

⁹⁸ Le CH de Rochefort est aujourd'hui classé en niveau « 2 », ce qui nécessite la présence d'une personne qualifiée postée 24h/24 pour surveiller les écrans de sécurité mais pas d'une équipe dédiée sécurité incendie.

⁹⁹ Avec deux autres cliniques plus importantes dans la région de Châtelleraut et Cognac.

propriétaire auprès de l'ARH pour obtenir l'inscription de la reconstruction de la clinique au plan Hôpital 2012 va tout à fait dans ce sens.

Face à de nouvelles demandes des propriétaires de la clinique, reconstruction sans rapprochement avec le CH, l'ARH est restée à ce jour très ferme, appuyée sur le SROS et l'exigence d'un seul plateau technique de Rochefort que l'ARH a les moyens réglementaires d'imposer via les autorisations. L'ARH confirmerait aussi a priori la non-éligibilité de la clinique de Rochefort au plan Hôpital 2012. L'alternative est très simple à ce stade pour le groupe propriétaire de la clinique : soit la clinique se rapproche à ses frais du nouvel hôpital, soit elle disparaît. Le projet semble donc très mal engagé en septembre 2008, avec des lacunes de communication de la clinique qui doivent être gérées par le chef d'établissement vis-à-vis des acteurs du CH. Mais l'hôpital n'est pas otage de cette absence de taille dans le pôle en gestation car, en dépit de quelques incertitudes latentes qui demeurent dans le projet architectural, les décisions ont été prises pour que l'ensemble du projet puisse être mené à son terme sans la clinique.

3.1.3 Préconisations pour une coopération public/privé réussie

« Nous n'avons que le choix entre les changements dans lesquels nous serons entraînés et ceux que nous aurons su vouloir et accomplir »¹⁰⁰. Le rapprochement avec la clinique a clairement été un changement partiellement anticipé et dans lequel le CH a été entraîné sur demande de la tutelle. Il faut rappeler que l'ARH avec la mise en place de la T2A a perdu des marges financières, mais conserve le contrôle de l'attribution d'une partie des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) et la maîtrise des autorisations d'activité. Enfin à ce stade le directeur de l'agence évalue les chefs d'établissements hors CHU et son pouvoir pourrait être renforcé par l'avant-projet de loi déjà évoqué. Parmi les leçons qui peuvent être retirées après deux ans d'évolution heurtée figure le besoin d'une vision stratégique préalable partagée par les principaux acteurs. Cela ne signifie pas un accord sur tout dès l'origine mais un minimum de vision commune afin que tous envisagent le but à atteindre, laissant dans un second temps les obstacles et les questions techniques. Cette vision doit précéder l'analyse technique, quitte à s'ajuster aux contraintes induites par le projet, sinon il est impossible de dissiper le quiproquo initial entre les décideurs. Les conditions depuis 2006 n'étaient pas remplies : le CH, après une période délicate en 2005/2006 est entré sur demande dans la coopération, la clinique ne disposait pas de tous les leviers et il est probable avec du recul que dès 2007 la mutuelle hésitait sur la conservation ou non des cliniques qu'elle avait en sa possession, en particulier celle de Rochefort.

¹⁰⁰ MONNET J. op.cit (note 76)

La coopération public/privé en matière de santé, plus encore qu'un rapprochement public/public, met en jeu des acteurs avec des cultures différentes, même s'ils sont confrontés à nombre de problèmes similaires dans la gestion courante. La coopération doit réussir à gérer les intérêts particuliers à l'œuvre car chaque acteur redoute plus que tout de perdre son indépendance, de dévoiler son positionnement stratégique et de ne pas maîtriser une répartition équitable des résultats de la coopération. Deux sujets se révéleront majeurs en cours d'avancement du projet : la maîtrise des coûts avec risque de compétition entre acteurs afin de prouver une légitimité technique ou gestionnaire supérieure à l'autre et le paramètre temps qui pèse sur la rentabilité de la coopération. Le temps est un investissement qui sera mise en relation avec le résultat. Des premiers aboutissements doivent être offerts aux acteurs pour faire encore progresser la dynamique de coopération. Ainsi parmi les pistes envisagées à l'issue du travail technique réalisé en 2007, figuraient certaines mutualisations, comme la stérilisation, qui auraient pu être mises en place très rapidement, peut-être même avant le déménagement physique de l'un ou l'autre des établissements, offrant des premiers résultats intermédiaires, qui auraient même pu faire l'objet d'une communication, au moins à usage interne.

Les questions techniques n'ont pas toutes été balayées dans cette première phase de coopération entre le CH et la clinique, cependant il était d'ores et déjà envisagé au sein du CH de réfléchir à la création d'un GCS pour organiser l'exploitation en commun d'une partie du plateau technique. La souplesse du GCS qui permet d'inventer des régulations au fil de l'eau tout en préservant la personnalité du CH et de la clinique peut conduire à l'approfondissement de la coopération en limitant les heurts. Dans la mesure où le bloc opératoire était commun, ce qui demeurait l'hypothèse de travail central malgré l'évolution de la réflexion intervenue en avril 2007¹⁰¹, un retour en arrière, s'il restait théoriquement possible était difficilement envisageable en raison des coûts induits par une nouvelle construction pour la clinique et d'un risque de surinvestissement, trop lourd économiquement, et trop risqué face au pouvoir d'autorisation de la tutelle. Le GCS en revanche ne pourrait pas à lui seul assurer la survie d'établissements en difficulté, il importe de maintenir une bonne qualité des coopérants.

Coopérer avec le privé pour le CH c'est ne pas sous-estimer les enjeux en termes d'image pour la clinique. La coopération doit devenir un vecteur d'image positif dans l'opinion locale. Ce facteur est d'autant plus important lorsque la clinique s'intercale dans le projet du nouvel hôpital avec un décalage et qu'elle quitte le centre ville pour la périphérie, son image extérieure se confondant alors naturellement avec l'hôpital, quels que soient les éléments architecturaux utilisés pour différencier les deux bâtiments. Il faut avoir conscience que pour une partie des patients, notamment les plus fragiles, souvent

les plus âgés, la confusion est probable entre clinique et CH dès lors qu'ils sont proches. La possible construction d'une passerelle évoque, même symboliquement, une coopération plus avancée qu'elle ne l'est dans les faits. Au stade de la réflexion des acteurs, il est probable que l'ensemble des dépendances mutuelles matérielles et incorporelles potentielles n'est pas encore appréhendé par tous.

Une coopération public/privée réussie est plus réaliste lorsqu'elle s'établit entre égaux, souvent les rapprochements envisagés avec partage d'activité dans les villes moyennes ont été plus bénéfiques pour la clinique privée chirurgicale que pour l'hôpital public en raison des effets financiers conséquents de la T2A, qui avantage les établissements avec une bonne productivité de leur bloc opératoire et désavantage plutôt les entités avec une activité tournée vers la médecine et l'obstétrique. C'est la chance du CH de Rochefort de s'être trouvé dans une position non dominante, mais correcte, en chirurgie pour envisager une coopération avec la clinique sans partage d'activité avec de bonnes chances de ne pas être perdant, voire d'être gagnant, clinique incluse, si la logique de pôle couplée aux nouveaux investissements porteurs avait permis de faire chuter le taux de fuite du territoire vers la Rochelle et Royan. Une éventuelle ouverture vers d'autres cliniques alentours du département pour nourrir le pôle rochefortais en cas d'échec de l'arrivée de la clinique sur le nouveau site doit être écartée a priori car tant celles de Royan que celles de la Rochelle sont plus importantes que le CH de Rochefort, s'agissant de l'activité chirurgicale, et ont sur place ou à proximité plus immédiate la présence des deux CH de recours de la Charente-Maritime avec un plateau technique et des spécialités médicales plus étoffées.

Au total, nombre d'incertitudes n'étaient pas levées lorsque la dynamique de rapprochement sur un même site s'est engagée puis a subi un arrêt. C'est paradoxalement parce que la visibilité est encore faible sur ce projet majeur de la clinique qu'il ne faut pas s'interdire, au contraire, de se projeter dès maintenant dans « l'après nouvel hôpital » en dégageant des pistes.

3.2 La santé pour le territoire de Rochefort demain

La réponse aux besoins de santé sur l'ensemble du territoire rochefortais passe par des coopérations fortes avec ou sans la clinique. Il est nécessaire d'étudier dès à présent les conditions d'un rapprochement réussi avec le CH de recours de la Rochelle et de s'interroger sur l'éventualité de la mise en place d'une CHT.

¹⁰¹ Cf. *supra*.

