



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 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**

---

**Marie DEVILLERS**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes sincères remerciements à Philippe JAHAN, Directeur du centre hospitalier de Valenciennes, 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 Serge SIMEON, Directeur du groupement d'intérêt économique et maître de stage, pour son appui au cours de la rédaction de ce mémoire et pour m'avoir permis de participer aux réunions et travaux liés au partenariat avec la clinique Teissier.

Je souhaite également remercier chaleureusement l'ensemble des participants au projet et les autres interlocuteurs qui ont su se rendre disponibles pour me recevoir et répondre à mes questions. Leur vision du partenariat engagé m'a permis de donner à ce travail un autre éclairage.

Je remercie Bernard TIREL, enseignant à l'École Nationale de la Santé Publique, qui a accepté d'assurer l'encadrement de ce mémoire.

Que tous ceux qui m'ont apporté conseils et soutien au cours de la réalisation de ce travail soient aussi remerciés, notamment Marie-Laure DELAMAIRE pour son appui méthodologique.

Merci enfin à Camille pour sa relecture critique et constructive.

---

# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>1 LA MISE EN PLACE DU PARTENARIAT : CONTEXTE ET ENJEUX D'UNE STRATÉGIE DE RAPPROCHEMENT.....</b>        | <b>7</b>  |
| <b>1.1 Les fondements du partenariat engagé.....</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1.1 L'influence des facteurs externes dans la stratégie de rapprochement.....                            | 7         |
| A) Une réponse aux spécificités du bassin de santé.....  | 7         |
| B) Des facteurs institutionnels facilitants .....  | 11        |
| 1.1.2 Le choix du partenariat : une évidence ? .....   | 14        |
| A) Opportunités et limites de la complémentarité.....  | 14        |
| B) Les enjeux de la mobilisation des acteurs internes .....  | 18        |
| <b>1.2 Le choix délicat d'une forme juridique pour la structure commune.....</b>                           | <b>21</b> |
| 1.2.1 Une démarche mise en œuvre sur le long terme .....   | 21        |
| A) Une collaboration d'abord purement conventionnelle.....   | 21        |
| B) Une solution insuffisante pour un projet de grande ampleur .....  | 23        |
| 1.2.2 Le groupement d'intérêt économique : un choix par défaut ? .....                                     | 24        |
| A) Les raisons de ce choix initial.....  | 25        |
| B) Une structure inadaptée aux enjeux du partenariat ?.....  | 27        |
| <b>2 ÉVOLUTION JURIDIQUE DU GROUPEMENT : VOLONTÉ POLITIQUE ET RÉPONSE À DES CONTRAINTES MULTIPLES.....</b> | <b>31</b> |
| <b>2.1 Mutations d'un projet multiforme et contraint.....</b>  | <b>31</b> |
| 2.1.1 Les aléas de la mise en œuvre effective du partenariat.....  | 31        |
| A) Des péripéties inhérentes à un projet à long terme.....   | 31        |
| B) Le long apprentissage du fonctionnement en commun.....  | 34        |
| 2.1.2 Une opération sous contraintes .....   | 37        |
| A) De forts enjeux financiers.....   | 37        |
| B) Un projet immobilier complexe .....   | 40        |
| <b>2.2 Le choix d'un groupement de coopération sanitaire de droit public.....</b>                          | <b>43</b> |
| 2.2.1 Une structure juridique mieux adaptée aux besoins de la coopération .....                            | 43        |
| A) Nouveau GCS, nouvelles opportunités .....   | 43        |
| B) Une formule innovante qui correspond aux besoins locaux.....  | 45        |
| 2.2.2 La délicate détermination du champ de compétence du groupement .....                                 | 48        |

|   |           |
|---|-----------|
| A) Des compétences recentrées .....   | 48        |
| B) Un choix judicieux ? .....   | 51        |
| <b>3 LA COMPLEXITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE DE LA COOPÉRATION .....</b>             | <b>55</b> |
| <b>3.1 L'élaboration du règlement intérieur : un équilibre difficile à trouver.....</b> | <b>55</b> |
| 3.1.1 Le pilotage de la mise en œuvre du partenariat.....                               | 55        |
| A) Mise en place d'un comité de pilotage .....  | 55        |
| B) La rédaction du règlement intérieur .....  | 57        |
| 3.1.2 Un enjeu pour le positionnement de chacun au sein du GCS .....                    | 59        |
| A) Un document qui conditionne les relations entre les parties.....                     | 59        |
| B) Une interdépendance croissante ? .....   | 62        |
| <b>3.2 Bâtir l'avenir du partenariat.....</b>   | <b>65</b> |
| 3.2.1 De la nécessité de s'appuyer sur les hommes pour avancer .....                    | 65        |
| A) Dépasser les résistances au changement.....  | 65        |
| B) Développer une communication performante .....                                       | 68        |
| 3.2.2 Un nouvel équilibre pour les établissements au travers du groupement ?.....       | 70        |
| A) Un repositionnement du pôle sur le bassin de santé .....                             | 70        |
| B) Vers la constitution d'une cité hospitalière ? .....                                 | 72        |
| <b>CONCLUSION .....</b>   | <b>77</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>  | <b>79</b> |
| <b>LISTE DES ANNEXES.....</b>   | <b>I</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AHNAC** : Association Hospitalière Nord-Artois-Cliniques  
**APD** : Avant-Projet Définitif  
**APS** : Avant-Projet Sommaire  
**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
**BEAH** : Bail Emphytéotique Administratif Hospitalier  
**CA** : Conseil d'Administration  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CHV** : Centre Hospitalier de Valenciennes  
**CME** : Commission Médicale d'Établissement  
**CMP** : Code des Marchés Publics  
**COM** : Contrat d'Objectifs et de Moyens  
**CROS** : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**CTE** : Comité Technique d'Établissement  
**DARH** : Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
**DNA** : Dotation Non Affectée  
**DUP** : Dossier Unique du Patient  
**EPRD** : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses  
**EPS** : Établissement Public de Santé  
**ERP** : Établissement Recevant du Public  
**FEHAP** : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif  
**FPH** : Fonction Publique Hospitalière  
**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire  
**GHS** : Groupe Homogène de Séjours  
**GIE** : Groupement d'Intérêt Économique  
**GIP** : Groupement d'Intérêt Public  
**HBNPC** : Houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais  
**ISA** : Indice Synthétique d'Activité  
**MCO** : Médecine - Chirurgie - Obstétrique  
**PSPH** : Participant au Service Public Hospitalier  
**PTD** : Programme Technique Détaillé  
**PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur

**SAU** : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

**SCI** : Société Civile Immobilière

**SIC** : Serveur d'Identité Commun

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**SSM** : Société de Secours Minier

**TAA** : Tarification À l'Activité

**UGECAM** : Union de Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie

**UPATOU** : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

**VRD** : Voirie et Réseaux Divers

*« La seule voie qui offre quelque espoir  
d'un avenir meilleur pour toute l'humanité  
est celle de la coopération et du partenariat. »*

Kofi ANNAN, Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies ;  
Extrait d'un discours à l'Assemblée Générale de l'ONU, le 24 septembre 2001.

## INTRODUCTION

Les rapports entre établissements sanitaires publics et privés ne sont désormais plus marqués du seul sceau de la concurrence et de la compétition. La coopération, qui peut être définie comme l'« action de participer à une œuvre commune »<sup>1</sup>, est en effet devenue un instrument majeur de la régulation sanitaire. Les formules permettant le développement d'actions de partenariat entre ces différents types de structures se sont diversifiées, offrant actuellement un large panel de choix. Déjà, de premières pistes sont lancées avec les lois de 1970<sup>2</sup> et de 1991<sup>3</sup>. La première crée les syndicats interhospitaliers, tandis que la seconde permet le recours, dans le cadre d'actions de coopération dans le domaine sanitaire, à des GIP (Groupement d'Intérêt Public)<sup>4</sup> ou GIE (Groupement d'Intérêt Économique).

Mais le véritable mouvement de restructuration hospitalière est lancé par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>5</sup>. C'est cette dernière qui engage en effet le mouvement de recomposition de l'offre de soins. La coopération est alors définie comme l'axe prioritaire de la restructuration du paysage sanitaire et le GCS (Groupement de Coopération Sanitaire), créé par ce texte, en devient l'instrument privilégié.

La recomposition de l'offre de soins est donc devenue un enjeu majeur et l'un des principaux objectifs des politiques sanitaires les plus récentes. Dans un contexte économique contraignant, l'objectif est de parvenir à une réelle optimisation des moyens, celle-ci passant notamment pour les pouvoirs publics par des opérations de restructuration et par le développement de complémentarités médicales entre établissements.

En 2000, Édouard COUTY, alors Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, résume ainsi les enjeux portés par le mouvement de restructurations hospitalières : « La coopération hospitalière est l'une des voies qui doit être impérativement empruntée pour assurer demain l'existence d'un système sanitaire

---

<sup>1</sup> Définition du dictionnaire « Petit Robert », in : HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S., *Traité de la coopération hospitalière. Volume 1*, Paris : Editions Houdart, 2000. p.14.

<sup>2</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<sup>3</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

<sup>4</sup> Le recours au GIP était déjà prévu par la loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, ainsi que par le décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux Groupements d'Intérêt Public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale.

<sup>5</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.



performant, moderne et ouvert à tous où seront garantis les principes du service public au service des patients [...]. C'est aussi un moyen de conforter le service public hospitalier dans sa vocation à mieux organiser l'accès aux soins, par sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles de qualité, de sécurité et de rationalité »<sup>6</sup>.

Dans ce contexte sanitaire marqué par les recompositions hospitalières, ce mémoire portera plus spécifiquement sur l'étude d'une opération de coopération entre un centre hospitalier et une clinique PSPH (participant au service public hospitalier), en l'occurrence le centre hospitalier de Valenciennes (CHV) et la clinique Teissier, qui est gérée par l'association AHNAC (Association Hospitalière Nord-Artois-Cliniques). Ces deux établissements ont signé le 23 décembre 1999 une convention avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) du Nord-Pas-de-Calais, qui les engage à travailler dans une logique de partenariat.

Le centre hospitalier de Valenciennes, avec 1916 lits et places, est le deuxième établissement de la région Nord-Pas-de-Calais en terme de capacités d'accueil, après le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Il est l'établissement de santé de référence du sud du département du Nord (le bassin du Hainaut), assurant des soins de proximité pour le Valenciennois et jouant un rôle de premier recours pour les patients de Sambre-Avesnois et du Cambrésis nécessitant des soins plus spécialisés, en amont du CHU.

La clinique Teissier, qui géographiquement se situe en face du CHV<sup>7</sup>, est le seul établissement privé du secteur MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) qui soit reconnu comme PSPH dans l'agglomération valenciennoise. Historiquement, cet établissement était destiné à accueillir les mineurs et leurs familles ; il fait partie intégrante du groupe AHNAC depuis 1978. L'association AHNAC a en effet été créée en 1977 par les Houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais (HBNPC), les Charbonnages de France et l'Union Régionale des Sociétés de Secours Minières du Nord afin d'assurer la pérennité des huit établissements qui dépendait des HBNPC. Au-delà d'une simple coopération entre deux établissements, il s'agit donc ici d'un partenariat plus complexe, entre un centre hospitalier et un groupe qui exploite actuellement plus de 1350 lits et places. La clinique Teissier est le seul établissement du groupe situé dans le département du Nord ; sa position est à cet égard particulière, compte tenu de l'éloignement existant par rapport au siège de l'association situé à Hénin-Beaumont, dans le Pas-de-Calais. Le sentiment d'appartenance au groupe y est sans doute moins fort, ce qui a pu être un

---

<sup>6</sup> COUTY E., in : HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S., *op.cit.* (note 1), p.6.

<sup>7</sup> Les deux établissements sont séparés par l'avenue Désandrouin.

élément facilitant dans le cadre du rapprochement opéré avec le centre hospitalier de Valenciennes.

L'objet principal de ce partenariat réside dans l'édification conjointe d'un bâtiment, dit «de Haute Technologie Biomédicale »<sup>8</sup>, conçu pour abriter les activités du CHV et celles de la clinique, regroupées autour d'un plateau technique commun. Ce nouveau bâtiment sera construit sur le site du centre hospitalier, sur lequel les services de la clinique seront intégrés. Le transfert géographique va s'accompagner d'un transfert d'activités, qui vise à rationaliser l'activité des deux structures et à renforcer leur complémentarité. A terme, le CHV portera la cardiologie, la chirurgie orthopédique et traumatologie, ainsi que la chirurgie viscérale. La clinique Teissier sera quant à elle chargée d'assurer les activités de pneumologie, de chirurgie digestive et viscérale, et de chirurgie thoracique. Les deux structures co-utiliseront certains services et équipements, notamment le service des urgences et les plateaux techniques, qui seront portés par le Centre Hospitalier.

Si la construction de ce nouveau bâtiment commun sera à terme le symbole du partenariat engagé entre les deux entités, d'autres actions ont permis à celui-ci de prendre forme. Ainsi, un service d'urgences bipolaire fonctionne depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003, sous la responsabilité du CHV. D'autre part, certains transferts d'activités seront anticipés puisque, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, la pneumologie relèvera de la clinique Teissier, tandis que la cardiologie et la chirurgie orthopédique et traumatologie dépendront désormais du CHV. Le CROS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire) a donné en juin 2005 un avis favorable à ces transferts anticipés d'activités.

Le projet de construction du nouveau bâtiment de haute technologie nécessite, de la part du centre hospitalier, la réalisation de plusieurs opérations préalables, qui sont aujourd'hui pour la plupart achevées. Elles concernent notamment l'ouverture d'une nouvelle structure de soins de longue durée<sup>9</sup>, la restructuration complète de la logistique<sup>10</sup>, le regroupement de tous les laboratoires dans un bâtiment dédié<sup>11</sup>, la création d'un pôle mère-enfant<sup>12</sup> et enfin la construction d'un parking de 850 places en superstructure, pour laquelle la fin des travaux est prévue au dernier trimestre 2005.

---

<sup>8</sup> Expression qui est utilisée dès le plan directeur validé en 1997 ; le bâtiment est également appelé bâtiment de haute technologie ou bâtiment high tech.

<sup>9</sup> La résidence du Val d'Escaut a ouvert ses portes fin 2003.

<sup>10</sup> Ouverture en 2001 de la nouvelle blanchisserie centrale, d'un logipôle en 2004 et de la nouvelle cuisine centrale en juin 2005.

<sup>11</sup> Ce bâtiment est opérationnel depuis le mois de septembre 2005.

<sup>12</sup> Ce projet sera finalisé en décembre 2005.

En raison de ces opérations préalables, le centre hospitalier de Valenciennes se trouve donc dans une période de transition, dans l'attente de la construction et de l'ouverture du nouveau bâtiment de haute technologie prévue en septembre 2008.

Cette transition organisationnelle, architecturale et en terme de projets pour l'établissement s'accompagne d'une évolution d'ordre juridique, relative à la structure chargée de porter le projet et d'en assurer la bonne coordination. En effet, la concrétisation de ce partenariat nécessite la mise en place d'une entité juridique commune. Celle-ci a d'abord pris la forme d'un groupement d'intérêt économique, qui a été créé le 26 janvier 2004 pour gérer et accompagner le projet de partenariat. Cette structure va prochainement disparaître, au profit d'un groupement de coopération sanitaire, qui devrait être opérationnel dès 2006. La convention constitutive de ce nouveau groupement a été adoptée par le Conseil d'Administration (CA) du CHV et sera présentée début octobre à celui de l'AHNAC.

Le changement de structure dans le cadre du partenariat liant deux établissements n'est pas une opération anodine. Au-delà des modifications juridiques, c'est l'équilibre de la coopération qui peut être revu, voire remis en cause. Les enjeux sont importants, tant pour le centre hospitalier de Valenciennes que pour la clinique Teissier. La réussite de ce partenariat déterminera en effet largement la place de chacune de ces structures au niveau local, face à une concurrence de plus en plus vive.

Ces évolutions en cours m'amènent à poser plusieurs questions :

- Quels sont les fondements du partenariat entre le CHV et la clinique Teissier et du choix de la structure qui le portait jusqu'à présent ?
- Pourquoi et sous quelle forme un changement de structure juridique intervient-il aujourd'hui ?
- Les évolutions actuelles sont-elles à même de permettre un partenariat effectivement pérenne ?

La problématique centrale de ce mémoire sera donc la suivante :

***Dans quelle mesure le changement de structure juridique permettra-t-il aux deux entités de trouver un équilibre satisfaisant les intérêts de chaque structure ?***

Pour répondre à cette question, il importe de comprendre les enjeux qui ont conduit au développement d'une stratégie de rapprochement entre les deux établissements et au choix de la structure de coopération actuelle (première partie). Face

aux évolutions du projet et à sa complexité, l'adaptation passe pour le centre hospitalier et la clinique par la mise en place d'une nouvelle entité qu'est le groupement de coopération sanitaire (deuxième partie). Celui-ci doit permettre non seulement de traiter les aspects très concrets du partenariat, mais aussi d'engager les deux entités sur un projet de long terme (troisième partie).

Ce mémoire a été élaboré selon les axes méthodologiques suivants :

Il s'appuie tout d'abord sur une étude bibliographique préalable qui m'a permis de donner à ce travail les bases théoriques indispensables. Cette étude porte à la fois sur les restructurations hospitalières et la coopération sanitaire, et plus particulièrement sur les spécificités des GCS au regard des autres modes de coopération, mais aussi sur la notion de partenariat dans un champ plus large, dans le cadre d'une analyse plus stratégique. Des références régulières aux auteurs appuient donc la réflexion menée au cours du mémoire.

D'autre part, ce travail repose sur l'analyse des rapports spécifiques entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier. Celle-ci résulte à la fois de l'étude des documents locaux illustrant les évolutions de la démarche, mais aussi de l'observation très concrète du processus engagé. J'ai pu, grâce à l'accord de l'ensemble des partenaires impliqués, participer au suivi du dossier tout au long de mon stage. J'ai ainsi été associée aux différents groupes de travail thématiques (notamment en ressources humaines, fonctions logistiques, informatique, ou sur des problématiques médicales) ainsi qu'au comité de pilotage partenarial mis en place dès le mois d'août 2005 ; j'ai également assisté aux réunions du conseil d'administration du GIE.

Ce travail d'observation s'est accompagné d'entretiens réalisés avec des acteurs des deux structures impliquées dans le partenariat, ainsi qu'avec des interlocuteurs extérieurs, notamment à l'ARH. Ces rencontres m'ont permis d'apporter un autre éclairage à cette analyse, de mieux comprendre le cheminement adopté et les logiques conduisant à la forme actuelle de la coopération.

# 1 LA MISE EN PLACE DU PARTENARIAT : CONTEXTE ET ENJEUX D'UNE STRATÉGIE DE RAPPROCHEMENT

La stratégie de coopération initiée par le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier repose sur de nombreux facteurs, qui donnent à ce projet commun une vraie cohérence. Le lancement du rapprochement a permis de mettre en place une première structure commune qui sert de point d'appui aux opérations engagées.

## 1.1 Les fondements du partenariat engagé

La mise en place de la coopération entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier représente un enjeu majeur et impose de prendre en compte de nombreux facteurs. Comme le soulignent André-Pierre CONTANDRIOPOULOS et Yves SOUTEYRAND : « L'enjeu pour l'hôpital est de renforcer sa position dans le système local en contrôlant les ressources critiques du champ. La capacité pour un hôpital d'exercer ce contrôle dépend à la fois des jeux de pouvoir des acteurs internes à l'hôpital (cohérence interne) et des relations de l'hôpital vis-à-vis des autres acteurs du système de soins (médecine de ville, autres centres hospitaliers, cliniques privées, CHU...). Elle dépend également des transformations du champ d'influences que constitue le système de santé »<sup>13</sup>. Ainsi le choix du partenariat repose à la fois sur l'environnement des établissements, mais aussi sur les relations envisageables entre hôpital et clinique et sur la mobilisation obtenue en interne.

### 1.1.1 L'influence des facteurs externes dans la stratégie de rapprochement

La coopération engagée entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier doit être analysé à la lumière de l'environnement de ces établissements : le contexte local et le cadre institutionnel ont en effet joué un rôle non négligeable dans les choix qui ont été opérés.

A) Une réponse aux spécificités du bassin de santé

---

<sup>13</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALAUURIE C. et al., *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Montrouge : Direction des Hôpitaux, MIRE / John Libbey Eurotext, 1996. p.90.

a) *Un contexte difficile marqué par une concurrence grandissante*

Le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier interviennent dans un bassin de vie qui peut être qualifié de sinistré. L'environnement du Valenciennois est largement dégradé par son passé industriel et minier, lequel influe également sur les conditions socio-économiques et sur les principales caractéristiques épidémiologiques du bassin. Ainsi, le taux de chômage y est nettement plus important que la moyenne nationale avec 14,8% de chômeurs en mars 2005, alors qu'il est de 13,4% pour la région et de 10,2% au niveau national<sup>14</sup>. D'autre part, l'arrondissement est marqué par une surmortalité, principalement en matière de cancers et de maladies cardio-vasculaires. La mortalité prématurée par cirrhoses et psychoses alcooliques y est anormalement élevée, de même qu'en matière de mortalité par tumeurs des voies aéro-digestives supérieures ou encore par tumeurs du sein<sup>15</sup>. Le vieillissement de la population impacte également le recours aux soins et influe sur la durée de séjour compte tenu de l'augmentation de la prévalence des polyopathologies.

En tant qu'établissements respectivement public et PSPH, il appartient au CHV et à la clinique Teissier de participer activement à la prise en charge des patients du bassin en situation difficile et d'assurer des soins de qualité à l'ensemble de la population. Ces deux acteurs du système local d'offre de soins doivent à cet effet mettre en œuvre une démarche stratégique dans le but de maintenir, voire de renforcer, leurs positions respectives au sein de ce système.

Cette opération de rapprochement est devenue incontournable, dans un environnement sanitaire marqué par son caractère fortement concurrentiel. Les cliniques privées du Valenciennois ont en effet achevé un cycle de regroupement, qui leur a permis d'atteindre une taille critique et de renforcer leur implantation sur le secteur. Ainsi, alors que la clinique Vauban est issue du regroupement de deux établissements privés, la clinique chirurgicale et maternité du Parc, à Saint Saulve, s'est regroupée avec la clinique du Hainaut, et travaille en partenariat avec le centre de rééducation fonctionnelle La Rougeville situé à proximité.

Par ailleurs, les cliniques privées tendent actuellement à se concentrer sur les activités de chirurgie et de soins de suite. Plusieurs dossiers d'ouverture d'unités de rééducation fonctionnelle et réadaptation ont été déposés par ces établissements privés, en relation avec leur activité de chirurgie. D'autre part, la Clinique Vauban a élargi en 2004 l'ouverture de son service d'urgences, désormais accessible 24h/24, ce qui renforce

---

<sup>14</sup> Données disponibles sur le site [www.valenciennes.cci.fr](http://www.valenciennes.cci.fr) .

<sup>15</sup> Données issues du Programme Territorial de Santé du Valenciennois, décembre 2003.

l'attractivité de cette structure sur le bassin, au détriment notamment du centre hospitalier ou de la clinique Teissier. Ceux-ci sont donc soumis à une concurrence de plus en plus forte, dans ces domaines clés en terme de maintien de leur attractivité.

La mise en place d'un pôle de santé commun peut donc être analysée comme une réponse à ce contexte local. Comme l'analysent Étienne MINVIELLE et André-Pierre CONTANDRIOPOULOS, «La relation entretenue entre le processus de changement et l'environnement dans lequel il évolue constitue une composante majeure de la gestion de ce même changement »<sup>16</sup>. La pression constante exercée dans le cas présent par la concurrence a conforté, tout au long du processus de coopération, la nécessité de mener à bien ce partenariat.

