



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2006

---

**La singularité du rapprochement des  
centres hospitaliers d'Orsay et de  
Longjumeau : vers un groupe  
hospitalier Nord Essonne ?**

---

**Mathilde HENRY**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier très sincèrement Stéphane Deleau, mon maître de stage, qui m'a permis de réaliser ce mémoire dans les meilleures conditions. Je voudrais aussi remercier les deux autres inspecteurs du service : Myriam Blum et Vincent Cailliet, qui m'ont aidé autant sur le fond que sur la forme à mener à bien ce mémoire.

De plus, je remercie toutes les personnes qui m'ont reçu en entretien.

- Mme Aubry, Présidente du Conseil d'Administration du centre hospitalier d'Orsay
- M. Barreau, médecin conseil au SMAMIF
- M. Büsschaert, chargé de mission à l'ARH Ile-de-France, référent du département de l'Essonne
- Mme Cailliet, directrice des affaires générales au centre hospitalier d'Orsay
- Mme Chenail, ancienne IPASS à la DDASS de l'Essonne, sur l'Offre de Soins
- M. Delanoue, ancien Directeur de la DDASS de l'Essonne (91), actuellement directeur de la DDASS du Val d'Oise (95)
- M. Galy, directeur des finances du centre hospitalier de Longjumeau
- M. Garin, président de la CME du centre hospitalier de Longjumeau
- M. Groseil, élève directeur au centre hospitalier d'Orsay
- Mme Lemonnier, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DDASS de l'Essonne
- M. Laisné, Directeur Adjoint de la DDASS de l'Essonne
- M. Lereboure, Directeur de la DDASS de l'Essonne
- M. Michelangeli, directeur commun des centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau
- M. Mselati, président de la CME du centre hospitalier d'Orsay
- M. Nieuviaert, Président du Conseil d'Administration du Centre hospitalier de Longjumeau
- Mme Pizzo-Ferrato, directrice du personnel du centre hospitalier d'Orsay

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIERES : UN ARSENAL JURIDIQUE AU SERVICE D'UNE OFFRE DE SOINS PLUS EFFICIENTE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 La coopération inter hospitalière : une nécessaire sortie des murs de l'établissement sanitaire pour concilier plusieurs objectifs.....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Pour une plus grande sécurité du patient et une meilleure accessibilité aux soins .....	8
A) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés .....	9
B) La planification hospitalière au service d'une optimisation de l'offre de soins .	9
C) L'égalité dans l'accès aux soins .....	11
1.1.2 Pour l'intégration de l'établissement sanitaire dans un territoire de santé.....	12
A) Tenir compte de la place de l'hôpital dans la ville .....	12
B) Anticiper les évolutions démographiques.....	12
C) Faire face à la concurrence.....	13
D) Ouvrir le projet d'établissement sur l'extérieur .....	13
1.1.3 Pour une optimisation des moyens et des personnels.....	14
A) Optimiser les moyens en place.....	14
B) Coopérer dans une logique de démographie médicale et paramédicale.....	14
C) Devenir un établissement plus attractif .....	16
1.1.4 Pour une recherche de rentabilité et d'efficience avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) .....	16
<b>1.2 Une palette de modes de coopération aux conséquences juridiques plus ou moins poussées, mais dont la réussite dépend de l'implication des acteurs.....</b>	<b>17</b>
1.2.1 La fusion de deux ou plusieurs établissements de santé : le procédé le plus institutionnalisé.....	17
1.2.2 Une superposition d'outils juridiques qui n'ont pu donner lieu à une coopération satisfaisante. ....	18
A) Le Syndicat Inter hospitalier- (SIH) .....	18
B) La convention et la fédération médicale inter hospitalière:.....	19
C) Le groupement d'intérêt public (GIP) et le groupement d'intérêt économique (GIE) .....	20