3.2.1 Des coopérations fortes, avec ou sans la clinique

Les deux GCS mis en œuvre à Rochefort peuvent apparaître comme des passerelles vers plus d'intégration avec les praticiens libéraux, y compris ceux exerçant dans la clinique, et ce quel que soit l'avenir de celle-ci. La possibilité pour le GCS d'être employeur et la simplification engagée dans l'avant projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » doit permettre à cet outil de mieux répondre aux besoins de coopérations, en particulier en chirurgie, d'optimiser les ressources humaines, techniques ou logistiques et de permettre une organisation territoriale des activités. Cette organisation doit à la fois permettre de spécialiser des activités de soins et d'améliorer l'accès et la mobilité des praticiens hospitaliers. Deux types de GCS sont envisagés : un GCS de mise en commun des moyens qui permet d'organiser, de réaliser ou de gérer des moyens au nom et pour le compte de ses membres et un GCS autorisé à exercer en son nom des activités de soins, qui est dans ce cas qualifié d'établissement de santé. Même si l'avant-projet de loi n'est pas stabilisé et que certains décrets d'application préciseront utilement la nouvelle donne, il apparaît d'ores et déjà que l'outil GCS, lorsqu'il regroupe deux entités, et non des praticiens libéraux comme dans les exemples rochefortais développés supra, peut conduire vers une fusion ou une quasi-fusion entre établissements, tout au moins pour leurs activités stratégiques, et ce quel que soit le statut juridique des participants au GCS.

Le pôle de santé sans la clinique ne prendra pas toute son ampleur dans une logique de territoire, sauf à imaginer qu'une disparition de la clinique au vu de ses réticences et de la fermeté de l'ARH induise une augmentation de l'offre en chirurgie du CH, notamment par un déploiement plus large des GCS vers l'ensemble des praticiens libéraux du territoire. Ce scénario présupposerait non seulement que le CH pourrait capter l'ensemble de l'activité réalisée par la clinique, mais qu'il parviendrait au moyen des GCS à reprendre des parts de marché aux cliniques de la Rochelle et de Royan. Or l'analyse économique¹⁰² tend à prouver qu'au début d'une phase de coopération dans un CH on enregistre plutôt une perte de patients, réticents à l'idée de se rendre dans un hôpital public, même si c'est avec un suivi exercé par le praticien libéral de leur choix. Dans un tel scénario, des contradictions pourraient apparaître compte tenu des coopérations en cours ou en projet avec le CH de la Rochelle, notamment pour la chirurgie orthopédique. Les coopérations à géométrie variable déjà engagées avec le CH de la Rochelle ne recourent pas moins de douze spécialités médicales. Le CH de Rochefort adhère par ailleurs à de multiples réseaux en cancérologie, diabétologie, alcoologie, addictologie, tabac et réseau gériatrique.

Autre élément d'incertitude, qui justifie la mise en place de coopérations fortes au sein d'une démarche de territoire : les conséquences de la mise en place d'une équipe de

direction commune avec l'hôpital local de Marennes¹⁰³, un des deux hôpitaux locaux du territoire de Rochefort avec celui de Saint-Pierre d'Oléron. Cette solution a d'abord été proposée par l'ARH en 2007 pour faire face à une problématique de remplacement du directeur, ce qui a conduit à la nomination du directeur du CH de Rochefort comme directeur de Marennes. Une réflexion est en cours sur la possibilité d'accélérer la coopération entre les deux établissements du territoire, avec deux axes principaux. Le premier axe serait celui de la mise en place d'une filière gériatrique tout d'abord compte tenu de la lourdeur des enjeux dans le département. Le site de gérontologie de Rochefort et l'hôpital local de Marennes sont confrontés aux mêmes problèmes et, dans le cadre d'une stratégie gagnant-gagnant pourraient utilement échanger et tirer partie des expériences engagées, voire réfléchir à une approche partagée des personnels, pour les remplacements par exemple, mais aussi pour mieux intégrer les souhaits des agents. Certains agents originaires de Marennes travaillent en effet à Rochefort et réciproquement. De même certaines ressources humaines plus rares pourraient être envisagées en commun. Ainsi le recrutement d'un second médecin spécialiste en information médicale a été engagé par le CH de Rochefort, avec co-financement de Marennes, pour préparer les réformes de tarification à venir, notamment en soins de suite. Le second axe tient à la mise en commun de certains moyens administratifs, pour lesquels, sans remettre en cause la nécessaire proximité, accueil du patient notamment, certaines fonctions dites de « back office », telles la facturation, pourraient être assurées par le CH de Rochefort au bénéfice de Marennes avec une meilleure productivité à la clé induite par des économies d'échelle et l'aide des moyens électroniques sécurisés de transmission. Il pourrait en être de même pour les achats.

La nature même de l'activité de Marennes, principalement l'hébergement et une offre de proximité pour une population âgée, ainsi que son positionnement au cœur du territoire de santé de Rochefort, à 25km de la ville-centre, interdit en revanche un rapprochement sur le site du futur pôle de santé rochefortais. Le rôle clé de l'hôpital local dans la stratégie d'emboîtement des territoires au bénéfice du patient est d'ailleurs largement reconnu¹⁰⁴. Le rapport Larcher préconise un renforcement du rôle des hôpitaux locaux, bien adaptés au développement d'une offre ambulatoire et lieu favorable au travail en équipe par les professionnels. La réflexion en cours avec Marennes est une esquisse de réponse pour améliorer la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de Rochefort via une coopération renforcée, elle n'est en revanche pas le moyen de rendre

¹⁰² RAULT-DOUMAX *Op.cit.*(note 92)

¹⁰³ L'hôpital local de Marennes est doté de 7 lits de médecine, 10 lits de soins de suite et de 181 lits en EHPAD, ainsi que 10 places en foyer logement.

¹⁰⁴ VIGNERON E., PERICARD B. et alii, novembre 2006, « Les territoires au chevet de la santé, propositions de l'atelier santé 2006 de l'lhedate », *Gestions Hospitalières*, n° 460.

lisible le pôle de santé sur le site du nouvel hôpital. Le pôle de santé demain pose la question des conditions d'un lien plus affirmé avec le CH de recours.

3.2.2 Les conditions d'un rapprochement avec l'hôpital de la Rochelle

De multiples préalables doivent être levés avant de pousser plus avant et de manière plus opérationnelle la réflexion sur un rapprochement avec le CH de la Rochelle. Les gains induits par une plus grande taille d'un établissement de santé grâce aux économies d'échelle réalisées sont discutables au-delà d'une certaine taille. Ainsi le rapport Larcher évoque une taille idéale en lits MCO située entre 200 et 600 lits pour, à la fois bénéficier d'économies d'échelle, et ne pas pâtir des déséconomies d'échelle induites par des coûts de transaction qui seraient plus lourds. La taille théorique d'un ensemble CH de Rochefort – CH de la Rochelle à capacité inchangée, s'élèverait à 544 lits de médecine, 240 lits de chirurgie et 69 lits d'obstétrique, soit 853 lits de MCO ajoutés à 115 lits de soins de suite et 317 lits de psychiatrie, sans y incorporer les lits d'USLD et en EHPAD. La complexité des grandes structures a un coût : elle favorise les redondances et les sur-dotations en personnel en particulier. Faute de moyens d'arbitrage simples, elle peut aussi générer une tendance au surinvestissement, qui se traduit par une efficacité moindre de chaque euro supplémentaire investi. Une certaine concentration peut cependant s'avérer nécessaire pour réaliser des économies de champs d'activité, à condition de les expliciter. Et on ne dispose pas de preuves concluantes dans les analyses d'économie de la santé dans les pays développés que les fusions d'hôpitaux effectuées dans un but de concentration de moyens aient réduit les coûts totaux¹⁰⁵. Ainsi lorsqu'une baisse des frais de gestion est constatée, elle est généralement à court terme car d'autres frais apparaissent qui n'auraient pas existé sans le regroupement. L'exemple du renchérissement du coût de la sécurité incendie en cas de rapprochement clinique - CH évoqué supra est à ce titre éclairant. Les déséconomies tiennent notamment à la difficulté d'intégrer les personnels et l'ensemble des organisations. Rapprocher deux structures avec des rémunérations différentes selon les catégories de personnel, même si la rémunération moyenne est la même, et en excluant du champ les différences entre praticiens salariés et les praticiens libéraux, est gage d'un alignement à terme de l'ensemble des rémunérations vers le haut, à l'image de ce qui peut être observé pour les emplois assez qualifiés dans nombre de fusions réalisées dans le secteur privé¹⁰⁶.

¹⁰⁵ McKEE Martin et HEALY Judith, juin 2000, « The role of the hospital in a changing environment », *Bulletin of the World Health Organization*, vol 78 n°6, pp.: 803-810.

¹⁰⁶ POSNETT John, octobre 1999, « The hospital of the future : is bigger better ? Concentration in the provision of secondary care », *British Medical Journal*, vol 319.