#### *b) La mise en place d'une stratégie d'alliance comme réponse*

Afin de mieux en cerner les enjeux, il me semble intéressant de dresser un parallèle entre la coopération hospitalière et la notion d'alliances utilisée dans le domaine industriel, en replaçant le partenariat engagé sous l'angle de l'analyse stratégique. D'après Michel GHERTMAN, « une alliance est une forme d'association légale entre deux ou plusieurs entreprises, engagée pour faire progresser les intérêts communs de ses membres »<sup>17</sup>. Cette définition correspond bien aux principes qui sous-tendent le partenariat engagé entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier.

Le recours à ce parallèle entre alliances industrielles et coopérations hospitalières permet de donner un éclairage nouveau à la stratégie des acteurs de ce partenariat. En effet, la mise en place d'une alliance n'est pas neutre et le choix d'y prendre part dépend de l'analyse faite par chacun des acteurs en amont : quels sont les apports de cette alliance pour sa propre structure ? Quelle logique préside à cette alliance ?

Michel GHERTMAN met en avant plusieurs logiques qui peuvent conduire à la mise en place d'une alliance entre deux entreprises<sup>18</sup> :

- une logique de ressources, qui pousse à rechercher soit une certaine complémentarité, soit une taille économique minimum ;
- une logique d'économie des coûts de transaction, qui explique le choix d'une alliance plutôt que celui d'un rachat ;

---

<sup>16</sup> MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?, *Revue Française de Gestion*, mai-juin 2004, vol.30, n°150, p.41.

<sup>17</sup> GHERTMAN M., *Stratégie de l'Entreprise : Théories et Actions*, Paris : Economica, 2004. p.223.

<sup>18</sup> *Ibid.*, pp.224-229.

- une logique d'organisation industrielle : on s'allie pour disposer de compétences qu'il serait trop long ou trop onéreux d'acquérir par soi-même.

Le partenariat lancé entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier relève essentiellement de la première logique, celle d'une complémentarité de ressources mais aussi de la recherche d'une taille critique permettant de peser face à l'environnement sanitaire concurrentiel du bassin du Hainaut.

D'une part, le rapprochement permet d'augmenter la taille de la structure ; il s'inscrit ainsi dans une logique industrielle de fonction de production, en répondant, entre autres, à la notion de taille critique. Ainsi, l'analyse est notamment menée en terme de coût, c'est à dire que le constat d'un coût marginal inférieur au coût moyen justifie la recherche d'un niveau d'activité maximal. On peut penser à cet égard à l'optimisation recherchée au travers de l'utilisation d'un plateau technique commun (notamment les blocs opératoires, les appareils d'imagerie ou les laboratoires) <sup>19</sup>.

D'autre part, le positionnement des autres établissements privés sur la chirurgie et le moyen séjour<sup>20</sup> impose une réaction, afin de valoriser l'existence de filières de prise en charge performantes. Cela passe en particulier par la construction d'un plateau technique commun entièrement rénové, par le développement de modes de prise en charge alternatifs (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile), ou encore par la mise en place d'un centre de soins de suite et de convalescence sur le site actuel de la clinique Teissier. Il s'agit donc d'éviter la fuite de patients vers les établissements privés concurrents, en modernisant les infrastructures et en proposant des conditions de prise en charge mieux adaptées aux exigences actuelles des patients.

Le parallèle avec l'analyse stratégique permet de conforter, par la théorie, l'étude de la pratique du rapprochement entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier. Mais au-delà de cette analyse et de la justification du rapprochement par le contexte local, d'autres facteurs sont à prendre en compte qui ont permis de donner un corps au projet de partenariat.

---

<sup>19</sup> Cette mise en commun de moyens va dans le sens de la réflexion développée dans la *Synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques*, DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS), Paris, mars 2003. 35p.

<sup>20</sup> Cf. supra partie 1.1.1.A.a).



## B) Des facteurs institutionnels facilitants

Ce projet de partenariat entre le CHV et la clinique Teissier s'inscrit depuis son lancement dans une double orientation : régionale d'une part, qui ressort de l'analyse du rôle joué par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ; nationale d'autre part, avec la mise en place du plan « Hôpital 2007 » qui a joué un fort rôle incitatif.

### a) *Le rôle moteur de l'ARH*

Depuis le lancement du partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier, l'ARH du Nord Pas-de-Calais joue un rôle déterminant. En effet, l'existence de cette coopération a été posée comme une condition à l'obtention par le CHV de l'autorisation de construire le bâtiment de haute technologie et à l'accord des moyens financiers correspondant.

Pour encourager les opérations de recomposition hospitalière, l'ARH dispose désormais de réels moyens de pression sur les établissements. Ces moyens d'action peuvent être principalement des incitations financières ou relatives aux conditions techniques de fonctionnement, ce qui constitue un aspect très structurant pour les recompositions hospitalières. Ainsi, on observe de plus en plus de recours à l'article L.6122-7 du Code de la Santé Publique (CSP)<sup>21</sup>. Cette clause particulière relative à la coopération permet à la Commission Exécutive régionale de contourner la rigidité issue de la logique binaire du droit des autorisations, en conditionnant leur obtention au lancement d'actions de coopération.

De plus, le Directeur de l'ARH (DARH) peut demander à des établissements publics d'engager des actions de coopération, et dispose le cas échéant d'un pouvoir contraignant, comme le prévoient les articles L.6122-15 et L.6122-16 du Code de la Santé Publique. Il convient de noter que les moyens de pression prévus par les textes visent essentiellement des établissements publics<sup>22</sup>, ce qui permet de mieux comprendre la demande adressée par le DARH au centre hospitalier au moment de la négociation du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) de l'établissement.

---

<sup>21</sup> Article L.6122-5 du CSP : « L'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique. [...] L'autorisation peut être subordonnée à l'engagement de mettre en oeuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins. L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues au I de l'article L. 6122-13 si la condition ainsi mise à son octroi n'est pas réalisée. »

<sup>22</sup> Cf. article L.6122-15 du CSP.

Ces incitations potentielles à la coopération pourraient être encore accentuées, puisque l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>23</sup> contient un nouveau moyen d'action à la disposition des DARH. En effet, ceux-ci disposent désormais de la possibilité de réviser l'état des prévisions de recettes et de dépense (EPRD) présenté par les établissements<sup>24</sup>. On pourrait imaginer que ce moyen soit utilisé comme argument persuasif envers certains établissements récalcitrants. Enfin, l'annexe au SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de troisième génération, qui revêt désormais un caractère opposable, peut décrire les opérations de coopération à mener et fixer des objectifs quantifiés en matière d'activité. L'alternative laissée à certains établissements serait alors : soit coopérer, soit perdre l'autorisation d'exercice de l'activité concernée, ce qui devrait inciter des actions de coopérations quand celles-ci n'ont pas encore été lancées.

Ces moyens de pression potentiels revêtent pour les ARH une importance particulière, compte tenu des enjeux sous-jacents à la problématique des recompositions hospitalières. Celles-ci sont en effet perçues comme un moyen pour réaliser des économies d'échelle, pour répondre à la problématique de la démographie médicale, mais aussi pour améliorer la qualité des soins. Dans cette optique, les actions de coopération visent donc à remplir un triple objectif : répondre aux exigences de service public, optimiser les ressources (humaines, financières, médicales et techniques), et enfin mettre en commun des moyens pour un objectif commun qui n'aurait pu être atteint par un établissement seul.

Dans le cas du partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier, l'ARH a donc joué un rôle d'incitateur, qui a été déterminant dans le lancement de cette coopération. L'instrument qui a été utilisé en l'occurrence relève davantage d'une logique d'incitation financière et en terme d'autorisation. Les acteurs de ce partenariat se sont ensuite rapidement engagés sur la voie de la coopération, qui a été très vite perçue comme un échange gagnant-gagnant. Ce partenariat s'inscrit pleinement dans le cadre défini par le quatrième axe stratégique du SROS III, qui vise à « garantir une offre de soins homogène et graduée dans tous les territoires de santé en favorisant la coopération entre les établissements de santé »<sup>25</sup>. Les actions de coopération y sont présentées notamment comme le moyen d'atteindre les seuils d'activité désormais applicables en matière d'autorisations ou encore d'assurer la permanence des soins.

---

<sup>23</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>24</sup> Cf. article. L.6145-1 du Code de la Santé Publique.

<sup>25</sup> Éléments disponibles sur le site [www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr).

b) *Le plan « Hôpital 2007 » : de nouveaux moyens pour le partenariat engagé*

Le plan «Hôpital 2007 », présenté le 20 novembre 2002 par le Ministre de la Santé Jean-François MATTÉI, a constitué une opportunité pour le partenariat engagé entre le CHV et la clinique Teissier, dans la perspective de la construction du bâtiment de haute technologie.

Ce plan, dont l'objectif majeur est d'assurer la modernisation du système hospitalier français, comprend plusieurs éléments. Il agit d'une part sur le fonctionnement des établissements, au travers d'une relance de l'investissement, de la mise en place d'une tarification à l'activité (TAA), de la rénovation des modes d'achat des hôpitaux publics ou encore de la modernisation de leur gestion interne. D'autre part, ce plan doit permettre de simplifier l'organisation sanitaire, grâce notamment à la suppression des indices et de la carte sanitaire, ou encore à la déconcentration des autorisations, ainsi que de faciliter les coopérations sanitaires au travers de la simplification et de l'assouplissement du groupement de coopération sanitaire.

L'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>26</sup> en est une des applications, qui prévoit notamment de simplifier la répartition des compétences (par le transfert des compétences détenues par le ministre ou le préfet au directeur de l'ARH), de réorganiser la planification régionale, de simplifier le régime des autorisations mais aussi de réduire et simplifier les formules de coopération sanitaire.

Si l'aspect lié plus spécifiquement à la coopération nous intéressera ultérieurement, j'évoquerai d'abord ici l'impact des aides en matière d'investissement sur la prise de la décision relative à la construction du nouveau bâtiment de haute technologie.

En matière d'investissements, le plan « Hôpital 2007 » a permis de dégager, pour la région Nord Pas-de-Calais, 622 millions d'euros d'investissements supplémentaires sur la période 2003-2007, soit une progression annuelle de près de 50% par rapport à la période 1999-2002. Ce financement concerne 38 opérations publiques ou privées, dont la réalisation est accompagnée par des aides en capital pour 64 millions d'euros et par des aides en fonctionnement pour 26,2 millions d'euros. A la fin 2004, 25 opérations étaient déjà contractualisées entre l'ARH et les établissements<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

<sup>27</sup> Données disponibles sur le site de l'ARH : [www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr).

L'aide pour la construction d'un bâtiment de haute technologie, dans le cadre de la coopération entre le centre hospitalier et la clinique Teissier à Valenciennes, a quant à elle été accordée en mai 2005. Il s'agit sans doute d'un des derniers projets qui ont pu être intégrés dans cette enveloppe. Le CHV recevra à ce titre des contributions en capital de l'ARH (3,885 millions d'euros en 2006 et 2007), mais aussi une aide versée en exploitation. A ce titre, l'État contribuera à hauteur de 4,8 millions d'euros par an dès 2007 et ce pour une période de vingt ans (pour 2005 et 2006, cette aide s'élèvera respectivement à 3 millions d'euros et 1,8 millions d'euros), tandis que la participation de l'ARH s'élèvera à 1,665 million d'euros par an dès 2007, ce pour une période de vingt ans (745.000 pour le CHV et 920.000 pour l'AHNAC).

L'apport lié au plan «Hôpital 2007 » a donc permis de relancer le projet, en assurant sa viabilité financière. L'aide en investissement est relativement limitée, en comparaison du coût estimé de l'opération (172 millions d'euros environ), mais les apports complémentaires obtenus dans le même temps en exploitation permettront d'assurer la pérennité du projet. L'impact positif de ce plan ne doit donc pas être négligé, en complément d'autres éléments qui ont permis de faire le choix de la coopération.

### **1.1.2 Le choix du partenariat : une évidence ?**

Face à cet environnement favorable, le CHV et la clinique Teissier sont fortement incités à engager une coopération, en s'appuyant sur la complémentarité des deux entités ainsi que sur la mobilisation des forces internes aux deux établissements.

#### **A) Opportunités et limites de la complémentarité**

##### *a) Un partenariat basé sur la complémentarité des activités*

Au-delà de l'impulsion donnée par l'ARH au moment du lancement du partenariat, la coopération entre le CHV et la clinique Teissier repose sur une grande complémentarité des deux entités. Cette complémentarité s'appuie tout d'abord sur un critère géographique, puisque les deux sites sont très proches (une simple avenue les sépare), ce qui facilite en pratique les opérations de rapprochement. Le partenariat s'appuie également sur la participation des deux établissements au service public hospitalier, qui leur impose le respect de principes de fonctionnement particuliers (principalement l'égalité d'accès, la continuité et la mutabilité), et au caractère non lucratif de leur activité. Le fait que le groupe AHNAC, donc la clinique Teissier, participe au service public hospitalier, favorise la mise en œuvre du partenariat, dans la mesure où davantage de possibilités

leur sont ouvertes en terme d'actions de coopération envisageables. Les points à négocier, sans être négligeables<sup>28</sup>, étaient sans doute moins nombreux que dans le cadre d'une coopération liant un établissement public et un établissement privé à but lucratif.

Surtout, la coopération entre ces deux entités repose sur une complémentarité réelle en terme d'activités médicales. En effet, dans l'optique générale du partenariat et afin d'assurer l'optimisation des moyens des deux établissements voisins, l'objectif initialement fixé est d'éviter les doublons de compétence humaine et d'équipement. L'approche retenue pour la répartition des activités médicales est donc une logique de filières de soins, chacune de ces filières relevant de l'une des deux entités, afin d'établir une offre de soins complémentaire et non concurrente, s'appuyant à terme sur un projet médical commun.

Dans le cadre du rapprochement, chaque service médical est donc porté par l'un ou l'autre établissement et jamais par la structure centrale commune. L'ensemble des services communs (urgences, laboratoire, blocs opératoires, imagerie, etc.) sera ainsi porté par le centre hospitalier, les rapports entre les deux établissements étant le cas échéant réglés par l'intermédiaire de conventions spécifiques. Cette structure centrale n'aura donc qu'une activité de gestion, d'organisation et de support, mais en aucune façon une activité médicale. Cette option, retenue dès le lancement du rapprochement, est confirmée par la suite, au moment de la mise en place du GCS<sup>29</sup>.

Le transfert de compétences médicales entre les deux établissements relève de la volonté réelle des directions de constituer un pôle de santé compétitif, qui soit capable de préserver voire de renforcer sa position au niveau du territoire de santé. L'objectif est également d'assurer la pérennité de ce partenariat, au travers de l'interdépendance ainsi créée.

La définition plus précise du contenu du rapprochement conduit également les deux établissements à déterminer des principes d'action<sup>30</sup>, afin de guider la mise en œuvre concrète du partenariat et d'en assurer la pérennité sur le long terme. Il importe dans un premier temps d'affirmer le maintien des identités juridiques des deux entités,

---

<sup>28</sup> Comme par exemple les différences en terme de gestion du personnel, ceux du CHV relevant des dispositions applicables aux agents de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) alors que les agents du groupe AHNAC relèvent quant à eux de la convention FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif).

<sup>29</sup> À l'exception de la gestion de la pharmacie à usage intérieur unique, qui entre dans le champ de compétences du GCS et que j'évoquerai ultérieurement.

<sup>30</sup> Ces principes sont présentés dans le rapport du cabinet Orum : « Accompagnement juridique et organisationnel du rapprochement », 9 mai 2003.

afin de maintenir leur lisibilité, en interne comme vis-à-vis de l'environnement extérieur. Est également affichée la volonté de construire et de finaliser un projet élaboré en collaboration entre les équipes techniques et médicales et le personnel non médical des deux établissements. Le principe du maintien des statuts des personnels est lui aussi très rapidement mis en avant, afin de rassurer les intervenants de chaque établissement sur la liberté de choix qui leur sera accordée : il s'agit là d'un engagement fort des deux directions. L'opération de rapprochement est par ailleurs liée à la mise en place d'un système d'information commun, élément indispensable à la gestion de l'utilisation commune de certains services et au transfert éventuel de patients vers des services relevant de l'autre établissement. Enfin, la volonté est clairement affirmée d'obtenir une « solution simple, équilibrée, efficace, équitable » entre les deux entités, et qui respecte les équilibres financiers de chaque structure sans engendrer de surcoûts.

Ces principes d'action permettent de dessiner une ligne de conduite, afin d'assurer le déroulement harmonieux de la coopération et l'engagement des partenaires dans cette opération. La complémentarité des activités exercées initialement par chacun des établissements et le choix de renforcer encore cette complémentarité grâce au partenariat constituent sans doute la clé de voûte du rapprochement engagé.

*b) Un équilibre à trouver entre coopération et compétition*

Dès le lancement du partenariat, les deux établissements ont donc affiché leur volonté de limiter la concurrence entre eux, notamment en favorisant une plus grande complémentarité des activités exercées. En intervenant sur des créneaux différents, ils diminuent les risques de compétition directe, donc les sources de conflits potentiels.

Cependant, coopération ne signifiant pas fusion, les deux entités juridiques sont maintenues et conservent leurs intérêts propres à défendre. Chaque établissement cherche à maintenir son identité, à se distinguer de l'autre, afin de préserver les spécificités de son image, et donc son attractivité. Car si le bâtiment sera demain commun, les moyens financiers et la responsabilité des différents services resteront propres à chaque établissement. Les enjeux sont donc importants des deux côtés, en terme de pérennité de l'activité ou plus simplement d'équilibre économique. A cet égard, un intérêt tout particulier doit être accordé au positionnement du projet face à l'environnement extérieur, notamment vis-à-vis de la médecine de ville dont le rôle en terme d'orientation des patients vers tel ou tel établissement est déterminant. La question de la perception de cette opération de rapprochement est sensible, dans la mesure où elle contribue largement à déterminer l'attractivité future de chacune des entités et du pôle de santé que celles-ci vont former.

La recherche de la satisfaction de son propre intérêt demeure donc pour chacun des partenaires, même après le lancement de l'opération de rapprochement. Pour l'heure, ces intérêts sont conciliables : le CHV recherche une amélioration de son image et un renforcement de son rôle de pôle de référence sur le bassin ; la clinique Teissier vise quant à elle davantage l'obtention de moyens techniques plus performants et l'utilisation de locaux neufs et modernes. Il convient néanmoins de rester attentif afin que ces intérêts ne deviennent pas trop divergents, voire antagonistes. Erhard FRIEDBERG a bien mis en évidence ce paradoxe de la coopération dans les jeux d'acteurs, parlant d'« acteurs dont l'interdépendance rend la coopération indispensable, mais qui gardent tous un degré d'autonomie et continuent pour toutes sortes de raisons à poursuivre des intérêts divergents »<sup>31</sup>.

Si la logique incite fortement à cette complémentarité et au maintien de relations non concurrentes entre les deux entités, il ne faut pas oublier que cette logique est issue d'un compromis passé à un moment donné. Comme le souligne Henry MINTZBERG, « la conception de chaque superstructure finit par être un compromis entre les facteurs "objectifs" que sont les interdépendances de flux et de processus de travail ainsi que les économies d'échelle, et les facteurs "subjectifs" que sont les personnalités et les besoins sociaux »<sup>32</sup>. La modification de l'équilibre ayant produit ce compromis pourrait conduire à remettre en question les termes de l'échange, et donc relancer le cas échéant la concurrence entre ces deux établissements.

Cela m'amène à souligner l'importance des anticipations : le parallèle avec les alliances industrielles<sup>33</sup> peut être poursuivi. La mise en place d'une telle alliance entre deux entités, dans le domaine sanitaire comme dans le milieu industriel, impose une anticipation forte des conflits potentiels. Celle-ci constitue sans doute l'une des clés du succès et de la pérennité d'une telle alliance. « Tout doit être fait lors de l'élaboration de l'alliance pour éviter d'éventuelles disputes : des mécanismes opérationnels et contractuels jusqu'à la compatibilité des personnalités et des incitations opérationnelles des deux partenaires amenés à travailler ensemble de façon régulière ou récurrente »<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée*, 1993. In : CONTANDRIOPOULOS A.P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALAUURIE C. et al., *op.cit.* (note 13), p.88.

<sup>32</sup> MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Clamecy : Editions d'Organisation, 2003, p.130.

<sup>33</sup> Cf. le raisonnement développé dans la partie 1.1.1.A.b).

<sup>34</sup> GHERTMAN M., *op.cit.* (note 17), p.233.

Définitivement, les relations entre coopération et compétition sont d'une grande complexité. La frontière entre les deux est ténue et l'équilibre, fragile, du partenariat ne peut être sauvegardé que grâce à une mobilisation constante des acteurs, notamment de la part des directions des deux établissements.

#### B) Les enjeux de la mobilisation des acteurs internes

L'implication des acteurs internes des deux entités dans la coopération est un des aspects fondamentaux, qui conditionne le succès du partenariat. Comme le soulignent justement André-Pierre CONTANDRIOPOULOS et Yves SOUTEYRAND, « l'aptitude pour l'organisation à mettre en œuvre des stratégies efficaces dans un champ donné dépend de la capacité à mobiliser les différents groupes d'acteurs qui les composent autour de projets communs [...]. Lorsque cette situation est vérifiée, l'organisation dispose d'une forte cohérence interne »<sup>35</sup>. La capacité des dirigeants à mobiliser les différents groupes composant leur établissement, à les associer au projet et à en faire des éléments moteurs est sans doute l'élément le plus déterminant, décisif pour conduire à la réussite du partenariat engagé.

Mettre en place un rapprochement tel que celui existant entre le CHV et la clinique Teissier nécessite de développer une réflexion importante sur la façon de mener ce changement. Les directeurs sont certes les principaux promoteurs du changement, ils en assurent le pilotage, mais ils ne peuvent le conduire seuls. Ils doivent s'appuyer, dans la conduite du changement annoncé ou en cours, sur d'autres acteurs, qui deviendront à leur tour initiateurs ou porteurs du projet. Pour cela, ils doivent passer des alliances, formelles ou informelles, avec d'autres groupes d'acteurs, qui leur permettront de mener à bien leur projet et d'assurer « l'adhésion du plus grand nombre au changement »<sup>36</sup>.

Je m'attacherai ici plus particulièrement aux acteurs du centre hospitalier, à la façon dont ils ont été intégrés au projet et au rôle qu'ils ont pu y jouer le cas échéant. Bien que présentés de façon succincte, il me semble essentiel de mentionner ces aspects, compte tenu de l'impact que peut avoir l'adhésion, ou au contraire le refus d'adhérer, à un tel projet.

L'implication et la sensibilisation du corps médical en faveur de ce type de projet de partenariat constituent l'un des points fondamentaux de sa mise en œuvre. Les médecins doivent être largement associés, en étroite collaboration avec l'équipe de

---

<sup>35</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALAUERIE C. et al., *op.cit.*(note 13), p.88.

<sup>36</sup> MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., *op.cit.* (note 16), pp.46-47.



direction, au pilotage du changement. « De cette assimilation dépend [...] “la faculté de décliner au niveau opérationnel les principes stratégiques du nouvel hôpital”, c’est-à-dire de développer de nouveaux savoirs collectifs qui permettent aux différents acteurs de se parler, de se comprendre et d’interagir les uns avec les autres, d’une part, en appréhendant mieux l’évolution du contexte institutionnel, d’autre part, en s’attachant à de nouveaux modes d’organisation de la prise en charge des malades »<sup>37</sup>. Il s’agit donc pour le corps médical de suivre le processus, de s’appropriier les changements en cours qui détermineront en grande partie le fonctionnement des services de demain. Parallèlement, sa participation à la définition des nouveaux modes de prise en charge est incontournable, lesquels seront nécessairement adaptés à la configuration des nouveaux locaux.