1.2.3	Un outil en devenir : le Groupement de coopération sanitaire. ....	21
A)	Les origines du GCS.....	21
B)	Les modifications du GCS avec l'Ordonnance du 4 septembre 2003.....	22
C)	Le GCS : maître d'ouvrage ?.....	22
1.2.4	Un mode de coopération atypique : la direction commune .....	23
1.2.5	Les facteurs de réussite ou d'échec d'une restructuration .....	25

## **2 UNE COOPERATION INTER HOSPITALIERE ORIGINALE : LA DIRECTION COMMUNE, POINT DE DEPART DU RAPPROCHEMENT ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU ..... 26**

### **2.1 Le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau : une coopération initialement fragile.....26**

#### 2.1.1 Deux établissements aux dimensions différentes .....26

A) En ce qui concerne l'activité ..... 26

B) En ce qui concerne les personnels ..... 27

#### 2.1.2 Une situation géographique peu favorable à un rapprochement.....27

A) Orsay et Longjumeau : deux villes de l'Essonne mal reliées entre elles ..... 27

B) Deux hôpitaux dans deux bassins de vie différents..... 28

#### 2.1.3 Pourquoi rapprocher deux établissements aussi antagonistes ?.....28

A) Le centre hospitalier de Longjumeau, un établissement de taille importante, souffrant de sérieuses difficultés financières ..... 29

B) Le centre hospitalier d'Orsay, un établissement multi-sites, à la situation financière saine..... 30

### **2.2 Une première tentative peu fructueuse de rapprochement entre deux centres hospitaliers .....31**

#### 2.2.1 La genèse de la coopération ..... 31

#### 2.2.2 La nécessaire intervention de la société de conseil en Santé « IRIS » ..... 32

#### 2.2.3 Un compromis pour sortir de l'impasse : le SIH Nord Essonne ..... 33

### **2.3 L'arrivée de nouveaux acteurs en 2003 : un tournant positif dans la coopération entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau .....35**

#### 2.3.1 Au niveau des directions des deux établissements : le passage d'un système bicéphale à une direction monocéphale ..... 35

#### 2.3.2 La chirurgie à l'avant-garde de la coopération médicale..... 36

### **2.4 Un état des lieux de la complémentarité actuelle.....37**

2.4.1	Une complémentarité impulsée par les acteurs locaux, bénéficiant de l'appui de la tutelle .....	37
2.4.2	Un rapprochement symbolisé par une direction commune.....	38
2.4.3	Une coopération médicale consécutive à la réunion des directions .....	41
	A) La chirurgie orthopédique et viscérale : une coopération exemplaire .....	41
	B) L'élargissement des conventions médicales à d'autres activités .....	42
	C) Une gestion des ressources humaines imprégnée par la coopération .....	43
2.4.4	Une moindre implication de fait des personnels paramédicaux.....	43
<b>3</b>	<b>UN RAPPROCHEMENT LOUABLE ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU, MAIS DONT L'ABOUTISSEMENT RESTE A TROUVER.....</b>	<b>46</b>
<b>3.1</b>	<b>Une coopération en bonne voie : synthèse des réussites actuelles.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2</b>	<b>Les limites latentes à l'approfondissement de la coopération.....</b>	<b>47</b>
3.2.1	Les obstacles architecturaux.....	47
3.2.2	Les limites de la construction juridique actuelle .....	49
3.2.3	Les contraintes inhérentes à certaines disciplines .....	49
3.2.4	Les obstacles financiers.....	50
<b>3.3</b>	<b>Quelle orientation donner à ce rapprochement, pour une coopération aboutie ?.....</b>	<b>50</b>
3.3.1	La Nouvelle Gouvernance : une opportunité pour approfondir la coopération .....	50
	A) La Nouvelle Gouvernance : un outil stratégique pour aller vers un conseil exécutif commun ?.....	51
	B) La Nouvelle Gouvernance : un outil pour la mise en place de pôles transversaux et l'aboutissement des complémentarités médicales .....	52
3.3.2	Les approfondissements nécessaires pour renforcer la coopération existante....	53
3.3.3	Quels outils juridiques au service d'un groupe hospitalier Nord Essonne ? .....	54
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>I</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- AAH : attaché d'administration hospitalière
- AP-HP : assistance publique – hôpitaux de Paris
- ARH : agence régionale d'hospitalisation
- CCAM : classification commune des actes médicaux
- CEA : commissariat à l'énergie atomique
- CHSF : centre hospitalier sud-francilien
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CME : commission médicale d'établissement
- CNOSS : comité national d'organisation sanitaire et sociale
- COMEX : commission exécutive
- CRAMIF : caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
- CREF : contrat de retour à l'équilibre financier
- CSP : code de la santé publique
- CTE : comité technique d'établissement
- DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ETP : équivalent temps plein
- GCS : groupement de coopération sanitaire
- GIE : groupement d'intérêt économique
- GIP : groupement d'intérêt public
- GVT : glissement vieillesse technicité
- IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
- IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
- IGH : immeuble de grande hauteur
- MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
- PPI : plan pluriannuel d'investissement
- RTT : réduction du temps de travail
- SAMU : service d'aide médicale urgente
- SAU : service d'accueil des urgences
- SIH : syndicat inter hospitalier
- SMAMIF : service médical de l'assurance maladie d'Ile de France
- SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
- T2A : tarification à l'activité
- TEP : tomographie par émission de positons
- UPATOU : unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
- USLD : unité de soins de longue durée