Les retours d'expérience des fusions ou coopérations engagées en France sont souvent positifs mais marqués par un défaut persistant d'évaluation économique a posteriori des opérations réalisées. Il est significatif à cet égard que la Cour des comptes dans son rapport 2008 relatif à la LFSS 2007 précise « qu'aucune ARH n'a pu produire de chiffrage de l'impact financier des opérations qu'elle a conduite ». A cet égard, et ce même si les problèmes techniques ne doivent pas être un prétexte pour masquer les blocages potentiels dus aux acteurs, force est de constater que les systèmes d'information hospitalier ne sont absolument pas conçus pour suivre l'impact d'une coopération renforcée ou de recompositions de toute nature. Ainsi, pour renforcer la légitimité d'opérations qui pourront désormais être imposées par le futur directeur de l'ARS, il paraît indispensable de réaliser avant une opération, et notamment avant toute annonce intempestive, difficile à gérer ensuite pour les équipes de direction, un diagnostic étayé de la situation et de dégager des objectifs clairs pour les acteurs. La phase de l'étude technique ciblée sur l'ensemble du territoire de recours de la Charente-Maritime nord est cruciale, notamment parce que le SROS Poitou-Charentes souffre de lacunes en la matière. L'étude devrait préciser la population actuelle et projetée à moyen terme, les flux de patients, les répartitions géographiques, les moyens de transport et de communication, l'âge, le contexte socio-économique détaillé qui pèse sur les distances réelles d'accès aux soins, le tout sans négliger la dimension culturelle au sein du territoire. Un profil type des personnels de chaque entité, ciblé par exemple sur les secteurs de plateau technique les plus sensibles pourraient permettre de mieux cerner la culture « d'entreprise » locale. Connaître les valeurs des personnels, leur attachement à l'établissement et leur ancrage à leur lieu de résidence, c'est autant de temps gagné pour la phase opérationnelle d'un rapprochement.

A l'échelle régionale il serait illusoire pour la tutelle et les principaux acteurs de tenter de s'affranchir des expériences menées en matière de restructuration hospitalière, même lorsque celles-ci s'avèrent douloureuses. C'est l'exemple de la fusion des hôpitaux de Bressuire, de Parthenay et Thouars situés au nord du département des Deux-Sèvres et regroupés depuis 1996 dans une nouvelle entité : Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres. Cette fusion, présentée il y a plus de douze ans comme une opération innovante et primordiale en termes de santé publique, offre un bilan contrasté. Les vicissitudes du regroupement, qui longtemps s'est avéré symbolique, mais sans impact sur le fonctionnement courant des trois hôpitaux, chacun gardant son plateau technique et ses personnels, ont pesé sur la mise en place d'un projet médical commun. Après une longue réflexion et de nombreuses dissensions entre les acteurs médicaux mais aussi élus des trois communes, aucun ne voulant perdre son hôpital et intervenant auprès du ministère pour contourner l'ARH, le principe du regroupement des activités stratégiques sur un seul site a été acté. Ceci n'a été obtenu par l'ARH qu'après que les acteurs aient constaté

l'impasse financière dans laquelle s'engageait le CH Nord Deux-Sèvres malgré un soutien financier constant. L'année 2006 entière, soit dix ans après la fusion, a été nécessaire pour trancher sur le choix d'un site dans le bocage entre les trois villes. Le projet de construction est lancé, mais le nouveau site ne sera livré au mieux qu'en 2011, quinze ans après la fusion. Et les trois sites actuels sont encore dans une phase de négociation des activités qui demeureront sur chacun des trois, à l'exemple des soins de suite. Cet exemple, connu au niveau national, peut potentiellement créer un effet boomerang pour tout projet de rapprochement Rochefort - la Rochelle.

L'effet boomerang risque d'être aggravé car les données objectives placent Rochefort dans un rapport d'inégalité significatif avec le CH de recours de la Rochelle. L'écart entre les budgets est de l'ordre de 1 à 5 et le CH de la Rochelle dispose de toute la palette des activités MCO, hormis certaines activités de pointe qui ressortent du CHU, ainsi que d'une activité de soins de longue durée, d'hébergement et de psychiatrie. Les complémentarités d'ordre médical demandent une étude approfondie : s'il est évident que le CH de Rochefort pourrait bénéficier d'un choix de recrutement médical plus diversifié en cas d'implication des praticiens rochelais et de labellisation plus poussée de postes médicaux de territoire, l'intérêt du rapprochement pour le CH de la Rochelle, déjà globalement attractif, est moins évident. L'attitude de la tutelle est un pré-requis fondamental pour ne pas braquer les acteurs de terrain : elle doit rester dans une attitude impartiale, et ne pas donner l'impression de s'appuyer sur un CH contre l'autre. Il s'agira d'anticiper les crises potentielles, et notamment la perte d'identité des acteurs décideurs. Les principaux acteurs risquent en effet de connaître un choc entre l'extérieur de la coopération, qui donne un sentiment d'appartenance, et un fort sentiment de reconnaissance et l'intérieur de celle-ci où ils peuvent connaître une véritable crise d'identité puisqu'il leur faudra renouveler leur champ de relations, parfois avec d'autres perçus comme des concurrents. La tutelle devra offrir un horizon temporel et une bonne visibilité aux décideurs pour que ceux-ci puissent s'abstraire du cadre de leurs représentations habituelles et des modes de relations connus. C'est à la tutelle de veiller à la qualité du diagnostic préalable, car c'est le meilleur moyen de lever assez vite le voile sur les intentions réelles d'une partie des coopérants.

Le rapprochement éventuel peut utiliser les apports des études existant sur certaines mises en réseau réussies. Ainsi, dans le cadre de l'étude des impacts territoriaux d'un réseau de soins oncologiques en région Rhône-Alpes¹⁰⁷, les auteurs ont pu démontrer, lorsque le réseau marche après une phase de rodage, et après étude de la trajectoire des patients, que si la hiérarchie hospitalière et urbaine demeure, elle n'en est

¹⁰⁷ BOUREILLE B, COMMERCON N., NORMAND M., 2003, « Impacts territoriaux d'un réseau de soins oncologiques en Rhône-Alpes », *Géocarrefour*, vol 78 3/2003.

pas moins réduite par une meilleure diffusion des compétences médicales entre tous les partenaires du réseau. L'effet réseau se traduit à la fois par un gain d'efficacité économique du système de soins et par une plus grande accessibilité à une thérapie appropriée. L'adhésion du CH de Rochefort au réseau onco-Poitou-Charentes et la participation de celui-ci au Centre de Coordination en Cancérologie (3C) de la Rochelle sont encore trop récents pour établir un bilan, mais le constat d'un effet réseau positif alimenterait utilement la phase exploratoire préalable à un rapprochement. Enfin, le besoin de garantir le maintien et le développement d'une offre de soins de proximité pour l'ensemble du territoire rochefortais doit être affirmé sans ambiguïtés, compte tenu de l'accessibilité réelle aux soins à pondérer par les critères socio-économiques difficiles du territoire. Une offre publique doit rester réellement accessible aux populations de toute le territoire, en particulier à Marennes et à l'île d'Oléron. Cela peut sembler évident vu de loin, car le nouvel hôpital sera à peine livré quand la réflexion démarrera, et on imagine mal un tel investissement abandonné ou partiellement inutilisé, mais ceci doit être clairement réaffirmé. Un transfert substantiel d'activités au profit de la Rochelle pourrait de plus créer une problématique forte du coût des transports pour les patients à titre privé, en particulier pour les patients de Marennes et de l'île d'Oléron, mais aussi des transports ambulanciers à la charge des établissements rapprochés. La possibilité prochaine de créer des CHT est susceptible de créer une nouvelle donne.