Malgré l’absence d’un projet médical commun à l’origine du projet, le corps médical a été largement consulté et informé tout au long du processus. Initialement, il s’agissait au sein du CHV de déterminer les besoins en terme de locaux, dans la perspective de la construction d’un bâtiment de haute technologie. Les chefs de service ont donc été consultés à cette occasion, afin d’adapter l’architecture à venir aux évolutions intervenues en terme de prise en charge. Corrélativement, cela permet d’intégrer les praticiens très en amont dans la réflexion engagée. L’évolution du projet, avec notamment la prise en compte du partenariat avec la clinique Teissier, a conduit à renforcer le rôle de certains praticiens. Je pense plus particulièrement au Président et à la Vice-présidente actuels de la CME (Commission Médicale d’Établissement), qui ont joué un rôle important en matière de coordination avec les équipes médicales de la clinique, mais aussi aux chefs de services et praticiens concernés très directement par les transferts d’activités. Ceux-ci ont élaboré des projets de service communs avec les praticiens de la clinique, se sont engagés largement dans la démarche partenariale et ont donc contribué de la sorte à assurer la concrétisation de la coopération sous sa forme actuelle.

Le corps médical se positionne ainsi, au fil de la mise en œuvre concrète du partenariat avec la clinique Teissier, comme un allié de la direction. Les praticiens, qui participent activement à la définition des changements impulsés, prennent conscience de la nécessité de ce partenariat et en deviennent un moteur. Le renforcement de la concurrence en matière sanitaire sur le Valenciennois a sans doute permis de faciliter leur engagement, puisque le caractère plus hostile de l’environnement imposait une réaction d’envergure dans laquelle le corps médical s’est largement engagé. Beaucoup de

---

<sup>37</sup> Un directeur d’établissement, cité par : MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., *op.cit.* (note 16), p.45.

praticiens ont vécu ce rapprochement comme « une opportunité de renforcer le service public face à l'activité libérale agressive »<sup>38</sup>.

Vis-à-vis du personnel du centre hospitalier et des partenaires sociaux, le projet a été moins facilement accepté. Des craintes ont été exprimées, plus vives en raison de l'incertitude du contexte local et national. L'opposition syndicale aux réformes mises en place nationalement a conduit à l'expression de réserves quant à la mise en œuvre de ce rapprochement et de craintes quant à l'équilibre futur entre le CHV et la clinique Teissier.

La longueur du processus partenarial, les aléas de la mise en œuvre concrète de la coopération ont sans doute engendré certaines réticences. En terme de communication interne, il faut en effet rester particulièrement attentif et s'attacher à ne pas donner en amont une vision trop idéaliste du rapprochement. La volonté de donner l'image d'un partenariat facile risque en effet d'être remise en cause au fil du déroulement des opérations, lequel ne manquera pas d'être jalonné d'obstacles pratiques qui ne seront pas tous anticipés. Le risque existe de susciter des déceptions, qui pourraient à terme peser sur le succès du partenariat. À ce titre, l'exemple des transferts de personnels peut être évoqué, qui se heurte aux différences très concrètes de statuts et nécessite donc un travail de long terme. Les attentes des personnels concernés, qui demandent des réponses rapides à leurs questions très concrètes, peuvent dès lors être facilement déçues. Les directions des ressources humaines des deux établissements ont donc dû développer une démarche de communication et de pédagogie très ciblée, afin de prévenir les risques constants de découragement et d'essoufflement à la base. Face aux craintes des agents et de leurs représentants, la réponse à leurs attentes revêt une importance stratégique, dans la mesure où ils constituent une force de blocage potentiel.

La recherche de l'implication de tous les acteurs internes de l'établissement est un élément indispensable dans la conduite de changements de cette ampleur. Tous ne seront pas des éléments moteurs, mais il revient à la direction de s'efforcer d'éviter des oppositions trop frontales, notamment de la part des organisations syndicales qui pourraient être une source de blocage. C'est en s'appuyant sur les stratégies des différents groupes, tout en leur laissant une certaine marge de manœuvre, que la direction a su gérer ce processus de changement en interne.

Le rôle de certains acteurs peut donc être considéré comme une des clés de la réussite ou au contraire de l'échec d'un partenariat entre deux établissements. Cette

---

<sup>38</sup> Procès-verbal du Comité Technique d'Établissement (CTE) extraordinaire du 2 février 2005.

implication s'avère être en tous cas un facteur potentiel de fragilité, compte tenu de la multiplicité des acteurs qui est indissociable de l'existence de stratégies individuelles ou corporatistes. Par ailleurs, la personnalisation des actions pose la question de la pérennité de la démarche engagée en cas de départ d'un de ces acteurs. Ainsi, le changement de directeur à la tête du CHV a entraîné une phase d'incertitudes, quant à la poursuite ou non de la coopération. Ce n'est qu'à l'issue de cette période de transition que la démarche a été reprise en main et relancée pour être finalement concrétisée et approuvée par la tutelle. Si en l'occurrence ce changement de personne n'a pas compromis la réalisation concrète du partenariat, la personnalisation de ce type d'action peut bel et bien être analysée comme un facteur de fragilité pour la conduite du changement.

En s'appuyant sur leurs acteurs internes et sur leur complémentarité, tout en tirant parti de leur environnement, le CHV et la clinique Teissier ont donc engagé une démarche partenariale qui peut être qualifiée de volontariste. La formalisation de cette coopération est ensuite intervenue de façon progressive, tentant de s'adapter aux évolutions du projet.

## **1.2 Le choix délicat d'une forme juridique pour la structure commune**

Le choix de la structure juridique chargée de gérer le partenariat est intervenu relativement tardivement, faisant suite à une série de conventions. L'envergure du projet envisagé nécessitait en effet un point d'appui plus stable et solide, qui a pris dans un premier temps la forme d'un groupement d'intérêt économique.

### **1.2.1 Une démarche mise en œuvre sur le long terme**

La coopération du centre hospitalier avec la clinique s'est appuyé dans un premier temps sur une démarche incrémentale, permettant de construire progressivement un projet commun.

#### **A) Une collaboration d'abord purement conventionnelle**

Le partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier se base sur le projet de la construction commune d'un nouveau bâtiment, dossier autour duquel se sont progressivement greffés les autres aspects de leur coopération. Initialement, le CHV est seul détenteur du projet, puisque le Plan Directeur adopté en 1997 prévoit déjà la création d'un bâtiment dit de « Haute Technologie Biomédicale » qui

regroupe les plateaux techniques ainsi que les services les plus pointus (neurochirurgie, cardiologie, chirurgie, etc.). La validation de ce programme par les instances de l'hôpital est intervenue en 1998, et la nécessité de la création de ce bâtiment a été très vite reconnue par la tutelle. Comme cela a déjà été indiqué plus haut<sup>39</sup>, l'ARH a toutefois conditionné son aval à un rapprochement préalable avec la clinique Teissier, afin d'éviter la redondance d'offre de services de chaque côté de l'avenue et de créer une communauté de moyens. Suite aux démarches engagées, le partenariat entre les deux établissements est officiellement ratifié par la tutelle fin décembre 1999<sup>40</sup>.

Dans les premières phases du partenariat, l'utilisation de conventions est privilégiée afin de développer les actions communes, d'abord dans des domaines plus techniques comme les laboratoires ou la blanchisserie. On pourrait qualifier ce processus de démarche incrémentale, avançant progressivement vers une coopération plus approfondie et sur un projet de très grande ampleur pour les deux établissements.

La forme conventionnelle est choisie dans un premier temps en raison de sa grande souplesse. Il s'agit d'une modalité expressément prévue par l'article L.6134-1 du code de la santé publique. La doctrine définit la convention comme le « nom générique donné au sein des actes juridiques à tout accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes, destiné à produire un effet de droit quelconque : créer une obligation, transférer la propriété, transmettre ou éteindre une obligation »<sup>41</sup>. Son champ d'application s'avère donc particulièrement large, ce qui permet d'en faciliter l'adaptation aux besoins particuliers des établissements concernés. À cette souplesse dans le champ d'application s'ajoute également une facilité plus grande pour la signature d'une convention (un simple acte du directeur suffit), ainsi qu'une liberté plus importante dans la rédaction du document, le formalisme étant moins poussé que pour d'autres formules de coopération.

Le mode conventionnel présente en l'occurrence l'avantage de permettre d'ouvrir la voie à une coopération plus approfondie, laquelle nécessite dans un second temps l'utilisation d'une forme juridique plus complète, compte tenu des nouveaux enjeux revêtus par le partenariat (notamment en ce qui concerne le projet immobilier commun et les transferts de services). La mise en place de la nouvelle structure n'empêchera pas l'utilisation des conventions, qui compléteront ainsi l'action déjà menée par le groupement.

---

<sup>39</sup> Cf. supra partie 1.1.1.B.a).

<sup>40</sup> Convention signée le 23 décembre 1999 entre le CHV, l'AHNAC et l'ARH.

## B) Une solution insuffisante pour un projet de grande ampleur

Le partenariat engagé entre le CHV et la clinique Teissier comprend notamment une opération immobilière de grande envergure, à savoir la construction d'un bâtiment commun. Il s'agit d'un projet complexe, très technique, qui nécessite une collaboration approfondie des équipes techniques des deux entités. Les transferts d'activités médicales impliquent quant à eux une forte coopération des équipes médicales. Cette collaboration a permis de déboucher sur la définition concrète du projet commun.

En ce qui concerne les aspects immobiliers du projet, le choix opéré est de construire un nouveau bâtiment commun, sur le site actuel du CHV, afin d'éviter la délocalisation de la structure trop loin du centre-ville et de limiter le coût de cette opération. L'éclatement des sites et des plateaux techniques, l'existence de doublons entre les deux établissements, l'obsolescence voire la vétusté de certains locaux et équipements, tout concourrait à la réalisation de ce projet. Le futur bâtiment permettra de regrouper, dans le cadre du partenariat, l'intégralité des activités de court séjour de la clinique et de l'hôpital sur un site unique, à proximité des plateaux techniques. L'optimisation des ressources humaines et techniques, ainsi que le développement d'activités de pointe, sont également des objectifs forts, qui permettront de renforcer l'efficacité et l'attractivité de ce nouveau pôle de santé.

Le Programme Technique Détaillé (PTD), achevé mi-2001, a permis de dégager une estimation plus précise du coût réel des travaux à engager et de déterminer l'emplacement du futur bâtiment. Le choix est donc de développer le projet au niveau du parking actuel, dans la continuité du "Nouvel Hôpital" (bâtiment du CHV qui date des années 1980). Cet emplacement implique pour le centre hospitalier la recherche d'autres espaces de stationnement, ce qui s'est traduit par l'acquisition de parcelles de terrain voisines et par la construction d'un parking en superstructure. Le lancement du concours de maîtrise d'œuvre remonte à l'automne 2003, marquant ainsi le début de la concrétisation du projet immobilier commun, toujours pour l'instant sous l'égide du CHV. Cette opération est sans doute le symbole du tournant pris par la coopération entre les deux établissements.

En matière médicale, les avancées de la mise en œuvre du partenariat ont conduit à la définition d'un projet commun. Un protocole d'accord a été conclu entre les deux établissements, prévoyant notamment la nature des transferts de services, dans la logique de filières de soins qui avait été préalablement définie.

---

<sup>41</sup> CORNU G., in : HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S., *op.cit.* (note 1), pp.82-83.

Le choix d'un partage des activités médicales entre les deux entités résulte donc d'un raisonnement en terme de filières d'excellence, en prenant en compte la répartition des compétences qui préexistait, notamment en matière médicale. Le rattachement de la pneumologie à la clinique Teissier s'inscrit ainsi dans une logique historique, compte tenu du passé minier de cet établissement. La chirurgie thoracique, qui est une de ses autres spécificités, est conservée par la clinique, associée désormais à la chirurgie digestive, ce qui permet de développer une filière de prise en charge plus cohérente. En ce qui concerne les autres éléments, le CHV souhaitait être porteur d'un projet de pôle cardio-vasculaire, ce qui explique le maintien de la cardiologie, mais aussi de la chirurgie vasculaire, en son sein. Quant à la chirurgie orthopédique et traumatologie, la présence d'un seul praticien au niveau de la clinique, ainsi que la suppression prévue de son UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences), permettent d'expliquer aisément le choix du transfert vers le centre hospitalier.

Il convient toutefois de préciser qu'il n'y a pas eu de projet médical élaboré en amont de la prise de décision relative aux transferts d'activités. Ceux-ci sont le résultat d'une analyse effectuée sous l'égide des directions de l'époque, compte tenu des spécificités des deux entités, mais aussi d'aspects humains (comme le départ du chef de service de pneumologie du CHV). Des projets médicaux spécifiques ont ensuite été élaborés par chaque service, afin de préparer le rapprochement et de commencer véritablement à travailler ensemble.

Il ressort de ces éléments que la coopération engagée entre le CHV et la clinique Teissier est une opération complexe, recelant des facettes multiples. Si la simple formule conventionnelle, caractérisée par sa très grande souplesse, s'avère adaptée pour la première phase d'une telle collaboration, plus technique, elle se révèle en revanche insuffisante pour la poursuite du partenariat. Il manque en effet une structure permettant de répondre aux besoins d'un rapprochement multidimensionnel, en assurant notamment la coordination entre les différents aspects de la coopération engagée.

### **1.2.2 Le groupement d'intérêt économique : un choix par défaut ?**

Il fallait pour porter le partenariat une structure solide, capable de gérer la complexité et de s'adapter aux spécificités locales. Le choix des établissements s'est orienté dans un premier temps vers un GIE, dont la pertinence est désormais remise en cause.

#### A) Les raisons de ce choix initial

Le choix de la structure juridique utilisée dans le cadre du partenariat entre le centre hospitalier et la clinique Teissier est lié aux enjeux propres à cette opération de coopération. Il s'agit de permettre aux deux établissements de renforcer leur position dans le bassin du Valenciennois, grâce notamment à une mutualisation des moyens et au renforcement de la complémentarité des deux structures, mais tout en maintenant les deux entités distinctes.

Ainsi, le recours à une fusion des deux établissements ne constitue pas la finalité du projet, compte tenu notamment de l'appartenance de la clinique à un groupement plus large (l'AHNAC). Quant au réseau, son objet ne correspond pas au contenu de la coopération envisagée puisque le partenariat n'engage que l'aspect hospitalier de la prise en charge des patients, alors que les réseaux visent notamment à favoriser une plus grande ouverture de l'hôpital sur la ville.

D'autres modes de coopération auraient pu être envisagés, pouvant correspondre à une action entreprise par deux établissements, l'un étant un établissement public tandis que l'autre relève du statut PSPH.

Ainsi, le partenariat aurait pu prendre la forme d'un syndicat interhospitalier, qui constitue, avant les ordonnances de 1996 et 2003, « le mode privilégié de coopération institutionnelle au sein du service public hospitalier »<sup>42</sup>. Il s'agit d'une structure qui se superpose aux établissements qui en sont membres ; son fonctionnement et son régime financier sont les mêmes que ceux d'un Établissement Public de Santé (EPS). Son champ de compétences est très large, il permet de mettre en œuvre des actions de coopération approfondies. Cependant, sa gestion est très lourde (comme celle d'un EPS), ce qui rend difficile son utilisation dans le cadre d'une coopération telle que celle entre le CHV et la clinique Teissier. Pour un établissement PSPH, ce type de formule se révèle en effet source de lourdeurs trop importantes.

Autre formule désormais utilisable par les établissements sanitaires, le groupement d'intérêt public est une personne morale de droit public qui a pour objet de permettre à ses membres d'exercer ensemble des activités, pendant une durée déterminée, ou de créer et/ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités. Ce type de structure peut par exemple être utilisé pour la gestion d'un équipement lourd. Le cadre du GIP est public, mais sa comptabilité peut être de droit privé. Le recours à un GIP n'a pas été retenu, notamment en raison de

---

<sup>42</sup> Avis du Conseil d'Etat, Section Sociale, n°358047 du 1<sup>er</sup> août 1995.

la lourdeur relative de sa mise en place, puisque sa création doit être approuvée préalablement par les autorités de tutelle.

Enfin, le recours à un groupement de coopération sanitaire, structure créée dès 1996, a été écarté. Il aurait pourtant été envisageable depuis la loi du 4 mars 2002<sup>43</sup>, puisque désormais ce type de structure peut être créé par des établissements publics ou privés. Néanmoins, il a fallu attendre la parution de l'ordonnance du 4 septembre 2003, pour que le champ d'application des GCS soit mieux défini. Cette période est marquée par une incertitude juridique relative concernant les GCS, l'ordonnance étant attendue pour l'automne 2003 et les décrets d'applications pour 2004<sup>44</sup>. L'évolution du partenariat vers un GCS est donc repoussée à une date ultérieure, lorsque les incertitudes juridiques seraient levées.

Le choix de la structure s'oriente donc en mai 2003<sup>45</sup> vers un groupement d'intérêt économique, personne morale de droit privé qui a pour objet de faciliter et de favoriser l'activité économique de ses membres, en permettant un regroupement de moyens. Il doit être à durée déterminée, en l'occurrence quinze ans. A l'origine, ce type de groupement n'était pas destiné au domaine sanitaire. La possibilité de recourir au GIE comme forme structurelle de coopération sanitaire a été introduite au cours de l'examen de la loi de 1991.

Le choix du GIE procède de la grande souplesse de cette structure, et de son caractère consensuel dans le cadre d'une opération de coopération liant un établissement public et une clinique privée. En effet, le recours à une structure de droit privé peut rassurer les membres de droit privé, qui craignent le plus souvent le caractère contraignant des règles de droit public. Par ailleurs, la création d'un GIE s'avère moins procédurière que la mise en place d'un GIP ou d'un GCS : l'approbation des autorités de tutelle n'est par exemple pas requise, le GIE disposant de la personnalité morale dès son inscription au registre du commerce. La délibération des instances d'un établissement public relative à la création d'un groupement d'intérêt économique est en outre exécutoire de plein droit dès sa réception par le directeur de l'ARH. De plus, ce type de groupement ne nécessite ni apport ni capital, ce qui facilite le lancement d'une structure commune. Le GIE bénéficie d'autre part d'une grande souplesse de constitution, puisque la liberté contractuelle prévaut pour de nombreux éléments. Elle concerne notamment le rôle des

---

<sup>43</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>44</sup> Ces décrets d'application relatifs aux GCS ne sont toujours pas parus à l'heure actuelle.

<sup>45</sup> Rapport du Cabinet Orum : « Accompagnement juridique et organisationnel du rapprochement », 9 mai 2003.



différentes assemblées (ordinaires et extraordinaires) ; les conditions de nomination, de révocation, d'attribution des pouvoirs des administrateurs ; la répartition des voix au sein de l'assemblée générale ; les conditions de dissolution et de prorogation du groupement ; les modalités de liquidation et de partage des biens ; les conditions d'accueil et de retrait des membres.

C'est donc la forme du groupement d'intérêt économique qui a été choisie pour appuyer la coopération engagée entre le CHV et la clinique Teissier. Ce choix est dès le départ posé comme transitoire, puisque le contrat constitutif du GIE mentionne déjà la perspective de l'évolution vers un GCS, après la parution des textes attendus

#### B) Une structure inadaptée aux enjeux du partenariat ?

J'ai expliqué précédemment que le choix du GIE répond initialement à une certaine logique et que l'intérêt de cette structure est certain, compte tenu des enjeux du partenariat engagé. Souple, évolutive, légère, la structure de ce groupement permet de maintenir l'autonomie des deux établissements concernés et leur garantit une marge de manœuvre tout à fait satisfaisante.

La mission principale du GIE est de gérer et de coordonner le rapprochement entre les établissements, en traitant de nombreux aspects connexes : stratégie du rapprochement, recherche de financements, projet immobilier, mise en place du système d'information commun, aspects non médicaux de la coopération, relations avec les organismes extérieurs, gestion des conflits éventuels, etc. Le champ de compétences dévolu au GIE est donc particulièrement étendu, ce qui s'avère sans doute une source de difficultés pour l'exercice de ses missions : comment déterminer, pour chacune des thématiques concernées, ce qui relève de chacun des établissements ou de la structure centrale ? Plus précisément, comment le groupement peut-il agir sur un champ si vaste sans empiéter sur les compétences propres à chaque entité ? Dans les faits, des difficultés de fonctionnement sont apparues, qui justifient ce questionnement.

Le groupement d'intérêt économique fonctionne sur la base d'une délégation de pouvoir octroyée par ses membres au Conseil d'Administration (CA) du GIE. Le CA est composé de deux administrateurs co-gérants : le directeur du CHV et le directeur de l'AHNAC ; ainsi que de onze membres à voix consultative : des représentants des deux établissements à parité, auxquels s'ajoute le directeur du GIE. Celui-ci bénéficie d'une délégation de la part du conseil d'administration, notamment pour ce qui concerne la gestion courante du partenariat. Son rôle est donc déterminant quant à l'équilibre du groupement et au maintien de bonnes relations entre les membres.

Le positionnement du directeur du GIE peut s'avérer délicat, en raison à la fois de l'ampleur de la tâche dévolue au groupement, mais aussi des choix qui ont été opérés au moment de sa désignation. Le directeur du GIE actuellement en fonction est le troisième depuis la création du groupement (c'est-à-dire depuis novembre 2003). Cette fonction a été assurée par intérim au départ, par le représentant du cabinet de consultants qui avait participé à la mise en place du groupement<sup>46</sup>. À l'issue de cette période d'intérim, un autre directeur, choisi par le CA du GIE, n'est resté en fonction que quelques mois (jusqu'au mois de mars 2005). Il a ensuite pris les fonctions de directeur de la clinique Teissier, après le départ en retraite du précédent directeur. Le troisième directeur choisi pour le GIE est un directeur d'hôpital, qui était jusque là en poste au CHV. C'est lui qui assume aujourd'hui encore les fonctions de directeur du GIE. Les choix opérés en la matière m'amènent à soulever la question de l'impartialité du directeur du GIE, qui peut être amené à jouer un rôle d'arbitre en cas de conflit entre les membres. Sans remettre en question les personnes qui ont occupé ce poste et qui se sont efforcées de maintenir leur neutralité, il me semble que ce choix pourrait s'avérer préjudiciable en cas de crise de plus grande ampleur. Pour assurer la pérennité du partenariat, mais aussi pour éviter de placer la personne concernée dans une position délicate, il faudrait à mon sens poser soit le principe d'un recrutement extérieur aux partenaires, soit a contrario celui d'une direction tournante, afin d'assurer l'équité entre les membres. Les relations partenariale ne pourront en être que facilitées.

Un autre point sensible réside dans le fait que les membres du GIE sont indéfiniment responsables des dettes du groupement à l'égard des tiers ; cette responsabilité n'est donc pas fonction des parts ou de l'apport. En l'occurrence, les parts sont ici égales pour les deux partenaires : 50% pour le CHV et 50% pour l'AHNAC. Cette responsabilité totale de chacun des membres pose problème dans la perspective de la mise en œuvre du projet immobilier commun, puisque l'AHNAC, au travers de la clinique Teissier, pourrait théoriquement porter la responsabilité de la totalité des dettes contractées, alors que son utilisation du bâtiment a été estimée à environ 15% (en terme de surfaces occupées). Ce point est d'autant plus crucial que, dans le cadre d'un GIE, il n'est possible de s'exonérer de la solidarité entre membres qu'à condition de faire figurer dans les statuts ou dans le règlement intérieur une clause permettant d'exclure pour chaque membre ou pour certains d'entre eux la solidarité dans les rapports avec les tiers contractants. Une telle clause devrait de plus figurer dans chaque contrat ou marché conclu avec un tiers pour être opposable le cas échéant, ce qui renforce la complexité de ce système dans l'optique d'une application effective au partenariat entre le CHV et la

---

<sup>46</sup> Il s'agit du cabinet Orum, dont le travail a déjà été mentionné.

clinique Teissier. La logique voudrait donc que les responsabilités liées aux dettes du groupement, pour le moins en matière immobilière, soient proportionnelles à l'utilisation du futur bâtiment par les membres, à savoir 85% pour le CHV et 15% pour l'AHNAC. C'est le choix qui sera opéré dans le cadre de la nouvelle structure, comme nous le verrons plus tard, choix qui semble plus logique compte tenu des enjeux financiers que représente notamment la construction du bâtiment de haute technologie.