## INTRODUCTION

*« Dans la mesure où elle implique une intervention sur la structuration d'un système empirique d'acteurs dont elle cherche à modifier les comportements et les modes d'ajustement, l'action de changement ne peut se concevoir en dehors des intéressés eux-mêmes. »<sup>1</sup>*

Comme le souligne le sociologue Erhard Friedberg, la résistance au changement est d'autant plus forte que les acteurs n'y sont pas associés. Ainsi, un rapprochement entre deux établissements hospitaliers imposé par le haut risque d'échouer du fait d'une non implication des acteurs locaux.

Les établissements hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés, ont historiquement travaillé en autarcie, sans s'intégrer dans un environnement sanitaire. Les pouvoirs publics s'efforcent depuis plusieurs années d'engager les établissements dans une logique de coopération pour améliorer la prise en charge des patients et rationaliser l'offre hospitalière.

La coopération inter hospitalière est un des moyens de parvenir à l'optimisation de l'offre de soins ; c'est la raison pour laquelle elle est, depuis longtemps, encouragée par le législateur.

Ainsi les planificateurs du système de santé essaient de tendre vers une rationalisation accrue de l'offre de soins et une recherche systématique de complémentarités entre les acteurs, publics et privés, du système de santé, au besoin par des moyens coercitifs.

A partir de 1996<sup>2</sup>, les pouvoirs publics s'attachent à accompagner le mouvement de "recomposition hospitalière" qui doit déboucher sur une coopération et une recherche de complémentarité entre les établissements de santé publics et privés. Elle s'inscrit dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)<sup>3</sup>, qui fixent pour cinq ans le cadre général d'évolution de l'offre hospitalière. A la différence de la carte sanitaire supprimée par l'Ordonnance du 4 septembre 2003<sup>4</sup>, le SROS, conçu pour une durée de cinq ans, présente une dimension prospective. Il détermine en effet la répartition et

---

<sup>1</sup> Erhard Friedberg – analyse de la sociologie des organisations

<sup>2</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 - Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>3</sup> Le SROS a été créé par la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 - Loi portant réforme hospitalière

<sup>4</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

l'organisation des moyens hospitaliers souhaitables en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire, compte tenu de données populationnelles, géographiques et économiques. Une des problématiques nouvelles et spécifiques du SROS de 3<sup>ème</sup> génération<sup>1</sup> est que les structures vont devoir fonctionner en articulation les unes avec les autres, dans un contexte territorial.

Dans cette dynamique de recomposition hospitalière, un observatoire des recompositions hospitalières<sup>2</sup> a été créé en mars 2003, faisant suite à un atlas de la recomposition hospitalière (1998), élaboré par le Ministère chargé de la Santé, établit désormais par région le bilan des opérations de coopération.