3.2.3 Une communauté hospitalière de territoire en devenir ?

Le rapport Larcher prône le développement de complémentarités entre hôpitaux publics à condition d'avoir un projet médical pertinent, une taille des établissements adéquate et une étude préalable sur les flux de population du territoire concerné. Il propose pour ceci, afin de contourner le problème récurrent des identités locales et de coopérations existantes plutôt fondées sur les moyens, plateau technique notamment, sans stratégie commune, de s'inspirer du succès rencontré au niveau local par l'intercommunalité. Ces rapprochements public-public dans l'esprit du rapport, ne s'opposent pas à des coopérations public-privé car ils doivent offrir une réponse à des situations de concurrence entre hôpitaux publics dans une logique de spécialisation et de complémentarité. Les CHT ainsi proposées devraient définir un projet commun, ce qui signifie pour cela la mise à disposition de compétences stratégiques et une délégation étendue de champs d'action, ressources humaines, logistique ou politique d'investissement par exemple, certains obligatoires, d'autres facultatifs, à l'image de l'intercommunalité. Dans son rapport particulier relatif à l'intercommunalité¹⁰⁸, la Cour des

¹⁰⁸ Cour des comptes, avril 2005, *Rapport particulier sur l'intercommunalité en France*.

comptes a fortement nuancé le constat sur les succès de l'intercommunalité en France. Si le développement de celle-ci est incontestable, notamment depuis 1999 et n'a pas rencontré d'obstacles majeurs, c'est d'abord parce qu'elle a principalement été financée par des incitations financières supplémentaires versées par l'Etat, ensuite parce que le paysage intercommunal n'a pas été simplifié : enchevêtrement de formes de coopération de tous types, existence d'un trop grand nombre de petites communautés de communes en zone rurale, n'ayant pas suffisamment de moyens d'action et une échelle territoriale actuelle souvent inadéquate pour les communautés d'agglomération. L'intégration n'a pas été conduite à son terme : compétences qui restent virtuelles, intérêt communautaire insuffisamment ou incomplètement défini, moyens partiellement transférés, mais aussi investissements encore limités au regard de ceux des communes auxquels ils devraient se substituer ou des moyens financiers dont ils disposent. Dans une proportion non négligeable, l'intercommunalité demeure un outil de redistribution de fonds aux communes. L'impact de la réforme en termes de mutualisation des moyens, d'économies d'échelle ou de nouveaux services rendus n'apparaît pas de manière flagrante. Un niveau d'intégration suffisant doit être atteint pour mener à bien un projet cohérent de développement et d'aménagement territorial et pour rationaliser les services offerts à la population. Sinon on risque deux types de conséquences : une réforme inachevée qui aura cependant représenté un coût réel pour le contribuable et, surtout, un risque de dérive financière alimentée par des doublons et par des déséquilibres financiers s'installant faute d'une stratégie financière adéquate. Compte tenu des risques de dérives identifiés via l'expérience de l'intercommunalité, le projet de réforme envisagé devra insister sur l'évaluation ex ante et ex post des CHT qui pourraient être créées.

L'avant-projet de loi s'inspire des conclusions du rapport Larcher et propose deux modalités d'organisation des CHT entre hôpitaux publics. Une CHT pourrait être fédérative avec l'un des établissements préexistants qui assurerait le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences. Les établissements restent autonomes juridiquement et financièrement mais doivent s'inscrire dans le projet stratégique commun. Une CHT pourrait être intégrée avec les établissements préexistants qui confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la CHT intégrée. La différence avec une fusion simple, déjà prévue par le code de la santé publique, est qu'ils conservent des instances consultatives s'agissant des personnels non médicaux, dans des conditions qui seront déterminées par voie réglementaire. Hormis les coûts de coordination supplémentaires induits par le maintien de certaines instances consultatives, la proposition de CHT intégrée est une manière que l'on qualifiera au choix d'habile ou d'hypocrite, notamment vis-à-vis des personnels et des élus locaux, de réaliser une fusion dans les faits, sans utiliser le mot fusion. Quant à la CHT fédérative, le degré réel d'autonomie des

établissements participants qui n'assurent pas le rôle d'établissement siège sera tenu. En effet, la stratégie commune s'appliquera à tous et le CPOM de l'établissement siège aura un caractère opposable pour tous les membres de la CHT. Et, dans le cas d'un rapprochement entre le CH de recours de la Rochelle et le CH de Rochefort, il est difficile d'imaginer une alternative au positionnement de la Rochelle comme établissement siège. La simplification et l'extension des GCS évoquées supra posent enfin la question de la frontière entre une CHT fédérative et un GCS autorisé à exercer plusieurs activités de soins, ce dernier étant alors qualifié d'établissement de santé. La CHT est un nouvel outil qui doit être stabilisé et dont le caractère opérationnel reste à prouver, des ambiguïtés dans l'avant-projet de loi devront être levées afin de ne pas brouiller davantage le jeu d'acteurs.

La recomposition hospitalière n'est qu'à peine entamée dans le département de la Charente-Maritime où trois établissements publics demandent d'ores et déjà une attention particulière de l'ARH au sein du territoire de recours sud : les CH de Royan, Saint-Jean d'Angély et Jonzac, tous trois plus fragiles que le CH de Rochefort en raison de leur taille, de leur bassin de population et de la concurrence privée ou publique à laquelle ils font face. Les ARH, et celle de Poitou-Charentes ne fait pas exception, ont réussi à développer des coopérations là où l'avenir des CH notamment était compromis pour le territoire. Elles ont dû gérer depuis leur mise en place en 1996 entre leurs missions et des plans de santé publique qui reviennent souvent à attribuer des moyens financiers fléchés aux établissements sans tenir compte de leur efficience. Le plan Hôpital 2007 et la mise en place de la T2A, qui recentre le pouvoir financier de l'ARH sur les MIGAC n'ont pas permis de résoudre toutes les contradictions, notamment lorsque des moyens ont été délégués théoriquement pour permettre des adaptations, en pratique pour soutenir des établissements chroniquement en déficit qui ont parfois utilisé tous les moyens de pression de leurs différents acteurs, notamment les élus, pour obtenir satisfaction. Pour mettre en place des CHT dans la région, l'ARH devra pouvoir donner, avec l'appui du ministère, des règles du jeu claires et durables aux décideurs hospitaliers. La performance doit pouvoir permettre de mieux articuler la stratégie et l'outil de financement disponible. Une fois les règles fixées, il importe que le ministère limite ses interventions pour responsabiliser les acteurs régionaux, ARH et prochainement ARS, et locaux.

Rochefort au sein du territoire de santé de Charente-Maritime nord pourrait devenir sur le papier un cas d'école d'une mise en œuvre réussie et fructueuse d'une CHT avec le CH de la Rochelle : la géographie et l'équipement en transports offrent des conditions favorables entre les deux villes. Des préalables lourds évoqués doivent cependant être respectés notamment le maintien d'une offre de soins étoffée à Rochefort. Une fusion qui serait plus ou moins réalisée dans les faits, quels que soient les habiletés de langage utilisées, ne pourra être amorcée qu'après un long et patient travail préalable

de désamorçage du maximum de conflits potentiels. La CHT ne se réalisera pas entre égaux compte tenu du poids de la Rochelle : il est crucial, pour l'ARH en premier lieu et l'ensemble des acteurs, de faire face aux craintes inévitables d'absorption puis de disparition de l'hôpital de Rochefort au profit du CH de la Rochelle, et ce alors même que les données objectives prouvent qu'aujourd'hui ces deux CH ne sont pas réellement en concurrence et qu'il y a place pour le maintien et le développement d'activités de base en MCO à Rochefort. Esquisser dès à présent un pronostic sur les jeux d'acteurs est délicat mais les plus fortes réticences à une éventuelle CHT pourraient être contre-intuitives car provenant des décideurs du CH de la Rochelle¹⁰⁹. A Rochefort, nombre d'acteurs, élus, et de la communauté médicale en particulier, seront très attentifs à ce dossier, mais tous ont conscience de la position intermédiaire particulière du CH et du besoin de renforcer les coopérations. Nombre d'acteurs médicaux à la Rochelle ne se sentent pas en danger, facteur important pour accepter l'idée du changement, continuent parfois même à ignorer délibérément l'existence du CHU de Poitiers dans la région, et ne perçoivent pas spontanément l'intérêt de plus grandes coopérations avec un CH plus petit à proximité. Ceci s'ajoute à des préjugés d'ordre culturels persistants sur la ville même de Rochefort, moins favorisée sociologiquement que la ville de la Rochelle. Quant au CH de Rochefort, si le rapprochement avec la clinique est relancé, il se trouvera face à une contradiction que les affirmations du rapport Larcher évoquées supra ne dissipent pas. Comment choisir entre une coopération avec la clinique et un rapprochement plus poussé avec le CH de la Rochelle, voire une CHT ? Car le choix paraît inévitable, ne serait-ce que sous l'angle des mutualisations envisagées pour des fonctions de prestations transversales par exemple ou du partage du plateau technique. A titre d'exemple qui, et selon quelles règles, décide d'attribuer les plages opératoires du nouveau bloc de Rochefort entre les chirurgiens rochelais et les praticiens de la clinique ?

Une CHT entre la Rochelle et Rochefort est envisageable, mais elle devra au total répondre à la question : pour quoi faire ? Expliciter l'amélioration du service rendu au patient sera un élément indispensable pour conforter le diagnostic préalable et faire face aux jeux d'acteurs. Si l'outil CHT est suffisamment souple, c'est une piste qui permettrait de mieux mutualiser certaines spécialités médicales ou chirurgicales. Les gains logistiques ou sur les achats sont plus incertains en raison du maintien de deux sites et d'un changement de taille critique qui n'est pas forcément déterminant. Il est possible de se demander, au-delà d'une volonté d'affichage, si un GCS détenteur d'autorisations d'activités de soins ne permettrait pas d'atteindre les mêmes objectifs, tout en étant réellement plus souple que la CHT.