Nous avons donc pu relever plusieurs points d'achoppement concernant l'adaptation de la formule du GIE au partenariat unissant le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier. Cette relative inadaptation est d'ailleurs confirmée par l'absence de référence au groupement d'intérêt économique dans le code de la santé publique, puisqu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une structure de coopération « sanitaire ». Ainsi, du point de vue de la tutelle, les deux entités membres du GIE restent totalement distinctes, avec des autorisations différentes<sup>47</sup>.

Non conçu pour prendre en compte de façon optimale les spécificités du domaine sanitaire, le groupement d'intérêt économique ne semble donc pas une formule idéale pour l'opération qui nous intéresse ici. Les membres de cette structure en ont pleinement conscience, dans la mesure où il est inscrit dans le contrat constitutif du GIE qu'il est notamment chargé de préparer les évolutions structurelles, à savoir l'évolution vers une autre forme juridique de coopération.

---

<sup>47</sup> Même si certains GIE ont obtenu des autorisations d'équipements lourds, mais cela varie en fonction de la pratique des différentes ARH. C'est le cas dans la région Nord Pas-de-Calais pour des GIE constitués à Arras, Douai ou encore Béthune.

## 2 ÉVOLUTION JURIDIQUE DU GROUPEMENT : VOLONTÉ POLITIQUE ET RÉPONSE À DES CONTRAINTES MULTIPLES

Le choix du recours à une autre formule de coopération sanitaire répond à une double exigence : il est issu à la fois de la volonté forte des partenaires, mais aussi des enjeux effectifs de cette coopération et de son évolution.

### 2.1 Mutations d'un projet multiforme et contraint

Le changement juridique de structure de coopération s'inscrit dans un contexte particulier et a été largement influencée par les évolutions qui ont marqué le déroulement du projet. La concrétisation d'une opération de cette ampleur est en effet nécessairement rythmée par les accélérations ou les ralentissements du processus, voire par des contretemps, qui sont fonction autant de facteurs extérieurs que d'une volonté clairement établie et exprimée.

#### 2.1.1 Les aléas de la mise en œuvre effective du partenariat

La mise en œuvre effective d'un tel projet peut receler de nombreuses sources potentielles de ralentissement, voire de blocage. Les modifications de calendrier comme la lenteur des processus d'apprentissage réciproque sont autant de points sensibles dont il faut tenir compte.

A) Des péripéties inhérentes à un projet à long terme

a) *Une contingence liée à la complexité du projet*

Lors de la mise en œuvre concrète de la coopération, des difficultés particulières peuvent apparaître, en raison notamment de la multiplicité des acteurs concernés, mais aussi de la complexité technique d'un tel projet.

La gestion des temporalités prend alors une importance toute particulière. L'enjeu est double à cet égard puisqu'il s'agit à la fois de respecter les délais et le calendrier initial, ce qui est perçu comme un indicateur du succès ou non du changement considéré, mais également d'assurer la nécessaire articulation du projet avec les autres temporalités, dont il faut pouvoir anticiper l'impact potentiel. Les acteurs du projet sont face à des « processus décisionnels entremêlés, du fait des différents niveaux de responsabilité et de décision impliqués dans les démarches de changement, de la succession éventuelle

des décideurs internes [...] et des influences des acteurs externes [...] »<sup>48</sup>. Les facteurs sont en effet multiples, qui expliquent les écarts entre le prévisionnel et le réalisé, entre la définition du projet et sa concrétisation.

Le risque existe donc d'un décalage entre les enjeux définis au moment du lancement du projet et ceux qui sont apparus au cours de la réalisation ou même avant celle-ci. Transparaît ici la difficulté à laquelle sont confrontés les décideurs hospitaliers pour concilier réactions à court terme et mise en œuvre de visées à moyen et long terme. Ce dilemme peut conduire à la production de décisions et de contre-décisions, qui peuvent également être analysées sous l'angle d'une articulation insuffisante entre les sous-projets qui constituent le rapprochement et les acteurs qui les portent. Ces pérégrinations inhérentes à la conduite de projets de grande envergure peuvent nuire à la lisibilité de l'opération, en l'absence d'une communication adaptée. « Pour que le changement réussisse, il faut qu'il y ait cohérence entre les principes, les transformations structurelles et les pratiques émergentes. Or, entre les grandes orientations et la déclinaison opérationnelle se situe un mouvement d'aller-retour dans lequel peuvent se glisser des zones d'ombre »<sup>49</sup>. Ce sont ces zones d'ombre qui constituent le point critique, dans la mesure où les opposants au projet sont susceptibles de les utiliser à leur profit. Un important travail d'explication, voire parfois de justification, s'avère alors nécessaire, afin de maintenir une certaine cohésion interne et d'assurer le soutien des différents acteurs au projet.

A cet égard, l'exemple des transferts d'activités entre le CHV et la clinique Teissier et de leur calendrier est particulièrement révélateur, à la fois des contingences du projet mais aussi des enjeux des choix opérés au fil de la réalisation du projet.

#### *b) Le choix d'une anticipation de certains transferts*

Le principe des transferts d'activités entre les deux établissements dans le cadre du partenariat, ainsi que les services concernés, ont été arrêtés assez rapidement, comme je l'ai déjà évoqué. Cependant, en raison du retard pris par le projet immobilier, dont la concrétisation est désormais prévue pour 2008, la question s'est posée de l'opportunité d'anticiper certains de ces transferts.

Les enjeux d'une telle démarche sont multiples : il s'agit à la fois de répondre à des obligations légales (par exemple avec l'absence d'autorisation pour le service d'urgences de la clinique), de pallier aux difficultés en terme de recrutement médical dans

---

<sup>48</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALAUURIE C. et al., *op.cit.* (note 13), p.187.

<sup>49</sup> MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., *op.cit.* (note 16), p.48.

certaines spécialités (notamment en pneumologie, où les deux services rencontrent des problèmes pour l'organisation des gardes), mais aussi d'inscrire le partenariat dans les faits en attendant la construction du futur bâtiment commun.

Le choix a donc été fait de procéder à une anticipation du rapprochement, par des transferts de services entre les deux établissements avant la construction du nouveau bâtiment commun. Les services concernés sont les urgences dans un premier temps<sup>50</sup>, puis les services de pneumologie, de cardiologie et de chirurgie orthopédique et traumatologie<sup>51</sup>. Il peut s'agir d'un élément d'explication de la mise en place rapide du GIE, pour répondre aux difficultés concrètes posées par ces transferts précoces.

Plusieurs principes ont été définis afin d'assurer leur bon déroulement. Il s'agissait de conserver la lisibilité des deux établissements, de n'envisager que des opérations pérennes afin de ne pas obérer les capacités financières des deux entités, d'intégrer les besoins et les contraintes médicales, de respecter les contraintes organisationnelles (principalement d'éviter d'éloigner les services des plateaux techniques et d'éviter de séparer les services sur plusieurs sites), ainsi que d'intégrer les contraintes sociales. Dans cette optique, des dossiers ont été déposés au CROS en mai et juin 2005, concernant les transferts des services de pneumologie, cardiologie et chirurgie orthopédique. Leur reconnaissance par l'autorité de tutelle permettra en effet d'assurer leur pérennité et donc d'engager davantage encore les deux établissements dans la voie de la coopération.

Ce choix présente l'avantage certain d'un apprentissage du fonctionnement en commun pour les équipes issues des deux établissements, avant d'intégrer les nouveaux locaux. Elle permet également de traiter en amont d'aspects très concrets tels que les transferts de personnels, qui constituent des aspects socialement très sensibles. Toutefois, il me semble que cette opération de transferts anticipés manque de clarté dans le contexte actuel : la situation ne pourra être réellement clarifiée que lorsque le nouveau bâtiment sera construit et occupé. Les nouvelles identités des deux établissements seront alors plus clairement perceptibles pour les patients et l'environnement extérieur, mais aussi pour les acteurs internes des deux établissements.

Cette anticipation des transferts d'activités est donc un exemple d'adaptation du projet aux évolutions de son calendrier. Elle permet de concrétiser le partenariat bien en amont de la construction du nouveau bâtiment commun ; il s'agit là, de mon point de vue,

---

<sup>50</sup> Convention de coopération relative au Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU), signée en octobre 2003.

<sup>51</sup> Le transfert de ces trois services était initialement prévu en 2005 ; il sera effectif au 1<sup>er</sup> janvier 2006.

d'une option stratégique importante, qui devrait permettre de faciliter à terme l'investigation des nouveaux locaux et le développement d'organisations partagées.

B) Le long apprentissage du fonctionnement en commun

a) *Apprentissage et conduite du changement*

La dimension d'apprentissage réciproque constitue un élément incontournable d'une opération de rapprochement telle que celle qui nous intéresse ici. L'investigation de locaux communs aux deux structures nécessitera de mettre à plat les organisations de chacune, afin de pouvoir concilier leurs exigences mais aussi et simplement de parvenir à travailler ensemble dans de bonnes conditions.

Ce processus nécessite du temps compte tenu des échéances rythmant la réalisation du projet, notamment en ce qui concerne ses aspects immobiliers. Alors que le principe de l'intégration de la clinique Teissier dans le projet a été posé en 1999, il a fallu attendre l'automne 2003 avec le lancement du concours pour que commence la concrétisation architecturale de ce projet. Les étapes se sont ensuite succédées, avec le choix de la maîtrise d'œuvre en avril 2004, l'obtention d'une esquisse en juin 2004, la validation de l'APS (Avant Projet Sommaire) fin 2004. L'APD (Avant Projet Définitif) a quant à lui été finalisé en avril 2005, ce qui permettra de lancer l'appel d'offres travaux à l'automne, en principe dans le courant du mois d'octobre 2005. La construction de l'extension devrait être achevée en juillet 2008, ce qui permettra de procéder ensuite à la restructuration du bâtiment existant (jusqu'en juin 2009), ainsi qu'aux travaux nécessaires pour l'accueil du pôle de moyen séjour sur le site de la clinique. Les délais courants entre la définition initiale du projet et sa réalisation sont donc particulièrement longs (presque dix ans ici), rythmés par les étapes incontournables de la procédure et par les aléas qui interfèrent avec elle. En tenant compte de cette temporalité et pour permettre une transition entre les modes de fonctionnement initiaux des équipes et les organisations qui prévaudront dans la nouvelle structure commune, il faut introduire, dans la conduite du changement elle-même, les éléments qui permettront à terme de collaborer efficacement.

Cette phase d'apprentissage et d'intégration de nouveaux outils communs doit être envisagée sur le long terme : elle intervient en amont, au moment du transfert, mais se prolongera également après l'ouverture du nouveau bâtiment. Comme le souligne Philippe RAULT-DOUMAX, «les réformes du système de santé incitent partout à un travail en collaboration. Celui-ci passera par l'apprentissage des compétences de l'autre où chacun a toujours quelque chose à apprendre. D'organisations concurrentes, la

transformation en organisations apprenantes témoignera d'une stratégie de conversion réussie »<sup>52</sup>.

La conduite du changement dans une optique de coopération soit s'inscrire dans une logique d'interactivité, afin de parvenir à instaurer « une dynamique progressive de développement global qui se nourrit d'elle-même »<sup>53</sup>. Les processus d'apprentissage collectif constituent un facteur clé du bon déroulement de ce type d'opération pour laquelle, au-delà des seuls aspects techniques, ce sont les éléments humains et interpersonnels qui s'avèrent déterminants. La mise en commun de modes de fonctionnement et d'organisations revêt dès lors une importance cruciale et nécessite une implication constante des acteurs de terrain, comme l'illustre l'exemple développé ci-après.

#### *b) L'exemple de la définition d'un système d'information commun*

La répartition des activités de soins entre les deux établissements ainsi que le fonctionnement à terme dans un bâtiment commun nécessitent de pouvoir échanger des informations relatives aux patients pris en charge. En effet, cette spécialisation qui s'accompagne du partage des plateaux techniques suppose une plus grande implication des deux structures, donc des cheminements cliniques croisés de patients entre les deux établissements plus fréquents. Les systèmes d'information doivent donc s'adapter, afin de refléter cette exigence opérationnelle et médicale. Ce dossier ou sous-projet est révélateur de la complexité du partenariat engagé, dans la mesure où il implique à la fois les acteurs locaux, à savoir le CHV et la clinique Teissier, mais également le groupe AHNAC dans son ensemble ainsi que la SSM (Société de Secours Minier). Les éléments définis en commun le seront en effet à l'échelle du groupe, ce qui représente au total un ensemble hospitalier de plus de 2.600 lits. A cet égard, il s'agit donc bien d'une stratégie d'envergure, qui contribuera à lier davantage les deux établissements, et leur permettra de disposer d'une taille suffisante pour diminuer les coûts d'acquisition des logiciels correspondant.

Dans cette optique de mise en commun, deux éléments sont incontournables pour permettre une bonne transmission des données retenues. Le premier concerne la gestion des identités patients, laquelle sera opérée au travers d'un Serveur d'Identité Commun (SIC). Il s'agit d'attribuer à chaque patient une identification unique, qui pourra être utilisée indifféremment par les services de l'AHNAC ou par ceux relevant du centre hospitalier.

---

<sup>52</sup> RAULT-DOUMAX P., Établissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ?, Condé-sur-Noireau : L'Harmattan, avril 2005. p.153.

<sup>53</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALAUURIE C. et al., *op.cit.* (note 13), p.195.



L'objectif est de limiter autant que possible l'existence de doublons<sup>54</sup> ou de collisions<sup>55</sup>, afin de faciliter le suivi des patients et leur transfert éventuel vers un service relevant d'une autre entité.

Le second élément est relatif au partage de données contenues dans les dossiers administratif, médical et de soin du patient, ce qui passe par la définition d'un Dossier Unique du Patient (DUP) commun. Cette problématique s'avère particulièrement complexe, compte tenu à la fois de la pluralité des structures impliquées (CHV, AHNAC, SSM), de la variété des informations concernées, des exigences en terme de sécurité et de confidentialité, des interfaces désormais indispensables (en lien notamment avec le lancement du dossier médical partagé), ainsi que des normes informatiques à respecter et de l'évolution rapide des technologies.

La mise en place de ces fonctionnalités communes aux différents intervenants a fait l'objet de nombreuses rencontres entre les professionnels du CHV et de l'AHNAC (notamment ceux des services informatique et d'information médicale). Le temps nécessaire à la mise à plat des organisations actuelles, à la définition du champ d'application de ces deux projets ainsi que des exigences communes exige une vraie anticipation. Les partenaires ont fait le choix de recourir à une société extérieure, ce qui permet de bénéficier d'une expertise, mais aussi d'une plus grande impartialité. Ce travail de fond a permis d'initier un processus d'apprentissage réciproque dans un domaine désormais hyper-spécialisé, comme l'illustre l'utilisation pour le SIC d'un outil d'échange de données entre applications déjà mis en œuvre par l'AHNAC. L'appel d'offre relatif à ces deux dossiers devrait être lancé par le GIE avant la fin de l'année 2005. Toutefois, certains points devront encore être réglés avant d'intégrer le bâtiment commun, comme la question du chaînage des séjours inter-établissements ou encore la mise en place effective d'une cellule d'identito-vigilance commune.

La coordination des processus supports tels que l'informatique, en tant qu'élément participant à la logique d'apprentissage qui sous-tend la réalisation très concrète de cette opération, s'inscrit donc dans une démarche de long terme. Son articulation avec les autres projets de chacune des entités explique en partie la longueur de la démarche, avec laquelle les intervenants doivent pouvoir jongler.

La mise en œuvre du rapprochement est donc marquée par ses aléas et par les délais qu'impose la mise en commun des structures. L'analyse des contraintes financières

---

<sup>54</sup> Plusieurs identifiants pour un même patient.

<sup>55</sup> Un seul identifiant réunissant plusieurs identités (patients).

et architecturales permettra quant à elle de mieux saisir les enjeux qui ont présidé au changement de la structure juridique du groupement.

### **2.1.2 Une opération sous contraintes**

Au-delà des contingences temporelles et de la nécessaire adaptation de la politique engagée, les choix opérés ont été contraints par la complexité du projet et par le caractère déterminant de certains de ses enjeux, principalement financiers. La recherche de solutions juridiques pertinentes est dès lors largement dépendante des caractéristiques techniques de ce projet.

#### A) De forts enjeux financiers

##### a) *La recherche d'un équilibre*

Pour chacun des établissements qui y sont engagés, l'impact de ce projet est potentiellement déterminant, notamment en ce qui concerne les aspects purement financiers. Dans un contexte difficile caractérisé par le rationnement des ressources, c'est l'équilibre économique des structures qui est en jeu.

Cet aspect est apparu très en amont, dès la détermination de la nature des transferts de services. En effet, chacune des activités concernées a fait l'objet d'une valorisation détaillée en points ISA (Indice Synthétique d'Activité), permettant de s'assurer de la viabilité de chacune des structures suite au partenariat. Les calculs effectués l'ont été dans l'hypothèse d'une activité constante, dégageant une légère baisse pour le centre hospitalier et, a contrario, une progression de l'activité de la clinique<sup>56</sup>. Cet écart est lié essentiellement au transfert du service de pneumologie. La hausse de l'activité attendue par les établissements, compte tenu de l'attractivité du nouveau bâtiment, devrait à terme permettre d'assurer l'équilibre des échanges engagés. Cette analyse s'inscrit dans la perspective du principe d'équilibre qui est posé depuis le lancement du projet.

Ces éléments montrent que la recherche du maintien de l'équilibre économique des deux établissements a guidé l'ensemble du processus. Le succès de l'opération ne peut en effet être à sens unique, mais doit s'accompagner d'une amélioration simultanée de la situation des deux entités. Dans un contexte financièrement morose, marqué au sein du CHV par l'application d'un plan d'économie conséquent, une détérioration liée aux

---

<sup>56</sup> Données présentées dans les dossiers de transferts d'activités et dans le rapport du Cabinet Orum : « Accompagnement juridique et organisationnel du rapprochement », 9 mai 2003.

transferts d'activités ne manquerait pas de provoquer un certain désenchantement en interne.

Par ailleurs, les expertises menées en 1997 et 2004 par la trésorerie générale ont démontré que le CHV n'était pas capable d'assurer seul le financement du projet. Ces éléments ont permis de renforcer la légitimité de l'éligibilité de ce dossier au plan « Hôpital 2007 », qui se traduit comme je l'ai précisé dans la première partie par une aide importante en exploitation. Mais au-delà de cet appui financier extérieur, la concrétisation de ce projet immobilier nécessite de la part de l'établissement des efforts importants en interne. Ainsi, la diminution de la Dotation Non Affectée (DNA) permettra de financer une partie du projet, grâce à la vente de terres et d'immeubles de rapport. Le plan d'économies évoqué ci-dessus est également un gage des efforts engagés par le centre hospitalier, de même que la diminution des capacités d'accueil dans le secteur des personnes âgées.

La priorité accordée à la mise en place de ce bâtiment commun se traduit donc par des efforts importants en termes économiques. Cela se vérifie d'autant plus que, jusqu'à présent, l'ensemble du projet est porté par le CHV. En effet, en l'absence de structure commune prenant en charge la construction du bâtiment, le centre hospitalier a notamment financé les études préalables, ainsi que la réalisation du programme et des avant-projets. C'est donc sur lui que pèse pour l'instant le coût de l'opération, qui sera à terme supporté par les deux établissements. Cette situation, même provisoire, est toutefois difficile à gérer, dans la mesure où les finances de la structure étaient déjà auparavant dans une situation délicate. Cela explique sans doute en partie certaines difficultés, certes ponctuelles, qui ont marqué les étapes de la mise en œuvre de la coopération.

#### *b) L'exemple du service des urgences commun*

L'anticipation de la mise en place d'un SAU unique est à mon avis révélatrice des tensions existantes entre les deux entités en matière financière. Le service est désormais porté par le centre hospitalier alors que la clinique Teissier n'avait plus d'autorisation pour son propre service. Le choix a été fait de maintenir dans un premier temps un service bipolaire, avec une activité sur chacun des sites.

Cette pratique s'est avérée très coûteuse pour le CHV, puisque le service fonctionnant sur le site de la clinique ne permet pas de récolter des recettes suffisantes pour couvrir les dépenses engagées. Cette situation est liée à la fois à la faiblesse de l'activité enregistrée sur le site (4.625 passages en 2004 pour 51.120 passages sur le site du CHV), ainsi qu'au changement du mode de tarification intervenu après la décision de

maintien des deux sites<sup>57</sup>. En effet, la tarification à l'activité a introduit un mode de financement spécifique pour les urgences, avec un forfait annuel qui varie en fonction du nombre total de passages, auquel se rajoute un forfait par passage non suivi d'hospitalisation.

Ce nouveau mode de financement des services d'urgences a eu un impact à plusieurs niveaux. Tout d'abord, concernant le forfait global, la somme que touche le CHV concerne l'ensemble du service, sans prendre en compte la dispersion des sites concernés. Or, celle-ci exige des ressources supplémentaires, humaines comme matérielles, dont le financement n'est pas couvert par la dotation obtenue : le nombre de passages enregistrés au niveau de la clinique ne permet pas en effet de passer à une tranche supérieure pour le forfait urgences. D'autre part, si le financement complémentaire est clair pour les passages non suivis d'hospitalisation (25 euros par passage), la répartition des recettes est moins évidente en ce qui concerne les patients hospitalisés après être passés par les urgences. Pour ces derniers, l'établissement touche une somme en fonction de leur pathologie, qui correspond à un GHS (Groupe Homogène de Séjours). Le coût du passage aux urgences est donc compris dans le tarif du GHS correspondant. Cette nouvelle tarification, intervenue après le transfert des urgences vers le CHV et après la décision de maintenir un service bipolaire, complique donc la répartition des coûts et des financements. Ainsi, pour un patient arrivé aux urgences sur le site de Teissier et accueilli dans un service d'hospitalisation de la clinique, un reversement peut être envisagé au profit du CHV. Cependant, les deux établissements peinent à trouver un terrain d'entente sur ce point, alors que le taux de TAA n'est pour l'instant que de 25%. Les relations entre les directeurs financiers se sont d'ailleurs nettement dégradées depuis le début de l'année.

La naissance de tensions, qui pèsent ensuite sur l'ensemble de la coopération, est le signe de l'impact potentiel de ces problématiques financières. Les difficultés rencontrées en la matière prennent souvent une très grande ampleur, ce qui peut sembler démesuré compte tenu des enjeux plus larges de la coopération engagée. La recherche de limitation des coûts et d'optimisation des moyens, qui est sous-jacente à ces questions, peut d'ailleurs entrer en contradiction avec certaines décisions politiques. Ainsi, il a été convenu de maintenir ce système d'urgences bipolaires jusqu'à la date des premiers transferts de services, afin d'assurer un recrutement suffisant pour les services de la clinique, en dépit de la logique purement économique.

---

<sup>57</sup> Lancement de la TAA au 1<sup>er</sup> janvier 2004 alors que la convention de coopération relative au SAU prenait effet en juin 2003.

Les tensions apparues en matière financière, qui s'apparentent parfois à de réelles « querelles de clochers »<sup>58</sup>, sont le révélateur des efforts à consentir de part et d'autre pour assurer la concrétisation du projet engagé. Un arbitrage extérieur, qui pourra être assuré par la structure commune, permettra peut-être de lisser ces tensions et d'éviter l'émergence de conflits plus directs. Cet aspect est primordial, compte tenu des sommes en jeu et de la complexité du projet architectural à venir. L'efficacité et l'acceptabilité de cet arbitrage par chacun des établissements passera nécessairement par une bonne connaissance des coûts, ce qui nécessite d'avoir recours à une comptabilité analytique performante.

Le projet du CHV et de la clinique Teissier est donc soumis à des contraintes économiques significatives, qui pèsent également sur le choix du groupement. A celles-ci s'ajoutent des contraintes techniques, liées notamment aux aspects architecturaux.