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, l'ordonnance du 4 septembre 2003 simplifie et régionalise les démarches de planification : la carte sanitaire est supprimée, le SROS devient l'outil unique de planification, les "secteurs sanitaires" sont remplacés par des "territoires de santé" et la quasi-totalité des autorisations est désormais déconcentrée au niveau des ARH. La notion de lit et de place disparaît au profit de l'objectif quantifié qui comptabilise un volume d'activité par exemple en journées.

Les outils dont disposent les établissements de santé pour coopérer se sont accumulés depuis plus de trente ans. La forme de coopération est, selon les cas, conventionnelle ou organique. Elle entraîne, ou non, la création d'une nouvelle personne morale entre les partenaires. Le choix de la forme juridique dépend des objectifs poursuivis par les parties, et de la nature de la coopération qu'elles entendent mettre en place. La loi du 31 décembre 1970<sup>3</sup> avait déjà fixé un cadre juridique aux actions de coopération par le biais des conventions et des syndicats inter hospitaliers. La loi du 31 juillet 1991 a élargi ce cadre en permettant aux établissements de santé de recourir à de nouvelles formules juridiques, telle la participation aux Groupements d'Intérêts Publics (GIP) et Economiques (GIE). L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a créé une nouvelle modalité de coopération entre les établissements publics et privés : le groupement de coopération sanitaire (GCS). Cette Ordonnance de 1996 a aussi permis aux Directeurs d'Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), sous certaines conditions, de contraindre les établissements de santé à coopérer. Par ailleurs, l'ordonnance du 4 septembre 2003 unifie les formules de coopération sanitaire entre établissements publics et privés en faisant du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) le cadre naturel des coopérations et des réseaux de santé.

---

<sup>1</sup> SROS 3 : 2006- 2011

<sup>2</sup> <http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr>

<sup>3</sup> LOI n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière



En Ile-de-France, on recense peu d'hôpitaux locaux. La plupart des établissements de santé sont de capacité assez importante, du fait d'une densité de population très supérieure à la moyenne nationale. L'activité de ces établissements est surtout tournée autour des grands domaines que sont le MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). La problématique de la recomposition de l'offre hospitalière doit prendre en compte cette particularité d'une faiblesse de graduation des soins. L'offre hospitalière est ainsi globalement excédentaire en Ile-de-France, avec environ cinq cents établissements sanitaires et 90 000 lits et places d'hospitalisation.

Dans les années 1990, les exemples de fusion entre établissements publics de santé sont nombreux en Ile-de-France (pour les établissements gérés par l'ARH d'Ile-de-France) : la fusion Aubonne-Montmorency, celle de Poissy-St-Germain (actuellement le plus gros établissement d'Ile-de-France géré par l'ARH), la fusion Evry-Corbeil (création du Centre Hospitalier Sud Francilien – CHSF , 2ème plus gros établissement d'Ile-de-France hors Assistance Publique – Hôpitaux de Paris - AP-HP), les établissements de Créteil-Henri Mondor (établissement de l'AP-HP) et Créteil inter-communal ; ou encore les établissements de santé de Lagny et Meaux en Seine-et-Marne. On voit donc que la fusion est issue d'un procédé de rapprochement assez développé ces dernières années. Celle-ci était parfois subie ou souhaitée. D'autres outils de coopération existent et ont été utilisés en Ile-de-France, comme le Syndicat Inter-Hospitalier (SIH) Etampes-Pithiviers.

Mais là encore, au-delà des modalités de coopération, ce qui conditionne le plus la réussite d'une coopération est bien l'implication des acteurs. Imposer une structure juridique à des établissements qui ne veulent pas travailler ensemble compromet fortement ses chances de réussite. Pour coopérer efficacement, il semble opportun que les acteurs de terrain aient commencé à travailler ensemble, pour ensuite déterminer quel outil juridique s'adapterait le mieux à ce cas particulier, et non renverser le problème.