¹⁰⁹ Cette conviction est étayée par des entretiens informels avec certains acteurs rochelais qui ne souhaitent pas être cités.

Conclusion

L'intégration d'un pôle de santé à visée de territoire dans la stratégie du nouvel hôpital de Rochefort ne passe pas par une réponse unique et formatée. Si une problématique propre de l'hôpital dans une ville moyenne - doté d'un plateau technique intermédiaire il n'est ni un hôpital local ni un hôpital de recours - émerge, il est délicat d'édicter une norme. Des stratégies différenciées peuvent émerger en fonction du contexte géographique et économique : pôle de proximité rural isolé, périphérie de grande agglomération, zone d'influence intégrée au CHU, ville-littoral à économie résidentielle et fort vieillissement, tissu de villes plus ou moins en réseau mais isolées par rapport au CHU. Des lignes de force apparaissent dans la recomposition en cours, un effort louable est engagé de prise en compte des conséquences du vieillissement de la population mais un défaut de diagnostic socio-économique persiste encore trop souvent. Ceci pose la question de la valeur ajoutée des tutelles, qui doivent se positionner au niveau régional voire interrégional, et sont à même d'avoir une prise de distance suffisante face à de multiples enjeux locaux. En creux de cette analyse se dessinent les limites de l'ARH et l'espoir que peut susciter la création des ARS.

Bénéficier d'un nouvel hôpital est une chance, c'est un levier nécessaire, mais pas suffisant pour impulser une dynamique de pôle, qui ne se limite pas à des regroupements géographiques, et qui peut permettre de dépasser les contraintes de l'éloignement des grands centres. Le rôle du directeur d'hôpital dans l'ensemble du processus est fondamental : il dispose d'une véritable marge de manœuvre, parfois inconfortable lorsqu'il s'agit de combler les lacunes de tutelles et de faire sens. Le besoin d'un minimum de visibilité stratégique pour le directeur est renforcé par la tension nouvelle sur les ressources, la T2A comporte des risques et recrée de l'incertitude, elle génère aussi des opportunités et sous certaines conditions peut donner une nouvelle chance à l'hôpital public dans son territoire.

Une réflexion sur la taille optimale des CH manque en France : est-ce encore une question taboue ? La marque d'un désintérêt ou la crainte de faire tomber le voile sur les jeux d'acteurs et la recomposition à marche forcée d'abord pour répondre en urgence au basculement mal anticipé de la démographie médicale ? Il est désormais urgent d'inscrire la réponse aux besoins réels et objectivés de santé des populations au cœur de la démarche en cours à Rochefort et ailleurs, et pas seulement dans les discours. Pour que les mots retrouvent un sens.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Avant-projet de loi hôpital, patients, santé et territoires, version du 2 septembre 2008 (document provisoire)

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

SROS III de la région Poitou-Charentes arrêté au 30 mars 2006 et annexe opposable au SROS III révisée le 2 mars 2007.

Ouvrages

EBER N., 2006, *Le dilemme du prisonnier*, éd. La Découverte.

HAAS S. VIGNERON E., 2008, *Les villes moyennes et la santé*, la Documentation Française.

OMNES L., 2006, *Hôpital Poincaré, une tumeur maligne ?*, éditions Taillandier.

RAULT-DOUMAX P., 2005, *Etablissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ?* L'Harmattan.

Rapports

BERLAND Y. (sous la direction de), septembre 2006, *Rapport de la mission « démographie médicale hospitalière »*.

Cour des comptes, septembre 2008, *Rapport 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*.

Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la santé (CREDES), janvier 2003, *Rapport du groupe de travail territoire et accès aux soins*.

FORCIOLI P. (rapporteur) ; mars 2002, *Rapport du groupe d'étude et de recherche sur les fusions et regroupements d'établissements publics de santé*, rapport à la Fédération Hospitalière de France (FHF).

LARCHER G. (sous la présidence de), avril 2008, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, rapport au président de la République et au Premier ministre.

PICARD M. (rapporteur), juin 2004, *Aménagement du territoire et établissements de santé*, avis et rapports du conseil économique et social.

VALLANCIEN G. (sous la direction), avril 2006, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rapport au ministre de la santé.

Articles

BARBERYE R., janvier 2005, « L'hôpital public est-il plus cher que la clinique privée ? », *Revue du Trésor*, pp. :3-8.

BARBERYE R., novembre-décembre 2003, « La crise de l'hôpital public », *Revue Hospitalière de France*, n°495, pp. :36-43.

BLAT N., octobre 2007, « La coopération, une chance supplémentaire de progrès », *Gestions Hospitalières*, n°469, pp. :549-553.

BOUREILLE B., 2003, « Les inscriptions territoriales du système de santé », *Géocarrefour*, vol 78 3/2003.

BOUREILLE B, COMMERCON N., NORMAND M., 2003, « Impacts territoriaux d'un réseau de soins oncologiques en Rhône-Alpes », *Géocarrefour*, vol 78 3/2003.

BUDET J-M, mai 2008, « Territoires de santé et recomposition de l'offre de soins, quid novi sub sole ? », *Gestions Hospitalières*, pp. : 297-305.

CAILLET R., MAQUET N., BOSSU P., novembre 2004, « Un GCS public/privé opérationnel depuis cinq ans : l'unité de chirurgie cardiaque de l'Artois », *Gestions Hospitalières*, n°440 (pp. : 655-698).

CAUSSE D., CORVEZ A., DUPUIS Y-J, LORSON P., MESSENGER D., octobre 2006, « Territorialisation de l'offre de soins. Les SROS 3 et l'aménagement du territoire : quelles évolutions, quelles restructurations ? Objectifs et méthodes », 9^{ème} rencontres financières des décideurs hospitaliers, *Gestions Hospitalières*, supplément au n°459, pp. : 617-623.

CORDIER M., avril 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement – Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », *Etudes et résultats (DREES)*, n°633.

DIEUMEGARD P., VILLENEUVE-FERRER A., juin 2008, « Praticiens libéraux à l'hôpital – Le GCS du pays rochefortais », *Revue hospitalière de France*, n°522, pp. : 63-65.

DOGIMONT R., janvier 2004, « Groupement de coopération sanitaire. Transcription juridique d'incertitudes politiques », *Gestions Hospitalières*, n°432, pp. : 12-17.

FLEURET S., 2003, « Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé », *Géocarrefour*, vol 78 3/2003.

McKEE M. & HEALY J., june 2000, « The role of the hospital in a changing environment », *Bulletin of the World Health Organization*, vol 78 n°6, pp.: 803-810.

MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., mai-juin 2004, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion*, vol 30 n°150, pp. : 29-53.

POSNETT J., october 1999, « The hospital of the future : is bigger better ? Concentration in the provision of secondary care », *British Medical Journal*, vol 319, pp. : 1063-1065.

VIGNERON E., PERICARD B., BUDET J.-M., FRITSCH-RENARD A., MASSIN I., MOURIER P., SAVY J-F, GIBOURDEL N., FELLINGER F., HOORENS D., CHABBAS P., MASSE G., CHARPENTIER B., novembre 2006, « Les territoires au chevet de la santé, propositions de l'atelier santé 2006 de l'lhedate », *Gestions Hospitalières*, n° 460, pp. :643-646.

BARA C., BOLLIET J.-M., LEVEL B, JALLUT J.-L, LE CLEZIO M., MALVY M., MARIN P., PIQUEMAL A., PODEUR A., juin 2006, « Dossier territoires de santé », *Revue hospitalière de France*, n°510, pp. : 12-40.

Mémoires

BERNON A, 2007, *Le projet d'implantation d'un service hospitalo-universitaire de médecine physique et de réadaptation au Centre Hospitalier de Riom en coopération avec le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Clermont-Ferrand : illustration d'une stratégie de service public hospitalier de territoire*, mémoire EDH ENSP.

COME N., 2004, *Une coopération public/privé avec partage d'activités. L'exemple du CH Côte de Lumière (Sables d'Olonne)*, mémoire EDH ENSP.

DEVILLERS M., 2005, *La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire : un simple changement de structure juridique ? – L'exemple du partenariat entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et la Clinique Teissier*, mémoire EDH ENSP.

FLEURY J.-B., 2007, *Assurer la qualité des soins dans les centres hospitaliers de proximité – Les coopérations médicales entre les centres hospitaliers généraux et le CHU de Limoges en cancérologie*, mémoire EDH ENSP.

SCHANDLONG N., 2006, *Hôpital de référence et hôpitaux de proximité : quel projet médical de territoire pour quelles coopérations ? – L'exemple de la périnatalité en sud-Alsace*, mémoire EDH ENSP.

Documents internes au CH

Projet d'établissement 2008-2012, notamment le volet projet médical.