B) Un projet immobilier complexe

a) *Des contraintes architecturales réelles*

Le choix de la formule permettant la construction du bâtiment commun est un moment délicat, dans la mesure où les implications potentielles sont importantes pour les deux établissements. Pour la clinique Teissier notamment, les incertitudes sont grandes, compte tenu de l'emplacement choisi pour ce bâtiment, à savoir sur des terrains appartenant au CHV. La prise de risque étant non négligeable, le groupe AHNAC a cherché à renforcer son emprise sur l'opération de construction de ce qu'on appelle la « barrette Teissier » et qui, tout en étant pleinement intégrée avec les locaux réservés au centre hospitalier, se distingue visuellement pour permettre le maintien de la lisibilité des deux entités<sup>59</sup>.

L'hypothèse de départ retenue pour l'opération de construction du bâtiment commun était donc la suivante : l'AHNAC devait être chargée de la construction de la « barrette Teissier » sur sol d'autrui, en l'occurrence sur le domaine public du centre hospitalier, dans le cadre d'un bail emphytéotique. Dans cette optique, le financement de la construction de cette « barrette Teissier » est supporté par l'AHNAC et la propriété des constructions revient au CHV à l'issue du bail.

---

<sup>58</sup> Selon les termes utilisés par un interlocuteur du CHV.

<sup>59</sup> Cf. en annexe 3 les esquisses du bâtiment où les locaux réservés à la clinique apparaissent en marron, parallèlement à l'avenue.

Cette hypothèse initiale a cependant dû être retravaillée, les deux partenaires ayant été confrontés à des difficultés dans la mise en œuvre du montage juridique et financier correspondant. Ces difficultés sont liées au constat architectural qui a été opéré au stade de la préparation de l'APD, et qui prend en compte principalement l'imbrication très forte des locaux des deux entités. Ainsi, il convient de noter l'existence de nombreux débords, c'est-à-dire que certains locaux situés dans la zone relevant théoriquement du CHV sont en pratique occupés par la clinique Teissier<sup>60</sup>. Le nouveau bâtiment est également caractérisé par son unité architecturale, ainsi que par la co-utilisation systématique de certains locaux (notamment les plateaux techniques) et équipements (production énergétique, fluides médicaux, etc.). Le découpage du bâtiment pour permettre à la clinique Teissier d'assumer la construction des parties qui lui reviennent s'avère donc assez périlleux, même si il n'est pas impossible. On aurait ainsi pu envisager un découpage en volumes de ce bâtiment, avec une répartition de la maîtrise d'ouvrage qui soit aussi proche que possible de l'exploitation réelle des locaux.

Cependant, il convient de préciser que l'existence de deux maîtrises d'ouvrage séparées est source de difficultés complémentaires. Je pense notamment à la scission du marché de maîtrise d'œuvre, à la nécessité de déposer deux permis de construire, à la problématique de l'identification des marchés liée aux difficultés techniques rencontrées pour scinder certains éléments, à la complexité de la division en volume évoquée ci-dessus, à l'inapplication du régime de la copropriété sur le domaine public, ainsi qu'à la nécessité d'appliquer la réglementation concernant les Établissements Recevant du Public (ERP) qui concernera le bâtiment dans son ensemble.

Les contraintes architecturales sont donc réelles ; elles ont conduit les établissements à revoir leur position quant aux modalités de la construction du bâtiment commun.

*b) L'éventualité du recours au BEAH : un moyen juridique inadapté ?*

Comment les deux établissements impliqués peuvent-ils faire face à ces contraintes architecturales et techniques ? Le recours aux instruments rénovés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 a été envisagé dans un premier temps, plus particulièrement s'agissant du recours à un Bail Emphytéotique Administratif Hospitalier (BEAH). Le nouvel article L.6148-2 du code de la santé publique prévoit en effet que l'article L.451-1 du code rural régissant les baux emphytéotiques est applicable aux

---

<sup>60</sup> Cf. en annexe 3 les plans de deux étages du futur bâtiment où les débords de la «barrette Teissier » (située en bas) sur les locaux prévus pour le CHV apparaissent clairement.

établissements de santé, « en vue de l'accomplissement [...] d'une mission concourant à l'exercice du service public dont ils sont chargés ou en vue de la réalisation d'une opération d'intérêt général relevant de leur compétence ». Ce type de bail s'apparente à un contrat de location de longue durée (de 18 à 99 ans) qui « confère au preneur un droit réel susceptible d'hypothèque »<sup>61</sup>. En fin de bail, le bailleur devient propriétaire des constructions et des aménagements réalisés par le preneur sur l'immeuble loué, ce qui permet de respecter le principe d'inaliénabilité du domaine public.

Ce type de montage juridique peut servir de cadre à des projets immobiliers concrétisés au travers d'opérations de partenariat<sup>62</sup>. Une telle formule permet donc de construire le partenariat sur le long terme et de rassurer la clinique comme le groupe AHNAC, en leur assurant une prise plus importante sur le bâtiment qui leur est destiné.

Le recours à ce type de structure présente toutefois plusieurs inconvénients. Les contraintes architecturales évoquées ci-dessus compliquent en effet le découpage à effectuer entre les deux entités : il faut passer par une division en volume, laquelle n'est pas aisée compte tenu de l'imbrication profonde des deux bâtiments. Se pose également dans la même optique la problématique des locaux communs (vestiaires, entrée, etc.) et des équipements co-utilisés, ainsi que celle de l'unité architecturale de fait du bâtiment. Le recours à un BEAH aurait été facilité si les locaux destinés à la clinique Teissier étaient situés dans un bâtiment effectivement distinct, ce qui n'est pas le cas ici.

Le choix opéré en définitive est donc de renoncer à cette formule engageant directement les partenaires entre eux, mais de favoriser le recours à une autre structure juridique de coopération, laquelle sera plus spécifiquement orientée vers les aspects immobiliers du partenariat. Cette structure sera donc chargée de la maîtrise d'ouvrage pour la construction du bâtiment commun et son exploitation. Ce choix nécessitait, de la part de la clinique, de renoncer à la propriété de ses nouveaux locaux, ce qui est un changement d'orientation fort de la part de ses dirigeants. L'interdépendance des deux entités en ressort encore renforcée.

Les évolutions du projet et les contraintes croissantes qui s'y rapportent ont donc poussé le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier à revoir les modalités de leur partenariat. Comme cela avait été initialement prévu, la structure juridique actuelle va céder la place à un groupement de coopération sanitaire, dont le champ de compétence sera redéfini.

---

<sup>61</sup> Article L.451-1 du code rural.

<sup>62</sup> Article L.6148-2 du CSP.

## **2.2 Le choix d'un groupement de coopération sanitaire de droit public**

Suite aux évolutions intervenues dans le partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier et aux modifications de la réglementation, les deux établissements ont choisi de procéder rapidement au changement de la structure juridique liée à leur coopération. Si le choix du groupement de coopération sanitaire peut sembler assez évident, la délimitation de son champ de compétences est quant à elle sujette à davantage de questions.

### **2.2.1 Une structure juridique mieux adaptée aux besoins de la coopération**

L'évolution des textes relatifs aux GCS fait désormais de ceux-ci l'instrument privilégié de la coopération en matière sanitaire. Cet outil renouvelé permet dès lors de répondre plus largement aux besoins apparus dans le cadre du partenariat entre le CHV et la clinique Teissier.

#### **A) Nouveau GCS, nouvelles opportunités**

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a permis, entre autres mesures relatives au domaine sanitaire, de préciser le cadre du champ d'application, de la composition et du fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

Le nouvel article L.6133-1 du CSP définit ainsi l'objet du GCS : « Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut :

1. Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;
2. Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins [...] ».

Les compétences susceptibles d'être exercées par les GCS sont donc élargies et clarifiées, ce qui permet aux établissements de santé de disposer d'un instrument de coopération plus souple, donc mieux adaptable aux situations particulières. La place que ces GCS sont appelés à occuper est nettement renforcée par les nouvelles dispositions législatives. Certes, « le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement



de santé. Toutefois il peut être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé [...] il peut également être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux »<sup>63</sup>. Les missions de ce type de structures de coopération s'avèrent donc renforcées par ces nouvelles dispositions. A ce titre, les GCS sont appelés à un rôle beaucoup plus structurant que les autres formules de coopération en terme de politique sanitaire, devenant selon Renaud DOGIMONT l'« adéquat pivot de restructuration du tissu sanitaire à l'échelon régional, puis après déclinaison, au niveau des territoires de santé »<sup>64</sup>.

D'autre part, les nouvelles dispositions permettent d'associer au sein des groupements de coopération sanitaire les établissements de santé (quel que soit leur statut), les établissements médico-sociaux et les professionnels libéraux, voire le cas échéant d'autres intervenants des secteurs sanitaire et social. « Désormais, par-delà les clivages juridiques des ensembles sanitaires inhérents à leur condition de service public hospitalier, de PSPH ou de [...] droit privé, le GCS est appelé à devenir la forme essentielle des rapprochements entre les acteurs structurant le tissu sanitaire local »<sup>65</sup>.

Grâce à l'association d'acteurs plus diversifiés, ainsi qu'à l'extension des compétences désormais offertes aux GCS, ceux-ci peuvent désormais servir de cadre à la réalisation de prestations médicales croisées. En effet, les professionnels issus d'une des structures appartenant au groupement ou les praticiens libéraux associés à son fonctionnement peuvent intervenir dans les différents établissements concernés par la coopération. Ce mode de fonctionnement permet notamment de développer des activités médicales communes, mais aussi de pallier aux difficultés de recrutement médical en travaillant conjointement dans certains services. Toutefois, les modalités de rémunération des soins effectués par des médecins libéraux au sein d'établissements publics devront être précisée par voie réglementaire, de même que la position des médecins libéraux membres du GCS.

Malgré l'attente de certaines précisions, qui devraient intervenir rapidement par voie réglementaire, les dispositions introduites à l'automne 2003 ont donc profondément modifié le champ d'action des groupements de coopération sanitaire.

---

<sup>63</sup> Article L.6133-1 du CSP.

<sup>64</sup> DOGIMONT R., Groupement de coopération sanitaire. Transcription juridique d'incertitudes politiques, *Gestions Hospitalières*, janvier 2004, n°432, p.12.

<sup>65</sup> DOGIMONT R., *ibid.*, p.13.

Quant aux modalités de fonctionnement interne des GCS, elles ont pour la plupart peu évolué avec ces nouvelles dispositions. Ces structures restent gérées par l'intermédiaire d'une assemblée générale, qui délègue certaines de ses attributions à un administrateur. La convention constitutive doit toujours être approuvée par les autorités de tutelle et publiée au bulletin officiel du Ministère. Le groupement peut être constitué avec ou sans capital, et la responsabilité des membres vis-à-vis du GCS est proportionnelle à leurs apports.

Le principal changement en matière de fonctionnement réside dans la possibilité pour le GCS d'être employeur ; les conditions de ce nouveau statut devant être détaillées dans la convention constitutive. Cet aspect est particulièrement intéressant dans les cas où le groupement est porteur d'activités de soins : il peut dès lors disposer de l'ensemble des moyens lui permettant de gérer cette activité, donc d'une plus grande autonomie vis-à-vis de ses membres. Toutefois, les décrets attendus devraient venir préciser ce point, qui est encore souvent soumis à l'appréciation des établissements concernés.

En transformant largement le régime des groupements de coopération sanitaire, l'ordonnance du 4 septembre 2003 a donc permis de relancer l'intérêt que leur portent les établissements de soins et d'en faire l'instrument privilégié des démarches de coopération engagées. Aussi le CHV et la clinique Teissier ont-ils fait le choix de recourir à ce GCS nouvelle formule, afin de poursuivre plus avant le partenariat qu'ils avaient déjà engagé.

B) Une formule innovante qui correspond aux besoins locaux

a) *Les raisons d'un changement de structure*

L'évolution des règles relatives aux GCS constitue donc la principale explication du choix du recours à cette structure à ce moment donné du partenariat. Les modifications intervenues permettent en effet de pallier à certaines insuffisances qui sont apparues avec le GIE, ou qui sont ressenties comme telles. Ainsi, les membres du GCS seront responsables des dettes du groupement à hauteur de leur apport, ce qui semble mieux adapté au projet immobilier commun caractérisé par une répartition inégale des parts entre les deux établissements<sup>66</sup>. L'introduction par l'ordonnance du 4 septembre 2003 de la possibilité de recourir à d'autres financements que les seules participations des membres constitue un autre intérêt de ce nouveau GCS : elle a supprimé le terme « exclusivement » de l'article L.6133-2 du CSP qui devient : « [...] Les charges d'exploitation sont couvertes par les participations de ses membres ». Ces évolutions ont

---

<sup>66</sup> Pour rappel : 85% CHV / 15% Teissier.

ainsi favorisé l'accélération du passage d'un GIE à un GCS, option qui avait été envisagée dès le départ. Le choix est donc de ne pas attendre les textes réglementaires correspondant mais plutôt d'aller de l'avant et de s'engager dans une nouvelle structure de coopération.

Cette évolution s'inscrit d'ailleurs dans le cadre d'un des axes stratégiques du SROS III, qui correspond à l'objectif de formalisation des coopérations entre les établissements<sup>67</sup>. Celui-ci ne mentionne en effet que quatre moyens, à savoir les conventions, les contrats relais, les réseaux et enfin les groupements de coopération sanitaire. Le choix des deux établissements s'appuie donc sur les orientations officielles.

Au-delà des avantages apportés par les avancées législatives relatives aux GCS, ce choix relève d'une stratégie politique de la part des dirigeants des deux établissements. En effet, ce changement de structure juridique permet de donner un nouvel essor au partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier et constitue une occasion unique de remise à plat du rôle que les établissements sont prêts à accorder à cette entité commune. Il permet également en interne de relancer la mobilisation autour du projet de coopération. Le nouveau passage devant les instances, qui intervient quasi-simultanément avec l'annonce du plan de financement du bâtiment de haute technologie, permet de réaffirmer l'approche de la concrétisation du projet. De plus, le choix de procéder à une évolution rapide de la formule de coopération a souvent été perçu comme un signe de forte réactivité de la part de l'établissement, avant même la sortie de tous les textes réglementaires attendus.

Cette évolution est également utilisée en externe, au travers de la relance de la valorisation du projet de nouveau bâtiment commun. L'opération de communication est menée en parallèle sur l'obtention du plan de financement, l'annonce du lancement prochain des travaux, les transferts d'activités et la nouvelle structure innovante du partenariat. Cette quasi-simultanéité a pu être elle aussi utilisée comme un élément porteur dans le cadre du plan de communication.

Le GCS n'est certes pas un outil miracle : certains établissements coopèrent très bien par le biais de conventions, ce qui permet d'éviter qu'un problème dans un domaine donné affecte l'ensemble de la coopération. Néanmoins, le recours au GCS permet de donner un affichage clair, et offre des possibilités juridiques beaucoup plus larges que les autres structures existantes ou que le recours à plusieurs petites conventions.

---

<sup>67</sup> Axe stratégique n°4 ; ces éléments sont disponibles sur le site [www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr).

En l'espèce, cette évolution semble assez adaptée aux enjeux de la coopération unissant le CHV et la clinique Teissier. Reste à déterminer sa nature juridique, afin qu'il puisse effectivement répondre aux attentes et aux besoins des partenaires.

*b) Le choix du droit public*

La détermination du statut des groupements de coopération sanitaire est encadrée par le code de la santé publique : « Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privés. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé »<sup>68</sup>.

En ce qui concerne le partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier, le choix de la qualification juridique de la structure relève donc des deux établissements, puisque ces derniers sont de statuts différents.

Étant donné que le GCS succède ici à un GIE qui relève du droit privé, on aurait pu imaginer que les deux partenaires choisissent de conserver un statut privé pour leur nouvelle structure. Compte tenu de la présence d'un établissement PSPH au sein du groupement, l'utilisation du droit privé aurait en effet pu être privilégiée, ce que l'ARH n'aurait sans doute pas remis en cause. Celle-ci considérait en effet en juin dernier que la probabilité d'assister à la création d'un GCS de droit public était faible, hormis dans le cas où cette structure ne réunirait que des établissements publics<sup>69</sup>.

Cependant, ce n'est pas l'orientation qui est retenue ici. En effet, la répartition des parts au sein du futur groupement ainsi que l'objet principal de celui-ci (à savoir la construction du bâtiment commun) nécessitent l'application d'un principe de prudence. Le fait que 85% des locaux soient occupés par le CHV et que ce bâtiment soit construit sur des terrains appartenant au centre hospitalier, donc sur le domaine public, imposent le respect des règles de droit public. Je pense ici plus spécifiquement aux dispositions protectrices du domaine public, dont les biens sont « inaliénables et imprescriptibles »<sup>70</sup>, ainsi qu'à la nécessité d'appliquer en l'occurrence les dispositions du Code des Marchés Publics (CMP). Il s'agit ici de la principale motivation du choix effectué.

---

<sup>68</sup> Article L.6133-1 du CSP.

<sup>69</sup> Propos tirés d'un entretien avec un interlocuteur travaillant au sein de l'agence.

<sup>70</sup> Article L.6148-1 du CSP.

Une telle orientation vers le droit public est très intéressante pour les acteurs du centre hospitalier, particulièrement en ce qui concerne la communication interne. Cette évolution peut en effet être opposée aux organisations syndicales, qui dénonçaient auparavant la « privatisation » annoncée de l'établissement. Le retour à une structure de droit public permet donc de rassurer les personnels sur l'avenir de la coopération et sur le maintien de l'équilibre entre les deux structures.

Enfin, ce nouveau groupement devrait être le premier GCS de droit public au niveau national, constitué entre un établissement public et un établissement PSPH. Cet aspect novateur devra être utilisé en terme de communication externe, au moment de la création effective du GCS. Il s'agit ici de souligner le dynamisme de la coopération engagée et de la valoriser au plan local, voire même plus largement.

Les évolutions législatives ont donc permis de s'orienter vers un GCS de droit public pour porter la suite du partenariat entre le CVH et la clinique Teissier. En effet, il semble que ce type de groupement soit mieux adapté aux enjeux du projet en cours, notamment concernant les aspects immobiliers. Ce changement de structure juridique est également l'occasion d'une remise à plat des compétences déléguées par les membres à la nouvelle entité commune.

### **2.2.2 La délicate détermination du champ de compétence du groupement**

Parallèlement au choix du recours à un GCS, il a fallu repenser le rôle que cette structure jouera pour la coopération engagée, et donc redéfinir les compétences reconnues à cette structure commune.

#### **A) Des compétences recentrées**

Le choix du champ de compétence est une étape importante de la mise en œuvre du futur GCS, celle-ci pouvant avoir des implications fortes. Si les principales motivations du choix de cette structure sont liées aux aspects immobiliers du partenariat, son champ d'action ne peut se limiter à ces seuls aspects. Il s'agit en effet de ne pas introduire de confusion et de ne pas se servir de cette structure publique pour jouer le rôle d'une Société Civile Immobilière (SCI). La limitation des compétences du groupement aux seuls aspects immobiliers ferait peser un fort risque de rejet par le Ministère de la Santé au moment de l'examen de la convention constitutive, puisqu'il refuse de valider la mise en place de GCS à seule vocation immobilière. Il s'agit ici d'éviter de détourner l'objet des groupements de coopération sanitaire, ceux-ci devant soutenir des actions de coopération effectives, et non pas servir de couverture à une simple opération immobilière.

Le choix opéré ici est donc d'associer des compétences liées au projet de construction du bâtiment commun à d'autres domaines qui permettent d'élargir le rôle joué par le groupement, respectant ainsi sa vocation sanitaire. La convention constitutive mentionne donc les missions du futur GCS comme suit :

- « Réaliser, pour le compte de ses membres, tout équipement d'intérêt commun, immobilier ou mobilier, corporel ou incorporel, de nature à permettre la constitution d'un pôle de santé à Valenciennes, regroupant les établissements de santé publics et privés assurant le service public hospitalier ;
- Gérer une pharmacie à usage intérieur unique ;
- Gérer un système d'information commun reposant exclusivement sur un serveur d'identité commun et un dossier unique du patient ;
- Assurer l'entretien et la maintenance des équipements d'intérêt commun, ainsi que l'exploitation logistique des locaux (énergie, fluides...), dès lors que la physionomie des locaux implique une gestion commune, ainsi que d'assurer le respect des normes s'appliquant aux établissements recevant du public ;
- Promouvoir le concept Sant'Hainaut<sup>71</sup> avec des missions d'aménagement du territoire en matière de santé »<sup>72</sup>.

Ces missions s'articulent donc autour du projet de bâtiment commun, lequel est englobé dans l'expression, plus large, d'« équipement d'intérêt commun ». D'autres pans de la coopération viennent ensuite se greffer sur cette base, comme la gestion du système d'information commun ou celle d'une pharmacie à usage intérieur unique. Enfin, le dernier point permet de donner au groupement une vision plus prospective, liée à la promotion du concept qui est appelé à émerger du pôle constitué par le CHV et la clinique Teissier.

Le champ d'action du GCS apparaît néanmoins assez restreint, en comparaison des tâches auparavant imparties au groupement d'intérêt économique. Ses missions sont recentrées, notamment en raison du choix de ne pas lui faire porter d'activités médicales. La convention constitutive prévoit que «le champ de compétence du groupement exclut toute mission portant sur l'organisation médicale des établissements membres et n'interfère pas lors de l'exécution des prestations qu'ils seraient amenés à ce fournir

---

<sup>71</sup> Il s'agit du nom qui a été choisi par les membres du groupement, afin de marquer à la fois l'objet du groupement (la santé) et son inscription dans un territoire (le bassin du Hainaut).

<sup>72</sup> Éléments tirés de la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire Sant'Hainaut, cf. annexe 1.

réciroquement dans ce domaine »<sup>73</sup>. Chaque établissement est donc porteur de ses propres activités et en est responsable, les problématiques communes devront le cas échéant être traitées par voie de conventions.

Alors que le GIE est caractérisé par la multiplicité de ses domaines d'intervention, le choix au moment de la mise en place du GCS est de recentrer les actions de celui-ci, afin notamment de permettre de clarifier les relations entre les établissements membres d'une part, et la structure chargée d'assurer la gestion du partenariat d'autre part.

Je tiens également à souligner l'importance pour le GCS de la gestion de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), puisque ceci permettra à cette structure unique, après l'installation dans le bâtiment commun, d'assurer la dispensation médicamenteuse dans les deux établissements. En effet, la PUI du CHV ne peut pour l'instant assurer la dispensation pour la clinique Teissier de façon directe<sup>74</sup> ; les groupements de coopération sanitaire et les syndicats interhospitaliers sont les seules structures de coopération autorisées à gérer une telle structure au profit de leurs membres<sup>75</sup>. La volonté de mise en commun de l'activité de pharmacie impose donc de recourir à une structure qui soit susceptible de prendre en charge cette activité, en l'occurrence à un GCS. Cette gestion commune s'inscrit dans la logique de suppression des doublons qui a présidé à la détermination des modalités d'organisation du partenariat. La pharmacie pourra donc à terme être centralisée au sous-sol des nouveaux locaux, et assurer la dispensation sur l'ensemble des sites géographiques des établissements membres du groupement<sup>76</sup>. Les implications du choix de recourir à une PUI unique sont importantes, notamment en terme de responsabilité pour le pharmacien qui est chargé de sa gérance<sup>77</sup>. Il s'agit donc d'une compétence clé pour le groupement.

Les compétences du GCS s'appuient donc à la fois sur les aspects immobiliers du partenariat, mais aussi sur la mise en commun de domaines plus spécifiquement sanitaires. L'objectif majeur est ici de lier le projet immobilier et ce qui permettra de le faire vivre après l'intégration du nouveau bâtiment par les deux établissements.

---

<sup>73</sup> Cf. annexe 1.

<sup>74</sup> Articles R.5126-3 et R.5126-4 du CSP.

<sup>75</sup> La possibilité de confier cette activité à un GCS a été introduite par le décret n°2004-451 du 21 mai 2004 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique.

<sup>76</sup> Article R.5126-2 du CSP.

<sup>77</sup> Article R.5126-23 du CSP.

## B) Un choix judicieux ?

D'une part, le choix de limiter le champ d'action du GCS à un nombre restreint de points peut être soumis à questions, dans la mesure où cela pourrait être interprété comme une limitation de l'envergure du partenariat. Toutefois, le fait de préciser la répartition des compétences pourrait permettre de pallier à certaines difficultés qui sont apparues concernant le fonctionnement du GIE. Ainsi, une certaine incompréhension, voire une frustration, a pu être ressentie par certains acteurs internes des établissements, qui ont été parfois mal informés des décisions prises dans le cadre du déroulement de la coopération, dans des domaines qui pourtant les concernent directement. La limitation de la liste des compétences dévolues au GCS et la clarté de leur répartition peuvent ainsi être perçues comme un moyen de réinvestir l'ensemble des participants au projet. Ceux-ci devront en effet s'impliquer plus directement, par exemple par le biais des conventions spécifiques qui devront être établies.

Mais une telle distinction risque de se révéler problématique en cas de différend entre les deux établissements hors du champ d'action du GCS. Quelle sera dans ce cas l'instance légitime pour assurer les arbitrages entre les deux entités ? Quel rôle le GCS pourra-t-il tenir face à de telles situations ? Par exemple, actuellement, le GIE est appelé à intervenir dans la problématique du service d'urgences commun<sup>78</sup>, alors que ce dossier ne figure pas dans les missions qui lui sont officiellement imparties. Mais l'ampleur prise par cette problématique a conduit à utiliser la structure portant le partenariat comme intermédiaire, jouant ainsi un rôle de médiateur. Il faut donc s'attendre à retrouver des situations similaires lorsque le GCS sera installé. La question se pose d'ailleurs déjà, avec l'évocation de l'éventualité du rattachement au groupement de l'unité de traitement de la douleur qui doit être mise en place, communément par le CHV et la clinique Teissier.

L'ambiguïté réside donc à mon sens dans le décalage entre les missions officielles du groupement et le rôle que les deux entités lui feront réellement jouer. Cette souplesse que les partenaires se donnent peut être un avantage réel, à condition de procéder au préalable à un travail de communication interne, et d'assurer ensuite la transmission de l'information, non pas du GCS vers les acteurs internes des entités, mais au sein des établissements eux-mêmes, entre les participants aux groupes de travail constitués et les autres membres de l'équipe.

D'autre part, le fait de confier à ce groupement la réalisation d'équipements communs, en l'occurrence l'opération de construction du nouveau bâtiment, est soumis à des contraintes fortes en terme de délais pour le lancement de la construction. L'appel

---

<sup>78</sup> Cf. partie 2.1.2.A.b).



d'offres doit être lancé avant la fin de l'année 2005<sup>79</sup> ; c'est le centre hospitalier qui sera chargé d'effectuer l'ensemble des démarches dans l'attente de la mise en place effective du GCS et qui en supportera les coûts. Or, les délais entre l'adoption de la convention constitutive par les établissements et sa publication officielle, qui intervient après examen de ladite convention par la DHOS, peuvent être très longs, ce qui devrait être modifié par l'adoption des décrets d'application attendus depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003. En effet, ceux-ci permettront en principe de faciliter la création des GCS, en remplaçant l'obligation de publication au bulletin officiel du Ministère de la Santé par une publication régionale. Les délais seront de ce fait réduits entre la décision de création d'un GCS et la mise en place effective de celui-ci.

Plus la mise en place du groupement sera tardive, plus les démarches engagées par le CHV seront importantes. Les travaux du bâtiment de haute technologie doivent débuter dès 2006 et, en l'absence de structure effectivement constituée, le centre hospitalier devra lever des emprunts supplémentaires, afin de pouvoir financer les opérations qui seront engagées. L'équilibre financier de la structure pourrait dès lors être remis en cause, ce qui pourrait peser sur la qualité des relations entre les partenaires, notamment entre les services financiers des deux structures.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a donc permis de clarifier le positionnement des GCS et d'en faire un instrument privilégié pour mener les coopérations hospitalières. Si les établissements de santé sont toujours dans l'attente des décrets d'application qui concernent ces groupements, le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier ont fait le choix de franchir le pas et de mettre en place dès aujourd'hui un GCS pour porter le partenariat qui les lie. Ce changement de structure juridique constitue une occasion unique, permettant de réfléchir au rôle que chacun souhaite donner à ce groupement. Ainsi, la définition de son champ de compétence correspond clairement à la volonté des membres de recentrer le partenariat autour du projet immobilier commun, composante hautement symbolique et mobilisatrice. L'intérêt majeur de ce choix réside dans la clarification des relations entretenues entre la structure commune et ses membres, mais il ne sera pleinement pertinent que si les acteurs maintiennent une certaine souplesse dans son fonctionnement.

---

<sup>79</sup> La réunion de la Commission d'Appel d'Offres (CAO) pour l'ouverture des plis est prévue mi-décembre 2005.

Cette période de transition entre deux structures juridiques, alors que le projet commun va prochainement se concrétiser, est une phase où les équilibres se bâtissent, qui détermineront la nature des relations à venir entre les deux établissements. Les difficultés rencontrées, souvent techniques, doivent être mises à plat au cours de cette période charnière, afin d'assurer que la poursuite de cette coopération se fera dans de bonnes conditions.

### **3 LA COMPLEXITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE DE LA COOPÉRATION**

Après la décision de mettre en place le GCS Sant'Hainaut et la rédaction de sa convention constitutive, les règles concrètes du partenariat restaient à définir. Il s'agit à la fois de préparer le fonctionnement commun dans le futur bâtiment de haute technologie, mais aussi de penser l'avenir du projet sur le long terme en faisant émerger une vision commune.

#### **3.1 L'élaboration du règlement intérieur : un équilibre difficile à trouver**

La complexité des relations partenariales se traduit dans les premiers pas de la concrétisation de l'opération engagée par le CHV et la clinique Teissier. La mise en place d'un comité de pilotage permet de gérer cette complexité et de travailler en commun à la rédaction du règlement intérieur du GCS, qui déterminera les rapports entre les deux établissements à moyen et long termes.

##### **3.1.1 Le pilotage de la mise en œuvre du partenariat**

La préparation du règlement intérieur du groupement constitue une étape essentielle de la concrétisation du projet, ce qui éclaire l'importance du rôle dévolu au comité chargé de son suivi.

###### **A) Mise en place d'un comité de pilotage**

Lors du conseil d'administration du GIE en date du 27 juin 2005, la création d'un comité de pilotage dit stratégique a été actée, afin de préparer la mise en place du GCS et le travail en commun dans le futur bâtiment de haute technologie.

Les objectifs de ce comité sont les suivants :

- aider à la réalisation de la phase concrète du partenariat ;
- coordonner en amont le rapprochement des deux entités pour le rendre efficient ;
- rédiger la proposition de règlement intérieur du futur GCS ;
- suivre le projet immobilier et être force de proposition en cas de conflits.

Il s'agit donc pour les membres de ce comité d'anticiper les difficultés qui pourraient apparaître à l'occasion de la concrétisation du partenariat, de traiter le cas échéant les conflits entre les différents intervenants et de déterminer par la concertation

des solutions acceptées par tous. Il doit être à la fois force de proposition et arbitre, et ce tout au long du déroulement du projet.

La composition de ce comité est paritaire, conçue pour lui permettre d'obtenir une certaine légitimité, à la fois vis-à-vis des partenaires impliqués, mais aussi en interne, dans chaque établissement. Il comprend donc quatre représentants de chaque entité, qui ont une mission de coordination et de recherche d'informations au sein de leurs établissements.

Ses membres permanents sont, en plus du directeur du GIE (qui sera à terme remplacé par l'administrateur du GCS) :

| <b>Pour le CHV</b>                         | <b>Pour l'AHNAC</b>  |
|--|--|
| Le directeur général adjoint               | Le directeur de la clinique Teissier   |
| Le coordonnateur général des soins         | Le secrétaire général de l'AHNAC   |
| L'ingénieur en chef                        | Le directeur de la gestion du patrimoine et de la maîtrise d'ouvrage du groupe AHNAC |
| Le président de la CME ou son représentant | Le président de la CME de la clinique Teissier ou son représentant                   |

La composition de ce comité de pilotage traduit l'orientation à la fois stratégique et immobilière qui lui est donnée.

D'autres personnes peuvent par ailleurs être invitées, selon leurs compétences et en fonction des domaines spécifiques évoqués au cours d'une réunion.

Les premières réunions, qui se sont tenues en août et septembre 2005, ont porté plus spécifiquement sur la préparation du règlement intérieur du GCS, qui vise à clarifier les modalités pratiques de la coopération et de la future cohabitation des entités impliquées dans le projet. Les enjeux sont importants, d'un côté comme de l'autre, dans la mesure où ces aspects plus techniques conditionnent les liens à tisser entre les deux établissements. L'objectif fixé par le conseil d'administration du GIE est à la fois de déterminer le fonctionnement interne du GCS (notamment les modalités de vote, l'organigramme, ou encore les rapports entre l'assemblée générale du groupement, son administrateur et les membres), de définir les compétences exclusives du GCS, mais également de préparer l'élaboration des projets de conventions entre les deux entités.

Comme pour le GCS dans son ensemble, il est précisé que ce comité de pilotage ne traite pas des questions relatives au fonctionnement médical et paramédical des deux entités<sup>80</sup>.

Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce comité et la continuité de ses travaux, il se réunit à date fixe, en l'occurrence le premier vendredi de chaque mois, alternativement dans l'une ou l'autre structure<sup>81</sup>.

Ses premières réunions ont donc porté sur la préparation du règlement intérieur du GCS, étape incontournable de la mise en œuvre concrète du partenariat.

## B) La rédaction du règlement intérieur

### a) *L'individualisation du projet immobilier*

La convention constitutive du GCS prévoit qu'« un règlement intérieur sera établi pour régir les modalités pratiques de fonctionnement interne du groupement et pour régler les rapports des membres entre eux. [Il] détermine notamment des clefs de répartition permettant de fixer les participations des membres au prorata des services rendus par le groupement, ainsi que la nature des travaux et aménagements qui peuvent être réalisés et directement financés par un membre du groupement dans les locaux qui lui sont spécialement affectés sans qu'il n'y ait lieu à délibération de l'assemblée des membres »<sup>82</sup>.

Ce règlement intérieur devrait donc traiter à la fois des modalités de fonctionnement du groupement, mais aussi de l'objet du partenariat, à savoir essentiellement du projet immobilier (réalisation et entretien), du système d'information commun et de la PUI.

Cependant, les premières réunions du comité de pilotage ont abouti à une solution très différente, qui consiste à traiter séparément les différents enjeux. Aussi le règlement intérieur élaboré ne concerne-t-il pour l'instant que les aspects relatifs au projet immobilier. Les modalités de fonctionnement du groupement ont d'abord été écartées, renvoyées à un autre document qui sera élaboré ultérieurement. En principe, ces modalités devraient traiter les deux partenaires sur un pied d'égalité, avec une répartition équivalente des voix. En conséquence, le financement du budget de fonctionnement du

---

<sup>80</sup> Cette précision est mentionnée dans le procès-verbal du conseil d'administration du GIE du 27 juin 2005.

<sup>81</sup> Soit au CHV, soit au siège de l'AHNAC à Hénin-Beaumont.

<sup>82</sup> Article 21 du Titre VII de la convention constitutive du GCS Sant'Hainaut, cf. annexe 1.

groupement sera assuré à parts égales par le CHV et la clinique Teissier, sur leurs fonds propres. Cette répartition n'a cependant pas été validée officiellement pour l'instant, compte tenu du désaccord de certains intervenants de l'AHNAC, lié principalement à la part qui revient au CHV sur plusieurs projets, notamment en matière immobilière. Si le fonctionnement du GCS concerne essentiellement la gestion de problématiques relatives au bâtiment à construire, pourquoi devraient-ils en supporter la moitié ? En conséquence, la décision prise pour éluder cette question est de traiter de façon totalement distincte la problématique immobilière, qui fait donc l'objet du premier document issu de ce comité de pilotage.

Les aspects relatifs au système informatique et à la pharmacie à usage intérieur unique sont également disjoints. Pour les premiers, ils seront traités directement par le GIE, puisque l'appel d'offre sera lancé avant la mise en place effective du GCS. Cela permettra d'ailleurs de recourir à un marché privé, compte tenu de la répartition des parts des deux entités sur ce dossier. En ce qui concerne la PUI, la problématique s'avère plus complexe. Le régime de responsabilité particulier qui y est lié justifierait selon certains intervenants la distinction totale de ce sujet, qui pourrait même faire l'objet d'un autre GCS.

La question n'est pour l'instant pas encore tranchée, mais la multiplication des structures risque selon moi de renforcer, même artificiellement, la complexité de la gestion du partenariat. Si les membres s'orientent vers plusieurs structures, chacune concernant un point spécifique dont la gestion diffère du reste des opérations, comment l'unité de la coopération sera-t-elle maintenue ? Le risque est ici de parvenir à l'écueil que les participants ont cherché à éviter au moment de la détermination du champ de compétence du GCS : constituer une structure centrée sur les aspects immobiliers, au détriment d'une vision globale du partenariat davantage orientée vers le sanitaire.

#### *b) L'immixtion d'autres enjeux*

Alors que la formalisation du fonctionnement du groupement semble assez problématique et que la tentation de recentrer ses missions est grande, le travail du comité de pilotage s'oriente de facto vers d'autres enjeux. Des thématiques qui n'entraient pas initialement dans le cadre des compétences qui lui ont été attribuées viennent se greffer aux discussions engagées, notamment concernant les aspects plus médicaux du partenariat.

À la demande de certains intervenants, la problématique de l'organisation de gardes médicales communes a en effet été évoquée au sein du comité de pilotage, en ce qui concerne plus spécifiquement les services qui doivent être transférés pour le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Cette question est particulièrement cruciale pour la pneumologie, où les

difficultés en terme de recrutement médical fragilisent le système de gardes. Le comité a décidé, suite à une réunion des praticiens concernés, que le service de pneumologie accueillera directement les patients pendant la journée sans que ceux-ci soient examinés au niveau des urgences. Ce système permet de limiter les déplacements des praticiens d'un site à l'autre (en cas de demande d'avis de la part des urgences par exemple), donc de rationaliser l'utilisation des ressources médicales. L'objectif est de mettre en œuvre ces dispositions au 1<sup>er</sup> janvier 2006, c'est-à-dire à la date des transferts.

D'autre part, la mise en place d'un conseil d'évaluation de l'orientation des urgences a été validée à l'occasion des réunions de ce comité de pilotage. Il s'agit au travers de ce conseil de traiter des points litigieux suite au transfert de patients passant par le service des urgences du CHV. L'objectif fixé est de s'assurer de la bonne orientation des patients, plus particulièrement en ce qui concerne les patients adressés aux chirurgiens généraux de la clinique Teissier.

Au-delà du rôle qui lui est théoriquement imparti, ce comité de pilotage joue donc en pratique un rôle d'arbitre dans l'ensemble des domaines concernés par la coopération, y compris sur les dossiers à orientation médicale. Ce décalage peut être aisément expliqué : il s'agit d'une instance où les deux parties sont réunies, ce qui permet de mettre à plat les difficultés rencontrées et d'envisager ensemble les solutions à y apporter. Cette fonction de dialogue est à mon sens indispensable pour permettre d'assurer le déroulement de la coopération dans de bonnes conditions, et la limitation actuelle du champ du règlement intérieur ne doit pas aller à l'encontre de cette forme de régulation.

### **3.1.2 Un enjeu pour le positionnement de chacun au sein du GCS**

La préparation du règlement intérieur du groupement détermine largement les suites de la mise en œuvre du partenariat, principalement au travers de la définition concrète des relations entre les différentes entités. C'est donc le positionnement de chacun vis-à-vis du partenaire qui est ici en jeu.

A) Un document qui conditionne les relations entre les parties

a) *Des enjeux importants pour chaque entité*

En l'occurrence, les enjeux de la préparation du règlement intérieur du GCS sont dans un premier temps largement dépendant du traitement des aspects immobiliers et logistiques de la coopération. Ils résident notamment dans la délimitation des compétences de chacun et dans le choix des clés de répartition qui prévaudront.

Pour le projet immobilier stricto sensu, c'est-à-dire la construction du bâtiment commun, mais aussi les frais d'études et les aménagements réalisés<sup>83</sup>, la répartition envisagée est la suivante : 85 % pour le CHV et 15 % pour la clinique Teissier. Ce partage des coûts est déterminé en fonction des surfaces dédiées à chaque entité. Cependant, dans la logique de la recherche d'une juste affectation de ces coûts, chaque établissement supportera dans la mesure du possible les frais effectivement engagés pour ses propres locaux. Les ajustements par rapport à cette clé 85/15 initialement retenue seront opérés au moment du dépôt du compte général définitif, lorsque les coûts réels seront effectivement connus. Les sommes qui ne pourront être rattachées aux dépenses d'un des établissements, notamment pour la construction et l'aménagement des locaux communs, seront quant à elles ventilées en fonction de cette répartition pré-établie.

Ce partage des charges en fonction des dépenses effectivement engagées permet à chaque entité de conserver une plus grande marge de manœuvre. Ainsi, si l'un des partenaires souhaite utiliser un matériel plus coûteux, ce point ne sera pas l'objet de tensions, puisqu'il en supportera le coût à l'issue de l'opération. Cela favorise donc le maintien de l'identité et de l'autonomie de chacun des établissements, les choix de l'un n'engageant pas nécessairement l'autre.

Lorsque le centre hospitalier et la clinique auront investi le nouveau bâtiment, chacun conservera une certaine marge de manœuvre au sein de ses propres locaux. Il s'agit là d'un enjeu fort pour les représentants de la clinique, qui souhaitent pouvoir aménager leurs locaux indépendamment des décisions prises par le CHV et sans avoir à en référer à leur partenaire ou même au GCS. Il fallait dès lors définir les points pour lesquels chaque établissement était libre d'agir sans le consentement des autres parties. Pour cela, le comité de pilotage s'est inspiré des règles qui encadrent les relations entre propriétaires et locataires<sup>84</sup>, afin de déterminer ce qui relève des occupants d'une part, et du GCS d'autre part (puis, à l'échéance, du CHV).

Afin d'éviter l'émergence de conflits futurs, le comité a par ailleurs voulu inscrire une clause de renonciation à recours entre les parties, qui devra être incluse au sein des contrats d'assurance des deux entités. Cette clause concerne uniquement le projet immobilier et son exploitation et permettra d'éviter des conflits entre les assureurs des deux entités. L'insertion d'une telle clause ne pose pas de difficulté particulière à l'heure

---

<sup>83</sup> À l'exception des aménagements mobiliers qui relèvent de chaque entité, et des équipements biomédicaux et informatiques qui feront l'objet de clés de répartition spécifiques.

<sup>84</sup> Ces dispositions s'inspirent de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 dite Malandain - Mermaz tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n°86-1290 du 23 décembre 1986.



actuelle, dans la mesure où les deux établissements sont assurés par la même compagnie. La problématique pourra en revanche être plus déterminante en cas de changement d'assureur par l'un ou l'autre des partenaires.

L'élaboration de ce règlement intérieur recèle donc des enjeux forts, qui sont tant financiers que stratégiques ou même juridiques. L'importance accordée à la définition de règles claires pour assurer à terme le bon déroulement du partenariat transparait également dans les règles définies pour la prise en charge des prestations logistiques et techniques liées au projet immobilier commun.

*b) La définition de règles en matière de prestations techniques et logistiques*

Pour traiter de ce point spécifique, les acteurs des services techniques des deux entités se sont réunis à plusieurs reprises, cherchant à déterminer pour chaque problématique spécifique la clé de répartition la mieux adaptée et la plus équitable. Ces éléments feront ensuite l'objet de conventions spécifiques, qui préciseront dans le détail la contribution de chacun au fonctionnement des nouveaux locaux. L'objectif est là aussi de clarifier le partage des coûts, en fonction de la consommation réelle ou selon une répartition déterminée d'un commun accord entre les parties.

Les règles ainsi obtenues peuvent être retracées dans le tableau suivant :

| <b>Mode de répartition des coûts</b>  | <b>Prestations concernées</b>   |
|---|---|
| Coût de production par nombre de prises                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluides médicaux : maintenance des réseaux, générateurs de vide, centrale d'air, autres équipements de production et contrôle réglementaire ;</li> <li>- Vide ;</li> <li>- Réseau informatique.</li> </ul>   |
| Par comptage et / ou par millièmes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Électricité : consommation, groupes électrogènes, onduleurs, réseau haute tension A, tableau général basses tensions ;</li> <li>- Chauffage (production et équipements) ;</li> <li>- Eau et oxygène ;</li> <li>- Production de froid ;</li> <li>- Réseaux VRD (voirie et réseaux divers).</li> </ul> |
| En fonction de la répartition des installations entre les deux établissements | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ascenseurs (entretien – maintenance) ;</li> <li>- Armoires divisionnaires (électricité) ;</li> </ul>   |

|   |   |
|---|---|
| Modalités spécifiques en cas d'usage commun | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Téléphonie (autocom) ;</li> <li>- Réseau pneumatique ;</li> <li>- Nettoyage extérieur ;</li> <li>- Stationnement ;</li> <li>- Contrôle d'accès au site et aux bâtiments ;</li> <li>- Service sécurité incendie.</li> </ul> |
|---|---|

Certains de ces points ne sont pas encore tranchés de façon définitive. C'est ainsi le cas pour la téléphonie, puisque la clinique Teissier utilise pour l'instant le même autocom que le reste du groupe AHNAC. La possibilité de mettre en place un autocom commun CHV – Teissier a donc une incidence bien au-delà de la seule clinique. Autre exemple, la question du nombre de places accordées au personnel de la clinique Teissier dans le nouveau parking n'est pas encore arrêtée. Alors que les discussions du comité, très animées sur ce point, se sont orientées vers une répartition proportionnelle en fonction du nombre de salariés de chaque structure, le dernier conseil d'administration du GIE est revenu sur ce principe en réaffirmant l'usage collectif du parking<sup>85</sup>. C'est la perception de cette problématique par les personnels de chaque entité et l'aspect symbolique de l'utilisation commune de cet équipement qui posent ici question, davantage que la répartition des coûts. Ces points très concrets peuvent en effet avoir un impact considérable sur le fonctionnement futur des établissements et sur les relations des deux entités entre elles.

## B) Une interdépendance croissante ?

### a) *Des relations nécessairement plus étroites*

Avec le transfert des services du CHV et de la clinique Teissier sur un même site, les relations entre les deux établissements seront inévitablement modifiées. L'imbrication architecturale des espaces utilisés par chaque entité, que j'ai déjà évoquée<sup>86</sup>, y est bien entendu pour beaucoup. La proximité immédiate des locaux, le partage de surfaces communes, ou encore l'utilisation conjointe des plateaux techniques conduiront à développer encore davantage les relations directes entre les deux structures, afin de parvenir à concilier les organisations de chacune et de déterminer les conditions d'un fonctionnement harmonieux.

---

<sup>85</sup> Réunion du conseil d'administration du GIE en date du 26 septembre 2005.

<sup>86</sup> Cf. partie 2.1.2.B.1).

La détermination du degré d'interdépendance, et a fortiori de la marge d'autonomie de chacune des entités, est un enjeu important pour les deux établissements. Il s'agit de trouver un équilibre qui soit acceptable pour chacun en respectant les identités propres aux deux structures, afin d'assurer la viabilité du partenariat engagé.

Cette problématique est particulièrement aiguë pour la clinique Teissier. En effet, sa taille est très réduite en comparaison de celle du centre hospitalier, ce qui éveille chez certains acteurs la crainte d'un effacement de son identité. Certes la recherche d'une optimisation des moyens et des locaux est un objectif reconnu par tous, mais pas au prix de la disparition des spécificités de la prise en charge dans cette structure.