Liste des annexes

Annexe 1 : présentation du Centre Hospitalier de Rochefort (chiffres clés)

Annexe 2 : plan du nouvel hôpital de Rochefort et des projets associés

Annexe 3 : carte du territoire de santé de Charente-Maritime nord

Annexe 4 : convention constitutive du groupement de coopération sanitaire du pays rochefortais

Annexe 1

Présentation du Centre Hospitalier de Rochefort

(chiffres clés)

Le CH de Rochefort est un établissement public de santé communal, doté de la personnalité morale, soumis à un régime de droit public et doté de l'autonomie administrative et financière. Il est composé de deux sites :

- le **site saint-Charles** qui accueille les activités MCO ainsi que les écoles, le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), le Centre de Lutte contre les Conduites Addictives (CLCA) et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ;
- le **centre de gérontologie clinique** qui regroupe le service de soins de suite et de réadaptation et Etats Végétatifs Chroniques (EVC), l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD), l'Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'accueil de jour et l'hôpital de jour gériatrique situé rue des Fleurs.

L'établissement dispose au 1^{er} janvier 2008 de **461 lits et places** dont **276 lits en MCO**. Il comporte à cette même date environ **71 personnels médicaux** (hors internes) et **916 agents non médicaux** exprimés en équivalent temps plein.

Extraits du compte financier 2007 :

Montant total exécuté du compte de résultat principal : **67,5 M€**

Résultat du compte de résultat principal : **+ 20 741,91 €** l'EPRD 2007 avait été voté à l'équilibre.

18 299 séjours et/ou séances en MCO.

19 493 entrées (urgences et IVG inclus).

24 689 passages aux urgences, dont 14 746 non suivis d'une hospitalisation.

89,27 % de taux d'occupation en médecine et **70,9 %** en chirurgie.

848 naissances et **557** décès.

4 budgets annexes : le CLCA, l'EHPAD, l'USLD et les écoles.

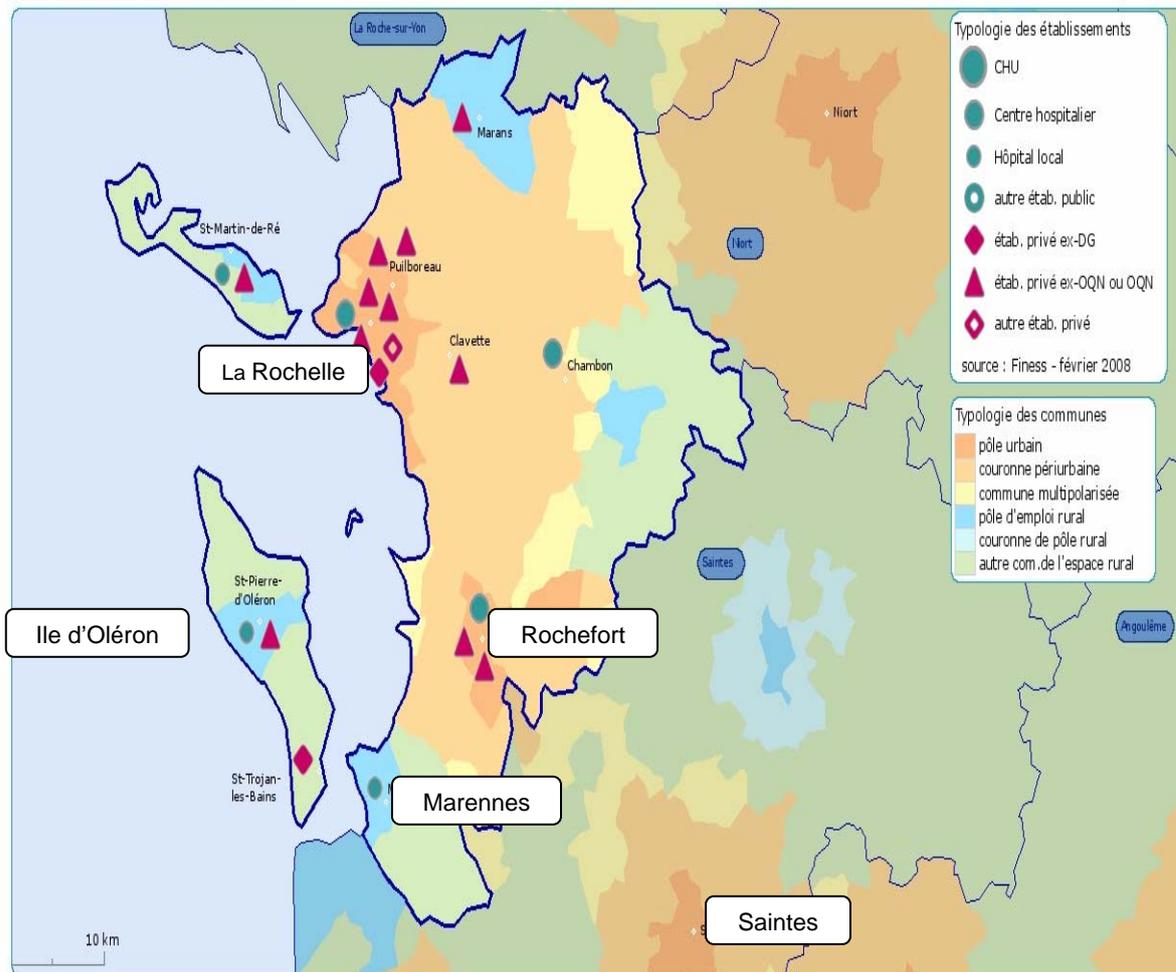
Annexe 2
Plan du nouvel hôpital de Rochefort
et des projets associés



Annexe 3

Carte du territoire de santé de Charente-Maritime nord

Territoire de santé
Poitou-Charentes : La Rochelle



Annexe 4

Convention constitutive du GCS du pays rochefortais

GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE DU PAYS ROCHEFORTAIS

Vu le Code de la Santé Publique et notamment les articles L 6133-1 et suivants ;

Vu l'avis rendu par le Comité Technique d'Etablissement du Centre Hospitalier de Rochefort sur Mer en date du 25 octobre 2007,

Vu l'avis rendu par la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Rochefort sur Mer en date du 25 octobre 2007,

Vu la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Rochefort sur Mer en date du 26 octobre 2007,

Vu la demande reçue par lettre recommandée avec AR du Docteur A en date du 18 octobre 2007

Vu la demande reçue par lettre recommandée avec AR du Docteur B en date du 22 octobre 2007

Vu la demande reçue par lettre recommandée avec AR du Docteur C en date du 23 octobre 2007

Vu la demande reçue par lettre recommandée avec AR du Docteur D en date du 24 octobre 2007

Les soussignés sont convenus des stipulations ci-après énoncées :

TITRE I - CONSTITUTION

ARTICLE 1 - CREATION

Il est constitué entre les soussignés :

- Centre Hospitalier de Rochefort sur Mer
Etablissement public de santé dont le siège est sis au 16, rue du Docteur Peltier- 17301 Rochefort
cedex- dont le numéro FINESS est le 17 078 022 5 et le numéro SIRET le 261 700 330 000 10 ,
représenté par Pierrick DIEUMEGARD, Directeur,
- Monsieur le Docteur A,
Chirurgien O.R.L.
Demeurant Clinique Arc En Ciel 1 rue Toufaire - 17300 Rochefort-
- Madame le Docteur B,
Chirurgien Ophthalmologue ,
Demeurant Clinique Arc En Ciel 1 rue Toufaire - 17300 Rochefort-
- Monsieur le Docteur C,
Chirurgien Odontologue,
Demeurant à Rochefort
- Monsieur le Docteur D
Chirurgien viscéral,
Demeurant Clinique Arc En Ciel 1 rue Toufaire - 17300 Rochefort-

un **Groupement de Coopération Sanitaire** de droit public régi par les articles L 6133-1 et suivants du code de la santé publique et par les dispositions de la présente convention.

ARTICLE 2 - DENOMINATION

La dénomination du groupement est « *GCS du pays rochefortais* ».

Dans tous les actes et documents émanant du groupement et destinés aux tiers, figurera la dénomination suivie de la mention « *Groupement de Coopération Sanitaire* ».

ARTICLE 3 – OBJET

En vue de garantir une offre de santé de proximité, de qualité et adaptée aux besoins de la population, conforme aux exigences de santé publique dans le bassin rochefortais, le groupement a pour objet de faciliter, d'améliorer et de développer l'activité de ses membres par le développement d'une offre de santé **dans l'ensemble des disciplines chirurgicales** au sein du Centre Hospitalier de Rochefort sur Mer et plus spécialement les **spécialités chirurgicales**.

Il s'agit ainsi de permettre l'organisation d'interventions communes de professionnels médicaux hospitaliers et de professionnels, médicaux libéraux, membres du GCS, au profit des patients du Centre Hospitalier de Rochefort.