Cette volonté de maintenir une distinction perceptible par les patients accueillis des différences existantes en matière de prise en charge entre les deux établissements transparaît dans les négociations engagées. Il s'agit de fait d'adapter les objectifs généraux du partenariat aux spécificités du contexte local, en prenant en compte les aspects les plus pointus de l'accueil des patients. Ceci éclaire l'importance accordée notamment à la gestion des problématiques de prestations hôtelières, qui se révèlent en réalité cruciales dans cette perspective.

#### *b) Entre autonomie et dépendance*

La nature des rapports entre le centre hospitalier et la clinique sera largement fonction des positions adoptées par cette dernière et par le groupe dont elle dépend. En effet, une large part du débat réside aujourd'hui dans la question de la mise en commun ou non de prestations «diverses »<sup>87</sup> ; celle-ci déterminera la nature et le degré des relations entre les deux entités au sein du bâtiment commun.

Ces prestations concernent d'une part les aspects dits hôteliers du fonctionnement, pour lesquels des études sont actuellement en cours au niveau du centre hospitalier, afin de permettre à la clinique de trancher. La problématique la plus importante concerne les aspects liés à la restauration des patients. La clinique Teissier est aujourd'hui approvisionnée par la nouvelle cuisine centrale du groupe AHNAC ; les repas sont ensuite reconditionnés sur le site de la clinique. Le recours aux services du CHV en la matière sera fonction de l'étude du prix proposé par repas, mais aussi des possibilités de moduler la présentation des plateaux, afin de mettre en évidence les spécificités de la prise en charge privée. Cet aspect marketing jouera sans doute un rôle

---

<sup>87</sup> Expression employée dans le projet de règlement intérieur du GCS.

déterminant dans le choix de la clinique en la matière. En ce qui concerne la blanchisserie, la problématique est différente dans la mesure où ces services sont déjà assurés aujourd'hui par le CHV ; la convention en cours fera néanmoins l'objet d'une actualisation. Par ailleurs, la gestion des déchets en commun semble acceptée par les partenaires, les modalités précises restant à établir. Enfin, le centre hospitalier a proposé à la clinique Teissier de recourir à d'autres prestations communes, comme en ce qui concerne celles fournies aux patients (télévision, téléphone, cafétéria, presse) ou encore la possibilité d'utiliser la plate-forme logistique du CHV. Ces questions ne sont pas encore tranchées mais devront l'être au plus tard avant l'ouverture du bâtiment de haute technologie.

D'autre part, les conditions de réalisation des prestations médico-techniques par le centre hospitalier pour la clinique seront revues suite à l'analyse des directions financières des deux entités. Il s'agit en effet de déterminer le coût des prestations assurées par le CHV pour la clinique, celle-ci pouvant dans certains cas<sup>88</sup> revoir sa position et recourir le cas échéant à un prestataire extérieur. Je pense notamment à la stérilisation ou aux examens de laboratoire, qui sont déjà réalisés par le CHV à l'heure actuelle<sup>89</sup>. Le calcul des coûts au plus juste et la transparence de la comptabilité utilisée sont à mon avis indispensables pour permettre le maintien de ces prestations dans des conditions satisfaisantes pour les deux établissements.

La détermination des rapports concrets entre les deux établissements constitue donc bien une question déterminante en ce qui concerne le maintien des identités respectives, plus particulièrement en ce qui concerne la mise en commun de prestations hôtelières et médico-techniques. Celle-ci peut en effet contribuer au renforcement de l'interdépendance des deux structures, donc des liens les unissant sur le long terme.

L'enjeu est selon moi davantage dans le contenu du partenariat et dans l'obtention d'un équilibre satisfaisant pour les deux établissements que dans le choix de la structure juridique stricto sensu. C'est en effet de la volonté des participants de bâtir cet équilibre commun que dépend leur capacité à assurer la pérennité de la coopération.

---

<sup>88</sup> Excepté en ce qui concerne l'utilisation des blocs opératoires communs.

<sup>89</sup> Pour la stérilisation : convention du 25 juillet 2002.

Pour les examens de laboratoire : convention du 5 février 1992 avec avenant au 1<sup>er</sup> juillet 1994.

## 3.2 Bâtir l'avenir du partenariat

Envisager la coopération sur le long terme nécessite un investissement important de la part de l'ensemble des acteurs. Il appartient aux équipes de direction de travailler constamment à l'implication des agents dans la démarche, afin que l'opération initiée permette de repositionner les établissements sur le bassin.

### 3.2.1 De la nécessité de s'appuyer sur les hommes pour avancer

Les facteurs humains sont sans doute le point le plus sensible de toute opération de recomposition hospitalière, qui passe donc par l'appropriation de la dynamique de changement par les acteurs de terrain et par le développement d'une stratégie de communication adaptée.

#### A) Dépasser les résistances au changement

Une telle opération de coopération, qui s'accompagne d'une réorganisation concomitante du fonctionnement de l'établissement, implique des changements profonds, qui affectent l'ensemble des acteurs intervenant dans la structure. Comme le soulignent Béatrice FERMONT et Yves JONCOUR, «restructurer revient à briser le compromis établi et à déséquilibrer l'organisation et ses membres, pour recomposer un nouveau mode de coordination. Le processus de restructuration consiste donc à substituer une nouvelle légitimité à la légitimité précédemment reconnue, sur laquelle les acteurs organisent leurs échanges »<sup>90</sup>. Ce travail de légitimation doit permettre aux intervenants d'intérioriser, à tous les niveaux, les raisons du changement engagé, afin qu'ils puissent s'y inscrire et participer à sa concrétisation.

La mise en œuvre d'une coopération nécessite une conduite du changement, laquelle se heurte à des oppositions sociales très fortes. Afin de dépasser ces résistances au changement, il faut chercher à redonner du sens au partenariat, en faisant partager par tous la vision globale du projet, mais aussi redécouvrir l'écoute de l'ensemble des acteurs impliqués : l'objectif est alors d'engager la participation et la concertation bien avant la mise en œuvre, dès la phase de diagnostic. Cette intégration très en amont du projet est indispensable pour permettre une réelle appropriation de la part des personnels, sans laquelle le succès de la coopération peut être largement remis en cause.

---

<sup>90</sup> FERMONT B. et JONCOUR Y., in : CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALAUURIE C. et al., *op.cit.* (note 13), p.147.

La nature et l'intensité des résistances exprimées sont très variables selon les établissements, notamment en fonction de l'atmosphère sociale ou des contraintes budgétaires. Elles peuvent se traduire par des mouvements sociaux, par une forme de résistance passive, ou encore par une opposition clairement exprimée au cours des instances ou des réunions préparatoires. Le rôle des promoteurs du projet s'avère alors déterminant, notamment dans le choix de la démarche adoptée. Celle-ci peut être imposée ou négociée, voire jouer sur la capacité des décideurs à alterner les deux registres. En l'occurrence, les directions du centre hospitalier et de la clinique ont utilisé ces deux méthodes, en mettant en évidence la nécessité du changement pour assurer la survie des deux entités, tout en intégrant les acteurs dans la réflexion sur les modalités de concrétisation du projet. Le contexte budgétaire difficile dans lequel s'est inscrit cette opération a d'ailleurs contribué à renforcer cette argumentation, ce qui a permis de limiter les oppositions trop frontales. Mais les réactions sont néanmoins vives, notamment de la part des organisations syndicales, qui critiquent ainsi la domination d'une logique de maîtrise comptable, ou encore la privatisation « rampante » de l'hôpital, exprimant ainsi leur crainte pour le maintien de l'emploi public. Chaque acteur tient donc son rôle, qu'il s'agisse de la défense ou de la critique du projet, mais la stratégie adoptée a permis d'éviter d'aboutir à une situation de blocage.

Face à ces résistances exprimées ou latentes, le rôle du directeur réside donc dans la recherche d'une limitation des oppositions au projet, afin d'assurer la légitimité de celui-ci auprès de l'ensemble des acteurs. De cette aptitude à convaincre dépend « la capacité d'obtenir une coalition d'intérêts, de réunir un nombre croissant d'alliés qui rendent les promoteurs de plus en plus légitimes et qui, de façon récursive, permet aux mentalités des acteurs de changer à mesure que changent les structures »<sup>91</sup>. Il s'agit donc de convaincre, d'expliquer constamment les choix opérés et d'y intégrer au mieux les acteurs de terrain concernés. C'est de cette implication constante, et de l'intériorisation du projet qui en découle, que dépend la légitimation des promoteurs de la coopération, donc celle du partenariat en lui-même et de la forme choisie pour le mettre en œuvre.

L'impact d'une opération de ce type est déterminant, en tant qu'elle impose de repenser les organisations, de modifier profondément le fonctionnement collectif au sein de la structure. L'émergence de résistances est donc inévitable, puisqu'il s'agit d'une véritable remise en cause de ces organisations qui avaient auparavant été intériorisées. Le levier d'action de la direction réside cependant dans la limitation de ces résistances, afin d'éviter que celles-ci se transforment en forces de blocage. Selon Philippe RAULT-

---

<sup>91</sup> MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., *op.cit.* (note 16), p.47.

DOUMAX, « seul le renforcement de la participation de la base sur le projet discuté pourra limiter ses effets sociaux dévastateurs »<sup>92</sup>.

Il convient donc de souligner que les aspects humains sont fondamentaux dans la conduite de tels changements : le succès du partenariat ne peut être envisagé sans une implication forte et une véritable adhésion des personnels médicaux et non médicaux. Même en présence d'un projet solide, justifié par la situation locale et nécessaire pour assurer la pérennité des structures engagées, « beaucoup de projets de coopération échouent plus pour des motifs humains que pour des motifs objectifs »<sup>93</sup>.

Cette analyse éclaire l'importance accordée par le CHV et la clinique Teissier à la gestion des ressources humaines dans le cadre du partenariat. Cette problématique concerne plus spécifiquement les services directement concernés par les transferts d'activités, puisque la possibilité a été offerte aux agents de ces services soit de rester dans leur établissement d'origine, soit d'être intégré dans l'autre entité en suivant leur service. De nombreuses difficultés liées notamment à la complexité des dispositions statutaires, ainsi qu'aux différences entre les règles de la fonction publique et celles applicables aux personnels des établissements FEHAP ont ainsi dû être prises en compte afin d'être traitées en amont. Les principales difficultés en la matière sont notamment liées aux conditions d'intégration au sein de la structure d'accueil.

Pour permettre aux agents de choisir leur futur établissement dans les meilleures conditions, il faut d'abord trouver une base commune, permettant d'opérer des comparaisons pertinentes entre les conditions offertes par chacune des entités. Ceci explique la nécessité d'harmoniser les systèmes de gestion du personnel, qui sont spécifiques à chaque établissement. La comparaison porte notamment sur le temps de travail et les congés, les modalités de notation ou d'avancement, l'attribution des primes (montant, date de versement), mais également les relations avec la direction des ressources humaines et l'encadrement, la forme des bulletins de salaire, les modalités de recrutement et d'affectation, la gestion des demandes de remplacement, etc. Afin de lui permettre d'opérer un choix judicieux, chaque agent des services concernés par les transferts a donc reçu une simulation de fiche de paie, réalisée par l'autre établissement, et lui permettant de comparer les possibilités offertes par chacune des structures.

---

<sup>92</sup> RAULT-DOUMAX P., *op.cit.* (note 58), p.148.

<sup>93</sup> CALMES G., SEGADE J-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Paris : Masson, 1998. p.81.

En répondant précisément aux attentes individuelles, les directions évitent donc de susciter une frustration collective, régulant ainsi les oppositions éventuelles à la coopération. Cet accompagnement personnalisé constitue à mon avis un élément incontournable pour assurer le succès du partenariat en cours. Celui-ci ne peut non plus faire l'économie d'une communication adaptée aux aléas de la concrétisation du projet, afin d'éclairer de façon optimale les écarts inévitables entre la perception initiale de la coopération et sa réalisation.

#### B) Développer une communication performante

La communication est désormais un élément incontournable pour porter une opération de partenariat, en interne comme en externe. L'objectif principal est d'assurer l'adhésion de l'ensemble des acteurs au projet, voire leur implication directe.

Pour le directeur, qui devient communicant, il s'agit de transmettre les informations pour laisser aux intervenants le temps nécessaire à l'appropriation des enjeux, tout en conservant une certaine marge de manœuvre. Cette position représente un réel dilemme, dans la mesure où il faut : « à la fois être suffisamment explicite pour que les différents groupes d'acteurs puissent y adhérer, et en même temps être suffisamment ouverts pour ne pas contraindre *a priori* le changement. Figurer d'emblée l'objectif, c'est prendre le risque de créer une irréversibilité trop importante pour la suite de l'histoire, et conduire par la suite à des écarts injustifiables avec le déroulement réel. Rester imprécis, c'est au contraire introduire le danger de la suspicion et des désillusions à l'origine de résistances au changement »<sup>94</sup>. C'est dans cette recherche permanente de l'équilibre adéquat que se situe notamment le rôle du directeur, qui doit être capable à la fois de donner l'impulsion, mais aussi de rassurer lorsque surviennent des imprévus ou contretemps. Cette position délicate impose d'entretenir une certaine ambiguïté, seul moyen susceptible d'assurer l'adhésion et le soutien des personnels à la stratégie adoptée. C'est en effet cette ambiguïté qui permet à des groupes, pourtant porteurs d'espérances ou d'aspirations diverses, de soutenir le même projet, avec des raisons différentes. Il importe donc de trouver face à chacun les arguments les plus pertinents, les mieux adaptés à sa propre situation, afin de parvenir à convaincre les personnes concernées de la nécessité du projet et de son apport pour chacune d'elles. Par exemple, les organisations syndicales seront plus sensibles aux éléments relatifs au maintien du niveau de l'emploi et à la prise en compte des conditions de travail des agents ; quant au corps médical, il sera sans

---

<sup>94</sup> MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A-P., *op.cit.* (note 16), p.48.



doute plus spécifiquement intéressé par le développement de nouvelles activités et l'amélioration de la prise en charge qui en découle.

Par ailleurs, au-delà de leur rôle en matière de conviction des acteurs de l'opération, les outils de communication doivent permettre d'assurer l'articulation des différents sous-projets qui constituent le rapprochement. En effet, la diffusion de l'information n'est pas toujours optimale dans une structure de la taille du CHV, plus encore dans le cas d'un partenariat multidimensionnel. Il s'agit donc d'assurer la coordination des spécialistes qui traitent des questions relatives à leur propre domaine d'activité, anticipant ainsi les impacts potentiels sur les champs des autres acteurs en interne. Par exemple, la direction des ressources humaines doit être impliquée dans le travail des groupes logistiques, dans la mesure où la perspective d'autres activités assurées par le centre hospitalier au profit de la clinique implique à terme des reclassements de personnels, qui doivent être anticipés dès à présent.

Enfin, le développement des actions de communication est un moyen d'assurer la diffusion des informations, afin de supprimer les confusions existantes et les oppositions systématiques : il s'agit ici d'étouffer les rumeurs par le rétablissement d'une bonne communication, mais aussi de pallier au manque d'informations ressenti au début du partenariat par certains acteurs, pourtant directement concernés par les changements en cours. Cette stratégie interne, appuyée par le groupement, passe par une pluri-diffusion de l'information permettant d'équilibrer les éléments véhiculés par les organisations syndicales notamment, au travers d'une information hiérarchique par l'intermédiaire des cadres, mais aussi par l'utilisation d'autres vecteurs de communication (journaux internes, intranet, notes de service, etc.). L'objectif est de mettre un terme aux jeux d'acteurs individuels et de parvenir à redonner un sens collectif à cette coopération.

Au-delà des implications de la communication en interne, celle-ci joue un rôle déterminant dans le succès de la coopération, à la fois dans la qualité des relations entre les deux entités, et vis-à-vis de l'extérieur.

Tout d'abord, le maintien d'une communication efficiente et le partage d'informations permet aux deux établissements de lever les malentendus éventuels et de favoriser la concertation entre les deux entités. Il me semble capital que, une fois les enjeux du partenariat posés et les règles de fonctionnement en commun correctement définies, le dialogue se poursuive, de façon plus ou moins formalisée. La mise en place d'un comité de pilotage, chargé dans un premier temps de la préparation du règlement intérieur, puis dans un deuxième temps du suivi du déroulement de l'opération, va dans ce sens.

Par ailleurs, il est indispensable de développer une stratégie de communication tournée vers l'extérieur, afin d'assurer la valorisation du rapprochement sur l'ensemble du

bassin de santé. Les enjeux de cette stratégie sont nombreux, avec notamment la création d'une identité commune<sup>95</sup> et une communication récurrente au fil des évolutions du partenariat. Celle-ci concernera d'abord la nouvelle structure, son fonctionnement, ses compétences et son offre de soins ; elle devra être relancée au moment de chaque transfert et être renforcée à cette occasion. Il s'agit véritablement ici de créer une unité de groupement en s'appuyant sur des outils de communication adaptés et de diffuser les informations parallèlement en interne et en externe. Très concrètement, «Le GCS doit devenir rapidement un *vecteur d'image* positif dans l'opinion locale »<sup>96</sup>.

Le partenariat unissant le CHV et la clinique Teissier repose essentiellement sur les hommes qui composent ces deux établissements. Sans leur implication, la pérennité du rapprochement serait remise en cause, ce qui explique l'importance accordée par la direction au dépassement des résistances au changement qui se sont exprimées. L'utilisation d'outils de communication adaptés et la valorisation du partenariat en externe va également dans ce sens. C'est sur cette seule base que le nouvel équilibre entre les deux structures pourra être bâti.

### **3.2.2 Un nouvel équilibre pour les établissements au travers du groupement ?**

La revalorisation de l'image du partenariat engagé entre le centre hospitalier et la clinique Teissier est donc un des objectifs poursuivis au travers de la mise en place du GCS. Les deux établissements visent en effet un renforcement de leur positionnement sur le bassin de santé et cherchent, au travers de cette opération, à influencer sur l'évolution des modes de prise en charge sanitaire et sur l'organisation plus globale du système de soins.

#### **A) Un repositionnement du pôle sur le bassin de santé**

Le partenariat engage le CHV et la clinique Teissier pour l'avenir, notamment en raison de l'intégration de locaux communs à moyen terme. Comme le souligne justement Philippe RAULT-DOUMAX, « dans la mesure où les plateaux techniques sont communs, un retour en arrière, s'il est théoriquement possible, est difficilement négociable en raison

---

<sup>95</sup> Cette identité commune passe par le choix d'un nom et d'une signature pour le futur GCS, en l'occurrence : « GCS Sant'Hainaut, Partenaires pour mieux soigner ».

<sup>96</sup> RAULT-DOUMAX P., *op.cit.* (note 58), p.176.

de l'implication financière d'une construction indépendante peu propice à l'obtention d'une autorisation administrative ou d'un financement public. Le désinvestissement et le réinvestissement seraient financièrement trop lourds et trop risqués. En pratique, pris dans les mailles du système, les acteurs ne peuvent plus matériellement reprendre leur autonomie. Tout retour en arrière est donc inconcevable et l'évolution du concept ne peut se faire que dans un progrès de collaboration des acteurs »<sup>97</sup>. Cette analyse conforte la notion d'interdépendance croissante entre les deux établissements<sup>98</sup> ; ceux-ci doivent désormais envisager un avenir commun sur le bassin, les évolutions de l'activité ou du positionnement de l'un ayant nécessairement des répercussions sur l'autre. Au travers du regroupement des plateaux techniques et de la réorganisation des services, hôpital et clinique forment un véritable pôle sanitaire, dont l'impact en terme de positionnement est potentiellement déterminant, et est en tout cas attendu.

L'émergence de ce pôle vise donc à renforcer le poids de ces structures sur le bassin valenciennois, en jouant notamment sur l'aspect compétitif de la rationalisation des ressources. En s'engageant dans un partenariat négocié et porté par une structure centrale, les dirigeants des deux structures ont fait le choix du maintien des identités pré-existantes, tout en favorisant leur modernisation. L'objectif est là de maintenir une certaine liberté de choix pour les patients, et parallèlement d'éviter la récupération des patients par le secteur privé lucratif en cas de fermeture de la seule clinique PSPH du secteur MCO dans l'agglomération.

Cette stratégie d'alliance trouve un point d'appui solide dans les relations entretenues par les deux directeurs généraux, indispensable pour assurer le repositionnement des établissements dans cet environnement concurrentiel. Leur volonté très forte de mener à bien la partenariat ainsi que le choix de ne pas se réserver de voie de sortie (absence de « plan B ») ont en effet permis de relancer le projet et de le mener à son terme. Les relations interpersonnelles ont certes joué un rôle important en la matière, mais ils ont cherché à objectiver ce partenariat, en s'appuyant sur un argumentaire solide. Le fondement logique et stratégique donné à l'opération engagée permet donc d'assurer la pérennité de la coopération sur le long terme, en limitant les risques de remise en cause totale du projet en cas de changement à la tête de l'un des partenaires.

La perspective d'une coopération pérenne renforce l'image d'un pôle de santé solide, dont la complémentarité en terme d'activités constitue un atout majeur. Au travers

---

<sup>97</sup> RAULT-DOUMAX P., *op.cit.* (note 58), pp.172-173.

<sup>98</sup> Cf. partie 3.1.2.B.

du groupement, les deux établissements cherchent à élargir leur recrutement, en bénéficiant des apports réciproques du partenaire et attendent donc de ce rapprochement une hausse significative de leur activité, plus précisément au moment de l'ouverture du nouveau bâtiment.

L'évolution du recrutement est donc à mon sens un enjeu majeur, dans la mesure où il conditionne l'avenir des établissements, donc celui du partenariat. Celui-ci ne portera ses fruits que si les deux entités en tirent un bénéfice. A cet égard et afin de renforcer le dynamisme de la nouvelle structure, il conviendra de repenser les modes de prise en charge des patients et de remettre en cause, au moins partiellement, les pratiques actuelles. Je pense par exemple à la problématique du développement de la chirurgie ambulatoire, qui doit accompagner le projet architectural.

Dans cette optique, l'évaluation de l'impact du partenariat revêt selon moi une importance capitale, et plus spécifiquement celle des effets du nouveau bâtiment sur l'évolution du recrutement et de la patientèle des deux établissements. On compte beaucoup sur une hausse de l'activité au moment de l'ouverture, liée à l'attrait de la nouveauté et à l'amélioration des conditions de prise en charge des patients : qu'en sera-t-il effectivement ? Cette évolution sera déterminante, notamment pour les services de chirurgie, dont l'activité est aujourd'hui en baisse, et pour les urgences, qui constituent la porte d'entrée dans un établissement et dont l'image dans le public est actuellement passablement dégradée. Il est fondamental, pour éviter la multiplication des litiges, de bâtir un diagnostic partagé ; mener une évaluation commune permettra en effet d'objectiver les évolutions constatées et de dégager par la concertation des axes sur lesquels les deux entités pourront s'engager. Elle devra mesurer avec précision l'impact du partenariat sur l'activité des établissements et leur permettre d'en tirer des enseignements quant aux orientations à donner à la coopération.

#### B) Vers la constitution d'une cité hospitalière ?

La construction puis l'intégration du futur bâtiment commun constituent l'aboutissement d'une première étape. À l'issue de celle-ci, les partenaires devront envisager les suites à donner au rapprochement engagé, afin de maintenir l'influence positive de celui-ci en terme de positionnement sur le territoire de santé.

Dans un premier temps, le site de la clinique Teissier sera rénové pour laisser la place aux services de soins de suite et de convalescence, dans le cadre d'un partenariat entre le CHV, l'AHNAC et l'UGECAM (Union de Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie). La prise en charge des patients en aval du court séjour sera ainsi optimisée, ce qui permettra de mieux répondre aux attentes des patients du bassin.

L'élargissement à d'autres partenaires impliquera une révision du mode de fonctionnement du groupement actuellement constitué et qui évoluera :

- Soit au travers du changement de la composition du GCS, en fonction de l'évolution de ses missions et de l'intégration de nouveaux membres ;
- Soit par l'intermédiaire de la dissolution de la structure actuelle au profit d'un nouveau GCS mieux adapté aux évolutions ultérieures ;
- Soit vers un « GCS-mère » décomposé en plusieurs « GCS-filiales » en fonction des participants aux différents projets et des clés de répartition établies.

Cette dernière hypothèse a été évoquée par les partenaires lors d'une réunion commune ; sa faisabilité notamment du point de vue juridique reste à étudier.

Il est certain, quelle que soit l'hypothèse qui sera finalement retenue, que les missions du groupement devront évoluer, afin de prendre en compte les exigences nouvelles de ses membres et surtout les modifications affectant son environnement immédiat. La dernière mission actuellement confiée au GCS, à savoir « promouvoir le concept Sant'Hainaut avec des missions d'aménagement du territoire en matière de santé » pourrait alors prendre davantage d'envergure, s'inscrivant pleinement dans les orientations du SROS III qui s'organisent autour des territoires de santé.

Dans cette perspective, je tenais à évoquer ici la perspective à plus long terme de la création d'une cité hospitalière, sur le modèle de ce qui existe déjà sur d'autres sites, par exemple à Lille avec le parc Eurasanté. L'objectif serait de mettre en place un réel pôle sanitaire qui s'appuierait, outre sur les services de soins des deux établissements du GCS actuel, sur d'autres intervenants du domaine sanitaire. Il pourrait s'agir bien sûr d'autres établissements ou professionnels de santé (médecins libéraux généralistes ou spécialistes, kinésithérapeutes, cabinet de radiologie etc.) qui complèteraient le dispositif déjà en place, mais aussi d'entreprises liées au domaine sanitaire tels des laboratoires de recherche, des industries pharmaceutiques, des centres de formation, des entreprises de conseil spécialisées dans le domaine sanitaire, des producteurs de logiciels, ou encore des fournisseurs de matériel médical. Une telle évolution s'inscrit pleinement dans une logique d'aménagement du territoire et pourrait bénéficier d'un appui politique local, puisque le développement d'un pôle santé fort est actuellement une des priorités de la ville.

Cette évolution vers la mise en place d'un réel pôle de santé se traduit par le projet de création d'une maison médicale, qui serait implantée sur le site ou à proximité immédiate. Cependant, la concrétisation de ce projet n'est pas encore lancée. Il s'agit d'un enjeu majeur pour le groupement dans les années à venir, afin d'assurer la pérennité de son recrutement et de renforcer son positionnement. Le développement de liens plus étroits avec la médecine de ville constitue en effet un préalable, seul susceptible de

renforcer le dynamisme du pôle, donc de le rendre attractif pour ceux qui pourraient à terme s'y installer. Alors que les cabinets médicaux tendent actuellement à se regrouper<sup>99</sup>, le moment est propice au lancement de relations plus approfondies et à la revalorisation du pôle Sant'Hainaut.

Ce questionnement sur la stratégie à adopter rejoint celui qui sous-tend actuellement l'élaboration du projet médical du centre hospitalier de Valenciennes. En effet, si le rapprochement engagé avec la clinique Teissier permet de renforcer ces deux établissements, il ne sera sans doute pas suffisant à long terme. La problématique qui émerge aujourd'hui est donc celle des autres alliances à nouer pour assurer à ce pôle de santé naissant une position solide et pérenne. Quelle sera la stratégie du groupement et de ses membres pour l'avenir ? Très concrètement, la question se pose de l'opportunité de développer des relations privilégiées avec les autres établissements privés de l'agglomération.

Deux optiques semblent se dégager compte tenu des relations qui existent déjà actuellement. D'une part, afin de renforcer la filière cancérologique du CHV, les relations avec la clinique des Dentellières pourraient être approfondies, cette structure étant actuellement très bien positionnée en terme de prise en charge des patients atteints de cancers. D'autre part, une alliance pourrait être développée avec la clinique Vauban ou la clinique du Parc, afin de renforcer l'emprise du pôle et de limiter les risques d'émergence d'un pôle privé très concurrentiel qui pourrait résulter du regroupement de ces deux structures. À l'heure actuelle, l'existence de relations formalisées avec Vauban, essentiellement concernant la prise en charge des urgences, conduit à privilégier cette hypothèse.

Cependant, pour permettre de mettre en place de telles alliances, il faudra dans un premier temps que le pôle Sant'Hainaut fasse la preuve de son attractivité. Une alliance plus large n'est pas encore mûre, mais nécessitera le cas échéant un travail de très long terme. Le GCS et ses membres doivent être forces de proposition et assurer aux partenaires potentiels des perspectives intéressantes, dans l'optique une fois encore d'un partenariat gagnant-gagnant. L'enjeu est déterminant pour l'ensemble des établissements concernés puisque, comme le souligne justement Philippe RAULT-DOUMAX, « passer de la fragmentation de l'offre de soins à la cohérence des services de santé est le seul mouvement qui permette au système de tenir la route pour les décennies à venir »<sup>100</sup>.

---

<sup>99</sup> Plusieurs cabinets s'installent notamment sur le site d'une zone franche, dans l'agglomération valenciennoise.

Le GCS a donc vocation à se transformer, d'abord au moment de l'installation dans le bâtiment de haute technologie, puis à long terme au fil des nouvelles coopérations qui seront à construire. Ses évolutions ultérieures devraient donc lui permettre de répondre aux nouveaux enjeux de la prise en charge sanitaire et d'assurer à ses membres une position adaptée au sein des nouveaux territoires de santé. Dans cette optique, selon le directeur du CHV, le GCS constitue bel et bien « l'expression d'un espoir et d'un avenir ».

---

<sup>100</sup> RAULT-DOUMAX P., *op.cit.* (note 58), p.188.

## CONCLUSION

Le rapprochement du centre hospitalier de Valenciennes et de la clinique Teissier est encore loin d'être achevé. L'intégration des nouveaux locaux communs marquera à cet égard un tournant dans la coopération engagée, et déterminera les évolutions ultérieures. Néanmoins, l'analyse de ce partenariat, telle qu'elle est présentée dans ce mémoire, permet de tirer plusieurs enseignements.

Tout d'abord, la réussite d'une telle opération dépend largement de la pertinence de l'analyse menée en amont et de la solidité des arguments sur lesquels elle s'appuie. Cette étude préalable doit porter à la fois sur les spécificités de l'environnement, mais aussi sur les complémentarités éventuelles des établissements concernés et sur le degré de résistance attendue en interne. C'est en fonction de ces éléments que le directeur pourra prendre les décisions les mieux adaptées au contexte, et bâtir le partenariat en s'appuyant sur cette connaissance du terrain.

Par ailleurs, le choix du changement de la structure juridique chargée de porter la coopération ainsi engagée n'est pas neutre. Une telle évolution est certes source de complexité, dans la mesure où l'ensemble des dispositions du partenariat est alors à revoir. Elle permet cependant de donner à la coopération un nouvel essor, en retravaillant l'ensemble de ses aspects et en traitant des difficultés émergentes. Ce changement a en l'occurrence donné davantage de dynamisme au partenariat, notamment grâce à la mise en place du comité de pilotage dont le rôle de dialogue s'avère particulièrement intéressant.

Le dilemme du choix de la structure la mieux adaptée devrait s'estomper, dans la mesure où les groupements de coopération sanitaire sont appelés à devenir la principale structure de coopération hospitalière. Cette évolution semble d'autant plus probable que les rapprochements incluant des aspects purement médicaux sont de plus en plus nombreux. Ainsi, selon Philippe RAULT-DOUMAX, «le GCS crée un modèle original d'unification sans fusion, adaptable au plus grand nombre de schémas de rapprochements. Il réalise un *modèle d'hospitalisation polymorphe* qui sera celui de l'avenir du système d'hospitalisation »<sup>101</sup>.

Mais une fois le choix de cette structure opérée, tout reste encore à faire. Ce sont en effet les détails et les aspects les plus concrets qui peuvent constituer les obstacles

---

<sup>101</sup> RAULT-DOUMAX P., *op.cit.* (note 58), p.190.



bloquants, allant parfois jusqu'à empêcher la concrétisation du partenariat. Le rôle du directeur consiste alors en un effort constant de conviction, visant à assurer la légitimité du projet et l'adhésion de l'ensemble des équipes. Mettre en place un tel changement dans un centre hospitalier implique de prendre en considération les aspects humains, qui sont sans doute les plus sensibles. En s'appuyant sur l'expertise de ses collègues et en répondant aux craintes exprimées, le directeur pourra faire avancer le projet pas à pas et rendre à chacun un rôle d'acteur à part entière de la coopération.

Il est aujourd'hui encore prématuré de se prononcer sur la pérennité du partenariat unissant le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier, dans la mesure où le GCS n'est pas encore en place et où l'installation dans le bâtiment de haute technologie aura lieu en 2008.

Certes, se lancer dans un partenariat, le concrétiser, lui donner une structure sur laquelle s'appuyer, ce sont là des décisions qui engagent l'établissement pour l'avenir. Mais c'est ensuite, dans la conduite quotidienne de la coopération, que s'éprouve la qualité des relations entre partenaires et des instruments que ceux-ci ont mis en place.

Le partenariat est une relation fragile, qui nécessite une implication constante de chacune des structures engagées afin de le faire évoluer, de l'adapter aux exigences nouvelles qui ne cessent d'émerger. Les perspectives de cette coopération sont riches et les projets nombreux ; la souplesse du GCS nouvellement créé est à cet égard un atout de taille, qui lui permettra de s'adapter et d'enrichir le pôle en fonction des opportunités et de la volonté des équipes.

Sans préjuger des changements ultérieurs, il est donc possible d'affirmer que les deux établissements sont parvenus à créer, au travers du GCS, un nouvel équilibre souple et évolutif, qui permet aujourd'hui de concilier leurs intérêts. Il devrait à terme faciliter la réalisation de leur ambition de développement et renforcer ainsi leur positionnement en tant que pôle de santé de référence pour le bassin du Hainaut.

---

# Bibliographie

---

- **Textes officiels**

- Code de la Santé Publique.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat
- Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux Groupements d'Intérêt Public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale.
- Loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 dite Malandain - Mermaz tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n°86-1290 du 23 décembre 1986.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Avis du Conseil d'Etat, Section Sociale, n°358047 du 1<sup>er</sup> août 1995.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret n°2001-451 du 21 mai 2001 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit.
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Circulaire DHOS n°2003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2004.
- Décret n°2004-451 du 21 mai 2004 relatif aux pharmacies à usage intérieur.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n°2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

- **Ouvrages**

- CALMES G., SEGADE JP., LEFRANC L., *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Paris : Masson, 1998. 170p. Objectifs en management hospitalier.
- CLÉMENT, J-M., CLÉMENT C., DUPUY O., PELJAK D., *Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier*, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2004. 132p.
- CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALAUURIE C. et al., *L'hôpital stratégie : dynamiques locales et offre de soins*, Montrouge : Direction des Hôpitaux, MIRE / John Libbey Eurotext, 1996. 317p.
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, *Synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques*, Paris, mars 2003. 35p.
- GHERTMAN M., *Stratégie de l'Entreprise : Théories et Actions*, Paris : Economica, 2004. 271p.
- HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S., *Traité de la coopération hospitalière. Volume 1*, Paris : Editions Houdart, 2000. 207p.
- HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S., *Traité de la coopération hospitalière. Volume 2*, Paris : Editions Houdart, 2000. 117p.
- MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Clamecy : Editions d'Organisation, 2003, 434p.
- RAULT-DOUMAX P., *Établissements de soins publics et privés. Y a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ?*, Condé-sur-Noireau : L'Harmattan, avril 2005. 216p.

- **Articles et revues**

- BARBERYE R., L'hôpital en mouvement, *La Revue du Trésor*, août-septembre 2003, n°8-9, p.525-528.
- CAILLET R., MAQUET N., BOSSU P., Un GCS public/privé opérationnel depuis cinq ans : l'unité de chirurgie cardiaque de l'Artois, *Gestions Hospitalières*, novembre 2004, n°440, p.695-698.
- DE FORGES J.-M., Le groupement de coopération sanitaire, *Semaine juridique*, 2004, p.1365.
- DE FORGES J.-M., CORMIER M., La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, janvier-mars 2004, n°1, p.110-131.
- DOGIMONT R., Groupement de coopération sanitaire. Transcription juridique d'incertitudes politiques, *Gestions Hospitalières*, janvier 2004, n°432, p.12-17.

- ESPER C., Le groupement de coopération sanitaire, *Actualités Jurisanté (CNEH)*, avril 1997, n°17, p.24.
- ESPER C., Le groupement de coopération sanitaire, nouvelle formule de collaboration entre établissements de santé, *Techniques hospitalières*, mars 1998, n°624, p.35-45.
- ESPER C., JAAFAR D., MADELMONT F., MARZOUG S., TANGUY H., Hôpital 2007 : Nouvelles modalités d'investissement des établissements de santé – Vademecum du décideur hospitalier, *Gestions hospitalières*, février 2004, n°433, p.94-102.
- ESPER C., JAAFAR D., MARZOUG S., RAYSSAC R., CAILLET R., MAQUET N., BOSSU P., Le groupement de coopération sanitaire, outil privilégié de coopération de santé – aspects novateurs , *Actualités Jurisanté (CNEH)*, juin/juillet 2004, n°46, p.4-31.
- MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS AP., La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? , *Revue Française de Gestion*, mai-juin 2004, vol.30, n°150, p.29-53.
- PROVILLE S., Le groupement de coopération sanitaire, *Bulletin juridique de la santé publique*, octobre 2004, n°77, p.14-15.
- ROMATET J-J. , LEFEBVRE J-F, Investissements hospitaliers : plaider pour le groupement de coopération sanitaire, un exemple de partenariat public/privé, *Revue Hospitalière de France*, septembre-octobre 2003, n°494, p.24-26.
- SEGADE JP., Le groupement de coopération sanitaire : premières réalisations et questions de droit, *Actualités Jurisanté (CNEH)*, mars 1999, n°25, p.16-17.

- **Mémoires**

- AMPROU AC., *Le Partenariat Public-Privé à l'hôpital de Laval. L'exemple d'un bail emphytéotique dans le cadre de l'ordonnance du 4 septembre 2003*, Mémoire ENSP 2004. 93p.
- COME N., *Une coopération public / privé avec partage d'activités, l'exemple du CH Côte de Lumière (Sables d'Olonne)*, Mémoire ENSP 2004. 115p.
- HORN N., *Le développement d'une coopération entre un hôpital public et le secteur privé : l'exemple du groupement de coopération sanitaire entre le centre hospitalier Marc-Jacquet, la clinique Saint-Jean de Melun et le groupe Généridis*, Mémoire ENSP 2001. 97p.
- LAGIER P., *Hôpital public et stratégies externes : les projets de coopération public-privé du Centre Hospitalier de Rambouillet sur la Ville Nouvelle de Saint-Quentin en Yvelines*, Mémoire ENSP 2003. 89p.
- SABAH P., *La dimension humaine des restructurations hospitalières : enjeux et perspectives. L'exemple de la fusion du centre hospitalier de Béziers avec une clinique privée*, Mémoire ENSP 2000. 99p.

- **Documents internes**

- Avant-Projet Définitif.
- Communiqués de presse.
- Compte-rendus des réunions des groupes de travail thématiques.
- Contrat constitutif du Groupement d'Intérêt Economique CHV – AHNAC, 24 novembre 2003.
- Contrat d'Objectifs et de Moyens 1999-2003, 20 décembre 2000.
- Convention constitutive du « GCS Sant'Hainaut », 2005.
- Convention de coopération relative au Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, 6 octobre 2003.
- Dossiers de demande d'autorisation de transferts de lit (pour les services d'Orthopédie - Traumatologie, de Cardiologie et de Pneumologie).
- Dossier de demande de subvention relatif au Serveur d'Identité Commun et au Dossier Unique du Patient.
- HôpiVal (journal interne du centre hospitalier de Valenciennes)
- HôpiFlash (feuille d'information du centre hospitalier de Valenciennes)
- Ordres du jour et Procès-verbaux des Conseils d'Administration du GIE.
- Plan de Communication du GIE.
- Documents de présentation aux instances, en Conseil Exécutif et en Comité de Direction.
- Procès-verbal du CTE extraordinaire du 2 février 2005.
- Programme capacitaire CHV - Teissier.
- Programme Technique Détaillé.
- Programme Territorial de Santé du Valenciennois, décembre 2003.
- Protocole d'accord entre l'AHNAC et l'ARH, 11 juillet 2001.
- Rapport d'évaluation du Bloc opératoire du CHV pour l'accueil de praticiens de la clinique Teissier, Cabinet IRIS Conseil, juillet 2004.
- Rapport du Cabinet ORUM: « Accompagnement juridique et organisationnel du rapprochement », 9 mai 2003.

- **Articles de la presse locale**

- CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DU VALENCIENNOIS, L'offre de soins : le Valenciennois gagne en santé, *Initiatives du valenciennois*, Dossier octobre 2004, n°65, p.21-26.
- DEBOOSÈRE A., Assainir la situation pour se développer, *La Voix du Nord*, 27 avril 2004.

- ETUIN H., Du High Tech pour l'avenir, *L'Observateur du Valenciennois*, 30 avril 2004, p.11.
- ETUIN H., Le plein d'euros !, *L'Observateur du Valenciennois*, 27 mai 2005, p.8.
- ETUIN H, Un partenariat nommé Sant'Hainaut, *L'Observateur du Valenciennois*, 3 juin 2005.
- HOSPIMEDIA, Le CH de Valenciennes et la clinique Teissier confirment leur partenariat, 27 avril 2004.
- HUIN A., Un GIE nommé « Sant'Hainaut », *va-infos.com*, juin 2005.
- RICHEZ S., « Travailler ensemble dans l'intérêt du patient », *La Voix du Nord*, 3 juin 2005.
- T.T., La modernisation de l'hôpital examinée au Conseil, *La Voix du Nord*, 21 octobre 2004.
- T.T., Hôpital high-tech : financement assuré, *La Voix du Nord*, 20 mai 2005.
- VA-INFOS.COM, Extension du CHV et partenariat avec la clinique Teissier, 29 avril 2004.

- **Sites Internet**

- Agence de Presse Médicale : [www.apmnews.com](http://www.apmnews.com)
- ARH Nord Pas-de-Calais : [www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr)
- Association Hospitalière Nord-Artois-Cliniques : [www.ahnac.fr](http://www.ahnac.fr)
- Centre hospitalier de Valenciennes : [www.ch-valenciennes.fr](http://www.ch-valenciennes.fr)
- Chambre de Commerce et d'Industrie du Valenciennois : [www.valenciennes.cci.fr](http://www.valenciennes.cci.fr)
- Conseil d'État : [www.conseil-etat.fr](http://www.conseil-etat.fr)
- Fédération Hospitalière de France : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)
- Légifrance : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Projet de convention constitutive du GCS Sant'Hainaut.

**Annexe 2** : Plans et esquisses.

## **Annexe 1**

### **Projet de convention constitutive du GCS Sant'Hainaut<sup>102</sup>**

---

<sup>102</sup> Il s'agit du projet de convention constitutive, dans sa version validée par le conseil d'administration du GIE le 27 juin 2005, par celui du CHV le 23 juin 2005.



## **Annexe 2**

### **Plans et Esquisses<sup>103</sup>**

---

<sup>103</sup> Ces plans et esquisses ont été réalisés par les cabinets d'architecture Groupe 6 et l'agence MAES, avec la collaboration des bureaux d'études SODEG, OTH et BERIM.

**Photo aérienne du site actuel.**



**Vue aérienne du site après travaux, esquisse.**





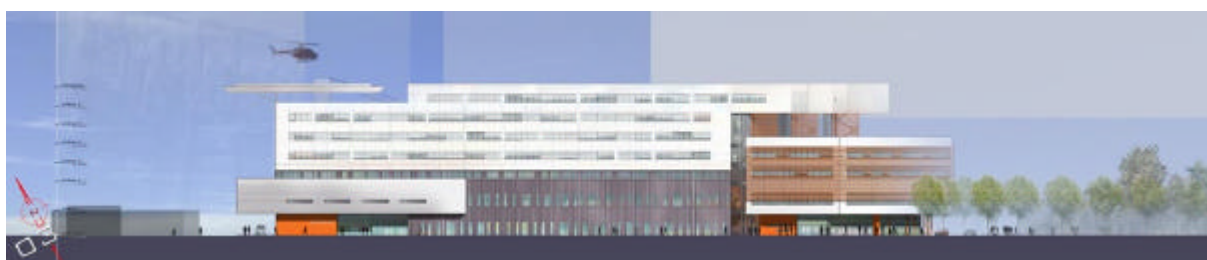
**Plan du site, partie CHV.**



**Vue de la façade côté avenue Désandrouin, esquisse.**



**Vue sur la façade ouest, esquisse.**



**Vue sur la future entrée commune, esquisse.**

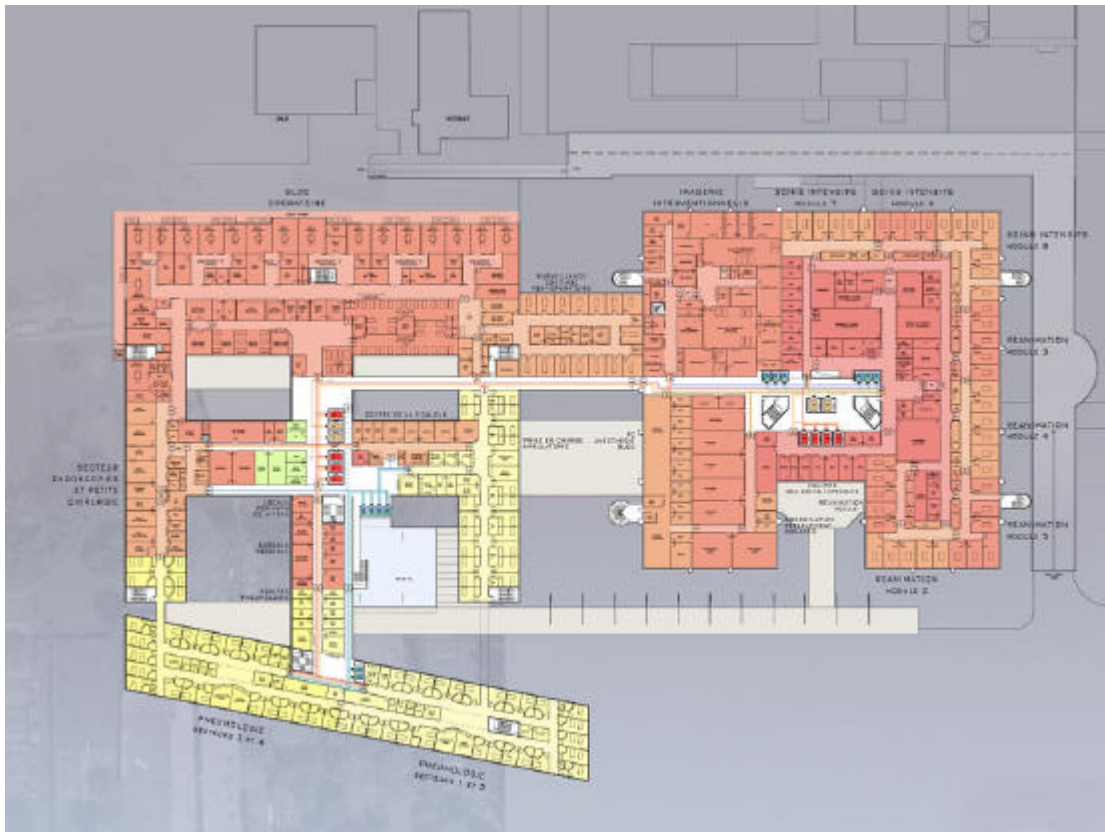


**Vue depuis l'avenue Désandrouin, esquisse.**





## Plan du bâtiment de haute technologie, niveau 1.



## Plan du bâtiment de haute technologie, niveau 3.