Plus généralement il s'agit d'œuvrer conjointement à la création d'une réponse chirurgicale coordonnée, au bénéfice des patients qui sollicitent l'hôpital.

Le groupement ne poursuit aucun but lucratif.

ARTICLE 4 – SIEGE

Le GCS du pays rochefortais a son siège sis au 16, rue du Docteur Peltier- 17301 Rochefort cedex

Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 5 – DUREE

Le groupement est constitué pour une durée de 50 ans qui commencera à courir à compter de la date de la publication de l'acte d'approbation de la présente convention.

ARTICLE 6 – CAPITAL – DROITS DE VOTE

Conformément aux dispositions de l'article R6133.6 du code de la santé publique, le groupement est constitué sans apport ni participation. A défaut, les droits des membres sont déterminés en fonction du nombre de voix qui leurs sont attribuées. Le nombre des voix allouées à chacun des membres lors des votes à l'assemblée générale est ainsi proportionnel aux droits qui leurs sont reconnus.

- Le Centre Hospitalier de Rochefort dispose de	52 voix
- Monsieur le Docteur A de	12 voix
- Madame le Docteur B de	12 voix
- Monsieur le Docteur C de	12 voix
- Monsieur le Docteur D de	12 voix
	<hr/>
	100 voix

Pour tout nouveau membre admis, la répartition des voix sera proratisée, hormis pour le Centre Hospitalier de Rochefort.

TITRE II – DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES

ARTICLE 7 - ADMISSION - EXCLUSION - RETRAIT

Article 7.1. Admission de nouveaux membres

Le groupement peut, au cours de son existence, admettre de nouveaux membres, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. Les candidatures ou modifications sont soumises à l'Assemblée Générale qui délibère sur l'admission du nouveau membre.

Tout nouveau membre est réputé adhérer aux dispositions de la présente convention et de ses annexes, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances du groupement et qui s'appliqueraient aux membres de celui-ci.

L'admission d'un nouveau membre en cours d'année ne lui confère de droits statutaires qu'à la date d'approbation de l'avenant entérinant sa participation au groupement.

Pour toute nouvelle adhésion, l'avenant à la présente convention devra faire l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Article 7.2. Exclusion d'un membre

L'exclusion d'un membre est prononcée en cas de non-respect grave ou répété de ses obligations résultant de la présente convention et à défaut de régularisation dans le mois après une mise en demeure adressée par l'administrateur et demeurée sans effet.

Le membre défaillant peut mettre en œuvre la procédure de conciliation prévue à l'article 15 des présentes dans le mois qui suit la mise en demeure. A défaut de régularisation ou si la conciliation n'aboutit pas, l'exclusion est décidée par l'Assemblée Générale saisie par l'administrateur, dans les conditions visées à l'article 13 de la convention.

Le membre défaillant est obligatoirement entendu par l'Assemblée Générale, convoquée au minimum 15 jours à l'avance; mais il ne prend pas part au vote et ses voix ne sont pas décomptées pour les règles de quorum et de majorité.

Les voix exprimées en faveur de l'exclusion doivent représenter la majorité simple des droits de l'Assemblée Générale.

Jusqu'à l'exclusion, les voix de l'exclu ne sont pas décomptées pour l'application des règles de quorum et de majorité. Pour toute exclusion, l'avenant à la présente convention devra faire l'objet d'une publication dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Si le groupement ne comporte que deux membres, la procédure d'exclusion ne peut être engagée ; en cas de non-respect grave ou répété des obligations de l'un des membres, l'autre peut alors engager une procédure de conciliation prévue à l'article 15 des présentes.

A défaut ou en cas d'échec, il peut également demander la convocation de l'Assemblée en vue de la dissolution anticipée du groupement, conformément à l'article 13 des présentes.

Article 7.3. Retrait d'un membre

En cours d'exécution de la convention tout membre peut se retirer du groupement. Ce retrait ne peut toutefois intervenir qu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le membre du groupement désirant se retirer doit notifier son intention à l'administrateur du groupement par courrier recommandé avec demande d'avis de réception, six mois au moins avant le 31 décembre de l'année en cours au terme de laquelle interviendra son retrait.

L'administrateur en avise aussitôt chaque membre et convoque une assemblée générale qui devra se tenir 60 jours au plus tard après la réception de la notification de retrait.

L'Assemblée Générale entend le membre, constate par délibération le retrait du membre, détermine les conditions dans lesquelles l'activité menée en commun pour le compte des membres peut être continuée et arrête la date effective du retrait.

Le Centre Hospitalier de Rochefort versera le reliquat des sommes dues au retrayant, dans les 60 jours suivant l'Assemblée Générale à l'occasion de laquelle le retrait aura été prononcé.

Pour tout retrait, l'avenant à la présente convention devra faire l'objet de la publication prévue par les textes en vigueur. Dans les cas où le groupement ne compterait que deux membres, la notification de retrait entraîne de plein droit sa dissolution qui devra être constatée par ladite Assemblée Générale, dans les conditions prévues à l'article 17 des présentes.

ARTICLE 8 - OBLIGATIONS DES MEMBRES

Chaque membre du groupement a le droit de participer avec voix délibérative aux assemblées générales.

Les membres du groupement ne sont pas solidaires entre eux.

TITRE III – FONCTIONNEMENT

ARTICLE 9 – MODALITES D'INTERVENTION DES MEDECINS LIBERAUX

Article 9.1 Intervention des personnels médicaux libéraux

Les professionnels médicaux libéraux, membres du groupement assurent des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par le Centre Hospitalier de Rochefort dans le respect des dispositions des articles 10 et 11 des présentes. Ils participent à la permanence des soins dans les disciplines dont ils relèvent dans les conditions prévues par l'article 21.

Article 9.2 Organisation des modalités d'intervention

L'intervention des professionnels médicaux libéraux, membres du groupement s'effectue dans le respect des dispositions fixées par la Charte de Bloc en vigueur au Centre Hospitalier de Rochefort et en fonction des modalités d'organisation du service de chirurgie ambulatoire, comme des services d'hospitalisation.

ARTICLE 10 – MODALITES DE FACTURATION

Article 10.1 Actes pratiqués par les praticiens libéraux

L'activité que réalise le Centre Hospitalier de Rochefort avec le concours des médecins libéraux membres du GCS est retracée au sein de l'activité globale de l'établissement. Les patients sont des usagers du service public hospitalier et n'ont pas de rapport juridique avec les médecins libéraux membres du GCS.

Conformément aux dispositions de l'article R6133-20 du Code de la santé publique, les actes médicaux et consultations, mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 6133-2, assurés par les professionnels médicaux libéraux sont rémunérés par les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale conformément aux dispositions des articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 de ce code et de leurs textes d'application.

Les médecins libéraux membres du GCS ne reçoivent de dépassements d'honoraires ni du Centre Hospitalier, ni des patients.

Article 10.2 Rémunération des actes réalisés par les praticiens libéraux

Bien que les médecins libéraux exerçant une activité dans le cadre du groupement continuent à relever des professions libérales mentionnées à l'article L. 622-5 du code de la sécurité sociale, ils bénéficient d'une rémunération versée par le Centre Hospitalier de Rochefort par dérogation aux dispositions de l'article L162-2 de ce même code.

Une annexe à la présente convention constitutive fixe pour chaque praticien et chaque discipline, la part dûment définie de chaque acte CCAM ou NGAP codé par les médecins libéraux, qui leur est reversée par le Centre Hospitalier de Rochefort.

Dans l'attente de la mise en œuvre de la comptabilité analytique, la part de l'acte prélevée correspond à un dédommagement forfaitaire pour la mise à disposition de moyens humains et matériels, indispensables à la réalisation de l'acte médical. La liste des actes réalisés et le pourcentage appliqué à chacun d'eux sont établis, pour chaque discipline, conjointement par le Directeur du Centre Hospitalier de Rochefort et le ou les médecin(s) libéral(aux), qui matérialisent leur engagement contractuel en la signant. Cette liste est réactualisée en fonction des changements de nomenclature et de tarification applicables. L'annexe, fait l'objet d'un vote de l'Assemblée générale.

Article 10.3 Moyens du Centre Hospitalier et des praticiens libéraux membres du groupement utilisés pour la réalisation de l'objet

Le groupement ne procède pas directement à des investissements. Le Centre Hospitalier permet aux praticiens membres du groupement d'accéder à ses équipements notamment : bloc opératoire, salle de surveillance post-interventionnelle, installations d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire, ainsi que stérilisation.

Un état détermine les moyens matériels utilisés par les praticiens libéraux membres, qui demeurent leur entière propriété mais qui sont maintenus, entretenus et stérilisés par le Centre Hospitalier conformément aux règles qui s'appliquent en son sein.

ARTICLE 11 – RESPONSABILITE - ASSURANCE

Dans le cadre de la mise en place du présent GCS, le patient demeure un usager du service public hospitalier lequel sera responsable en cas de dommages au cours des soins.

Le Centre Hospitalier de Rochefort dispose cependant d'un recours à l'encontre du professionnel de santé libéral et de son assureur.

Le Centre Hospitalier de Rochefort communique à son assureur la liste des médecins libéraux membres du GCS, amenés à intervenir auprès des usagers de l'hôpital.

ARTICLE 12 - BUDGET ET COMPTES

Le présent groupement ne dispose pas de budget compte tenu de son objet et dans la mesure où il est constitué sans apport ni participation de ses membres.

TITRE IV – ASSEMBLEE GENERALE ET ADMINISTRATEUR

ARTICLE 13 - ASSEMBLEE GENERALE

Article 13.1. Tenue et déroulement des Assemblées Générales

L'Assemblée Générale se compose de tous les membres du groupement.

- Le Centre Hospitalier de Rochefort dispose d'un représentant à l'Assemblée Générale, le représentant légal dûment mandaté de l'établissement. Les droits de vote sont exercés par le représentant légal du Centre Hospitalier. Le directeur est assisté d'un praticien hospitalier désigné par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.
- Chaque médecin libéral membre du groupement.

Les représentants des membres participent librement aux débats et participent au vote.

L'Assemblée Générale se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an.

Elle se réunit également de droit à la demande d'au moins un tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

L'Assemblée Générale est convoquée par écrit 15 jours au moins à l'avance par l'administrateur. La convocation indique l'ordre du jour et le lieu de réunion. Si l'administrateur ne défère pas dans un délai de 15 jours à la demande de convocation présentée par au moins un tiers de ses membres sur un ordre du jour déterminé, ces derniers convoquent eux-mêmes l'assemblée générale au siège du groupement. En cas

d'accord et si tous les membres sont présents, l'assemblée peut être tenue sur le champ sur un ordre du jour déterminé par les membres.

L'Assemblée Générale est présidée par l'administrateur du groupement.

En cas d'empêchement ou d'absence de ce dernier, la présidence est assurée par l'un des représentants des membres, désigné par l'Assemblée à la majorité simple.

L'administrateur assure notamment le bon déroulement de la séance, la tenue de l'émargement de la feuille de présence, la vérification du quorum et à la rédaction du procès-verbal qui est porté sur un registre coté et paraphé, tenu au siège du groupement.

Le procès-verbal est signé par l'administrateur et tous les représentants présents à l'assemblée générale.

Article 13.2. Délibérations

L'Assemblée délibère sur les questions relevant de sa compétence selon les termes de la présente convention et notamment :

1. La définition de la politique générale du groupement ;
2. Les modalités selon lesquelles chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations nécessaires à la réalisation de l'objet du groupement ;
3. Les modalités de calcul des rémunérations versées par le Centre Hospitalier aux médecins libéraux. Les modalités de versement de ces rémunérations ainsi que leurs modifications ;
4. La nomination et la révocation de l'administrateur ;
5. Toute modification de la convention constitutive ;
6. L'admission de nouveaux membres ;
7. L'exclusion d'un membre ;
8. La constatation et les conditions du retrait d'un membre ;
9. Les actions en justice et les transactions ;
10. La dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation ;
11. La décision de délégation à l'administrateur dans des matières autres que celles qui relèvent des compétences exclusives de l'assemblée générale ;
12. La modification du siège ;

L'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les membres présents représentent au moins deux tiers des droits. A défaut, l'Assemblée est de nouveau convoquée dans les 15 jours et peut valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

A l'exception des matières définies au 5^e et 6^e, pour lesquelles les délibérations doivent être adoptées à l'unanimité des membres présents ou représentés, les délibérations de l'Assemblée Générale sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés

Toutefois, les délibérations visées au 7^e ci-dessus sont valablement prises sans tenir compte du vote des représentants du membre dont l'exclusion est demandée ou le retrait constaté sous réserve que les voix exprimées représentent la majorité des voix des membres de l'Assemblée générale.

Les délibérations de l'Assemblée générale, consignées dans le procès-verbal de réunion, obligent tous les membres du groupement et sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, conformément à la réglementation en vigueur. Ce dernier défère au tribunal administratif les délibérations qu'il estime contraire à la légalité dans les 2 mois suivant leur réception, en informe le groupement, lui communique toute précision sur les illégalités invoquées et peut assortir le recours d'une demande de sursis d'exécution.

ARTICLE 14 – ADMINISTRATEUR

Le groupement est administré par un administrateur, élu en son sein, par l'Assemblée Générale pour une durée de trois ans renouvelable. L'administrateur est révocable à tout moment par l'Assemblée Générale.

Son mandat est exercé gratuitement.

Il assure plus particulièrement dans le cadre de l'administration du groupement, les missions suivantes.

1. Préparation et exécution des décisions de l'Assemblée Générale ;
2. Présidence des assemblées générales ;
3. Représentation du groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice ;
4. Convocation des assemblées générales ;
5. Gestion courante du groupement ;
6. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.
7. Il peut en outre recevoir délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article 13.2 des présentes.

TITRE V – CONCILIATION – DISSOLUTION LIQUIDATION – PERSONNALITE MORALE

ARTICLE 15 - CONCILIATION – CONTENTIEUX

En cas de litige ou de différend survenant entre les membres du groupement ou encore entre le groupement lui-même et l'un de ses membres à raison de la présente convention ou de ses suites, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à deux conciliateurs qu'elles auront respectivement désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum d'un mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie. Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

ARTICLE 16 - COMMUNICATION DES INFORMATIONS

Chacun des membres s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'il détient et nécessaires à la réalisation de l'objet du groupement, conformément à la réglementation en vigueur.

En outre, un rapport d'évaluation des activités est adressé chaque année à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARTICLE 17 – DISSOLUTION

Le groupement est dissout de plein droit dans les conditions suivantes :

- si par le retrait d'un ou plusieurs de ses membres, il n'en compte plus qu'un seul, ou s'il n'y a plus d'établissement de santé membre.
- dans le cas prévu à l'article 13 des présentes, par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
- par décision de l'Assemblée Générale, notamment du fait de la réalisation ou de l'extinction de son objet.

En cas de désaccord, il sera procédé à une recherche de conciliation conformément à l'article 15 des présentes.

La dissolution du groupement est notifiée au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dans un délai de 15 jours. Celui-ci en assure la publicité dans les formes prévues à l'article R 713-3-12 du Code de la Santé publique.

ARTICLE 18 – LIQUIDATION

La dissolution du groupement entraîne sa liquidation, mais la personnalité morale du groupement subsiste pour les besoins de celle-ci. L'Assemblée Générale fixe les modalités de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs.

ARTICLE 19 - PERSONNALITE MORALE DU GROUPEMENT

Le Groupement de Coopération Sanitaire du pays rochefortais est de droit public.

Le groupement jouit de la personnalité morale à compter de la date de publication de l'acte d'approbation de la présente convention au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Poitou-Charentes.

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 20 – ORDRE DES MEDECINS

Chaque praticien libéral membre du groupement s'engage à transmettre au Conseil de l'Ordre des Médecins la présente convention constitutive.

ARTICLE 21 – PERMANENCE DES SOINS

Les médecins libéraux peuvent être amenés à participer à la permanence des soins du Centre Hospitalier de Rochefort en répondant aux sollicitations du service des urgences ou des services de l'établissement, pour émettre un avis spécialisé et prendre en charge les patients dans un contexte d'urgence, conformément à la discipline chirurgicale dont ils relèvent et aux dispositions de l'article R6133-1 alinéa 12 et par délibération de l'assemblée générale du groupement.

A ce titre ils sont payés, en qualité de praticien attaché, par le Centre Hospitalier de Rochefort, conformément aux dispositions du décret n°2003-769 du 1^{er} août 2003 relatif aux praticiens attachés et attachés associés des EPS (articles R6152-601 à R 6152-634 du code de la santé publique).

ARTICLE 22- ENGAGEMENTS ANTERIEURS

Les actes juridiques accomplis et justifiés par les fondateurs du groupement pendant la période de formation de celui-ci et antérieurement à la naissance juridique de sa personnalité morale seront considérés comme engagés dans l'intérêt du groupement.

ARTICLE 23 - MODIFICATIONS DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE

La présente convention constitutive pourra être modifiée par l'assemblée générale des membres statuant dans les conditions visées à l'article 13 des présentes.

Ces modifications devront faire l'objet d'une approbation des autorités compétentes et d'une publicité telle que prévue par les textes en vigueur.

ARTICLE 24 – DISPOSITIONS FINALES

Les soussignés donnent mandat au Directeur du Centre Hospitalier de Rochefort à l'effet de conclure pour le compte du groupement les formalités nécessaires à sa publication.