L'étude de ce mémoire portera sur le rapprochement entre deux centres hospitaliers publics du département de l'Essonne (91) : le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay. Alors que la volonté de la tutelle de voir se rapprocher ces deux établissements a été clairement annoncée à la fin des années 1990, ni la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales - DDASS et ni l'ARH) a été clairement annoncée à la fin des années 1990, ces dernières n'ont pas imposé de coopération, sauf pour le service des urgences, avec la création d'un syndicat inter hospitalier (SIH) Nord Essonne en 1998. Et, en dehors de toute attente, ce sont les établissements eux-mêmes qui ont fait la démarche de se rapprocher. Ceci s'est matérialisé par un directeur en charge des deux établissements (directeur en poste de l'un et directeur par intérim de l'autre) avant la création d'une véritable direction commune, une première en France. Par ailleurs, de nombreux liens médicaux ont pu être tissés. Cette nouvelle forme de coopération, qui ne repose pas sur des outils juridiques

habituellement utilisés pour aboutir à un rapprochement entre deux centres hospitaliers, est au cœur de ce mémoire.

Cette étude mettra de mettre en exergue dans quelle mesure et à quelles conditions la direction commune, caractérisée par une démarche pragmatique et progressive, permet une complémentarité médicale entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay, qui peut conduire à terme à un projet plus global de coopération hospitalière.

Mais ce mémoire n'est en rien un manuel sur les coopérations hospitalières. Même s'il en rappelle brièvement les objectifs et les outils, il s'agit avant tout de montrer en quoi ce rapprochement entre ces deux établissements est intéressant du fait de sa singularité, via la mise en place d'une direction commune. Il paraît donc essentiel de bien recadrer cette coopération dans la problématique francilienne. En effet, il est ici question d'un rapprochement entre deux établissements : le centre hospitalier de Longjumeau, 2<sup>ème</sup> établissement du département et le centre hospitalier d'Orsay, de plus petite taille. Ces deux établissements sont situés à treize kilomètres l'un de l'autre. L'obstacle majeur au rapprochement de ces deux centres hospitaliers n'était donc pas la distance relativement faible, mais bien le fait que ces établissements n'aient pas travaillé en collaboration pendant des années. Ceci n'a pas été seulement le fait de personnalités ne voulant pas travailler ensemble mais aussi d'obstacles matériels. Le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau sont tous deux tournés vers Paris du fait d'un réseau de communications (autoroute et RER) qui remonte vers le Nord. Orsay et Longjumeau sont donc mal reliés. Cette problématique est spécifiquement francilienne. Si ces établissements avaient été situés hors Ile-de-France, il est évident que la situation aurait été différente, surtout depuis que les pouvoirs publics envisagent une rationalisation de l'offre de soins, via les recompositions hospitalières. Les doublons auraient été trop importants en période de maîtrise des dépenses de santé pour laisser deux établissements si proches ne pas coopérer.

C'est pour cela que cet exemple de rapprochement entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau est apparu intéressant. D'une part, il ne découle pas d'une coopération imposée par le haut ; d'autre part, il est unique car actuellement, en dehors de l'Ile-de-France, il paraît inenvisageable que deux établissements situés à treize kilomètres ne soient pas dans l'obligation de se rapprocher.

La méthodologie retenue pour réaliser ce mémoire est la suivante :

Tout d'abord, j'ai essayé d'avoir une vision exhaustive des recompositions hospitalières via des lectures de revues et de manuels de droits hospitaliers sur ce thème. Mais la littérature traitant de coopération est rare et peu récente, sauf en ce qui concerne les

groupements de coopération sanitaire (les GCS), les décrets d'application de ces derniers n'étant pas sortis. Quant à la thématique de la direction commune, celle-ci étant une première pour ces deux établissements, aucun article n'y fait référence, à part un document relatif à la complémentarité Orsay/Longjumeau réalisé par une société de conseil en Santé « IRIS », en mai 1998, et un diagnostic SMAMIF-CRAMIF et DDASS de fin 2001 sur ces deux établissements. Ainsi, mes quelques lectures, visant à l'exhaustivité sur le sujet, ont été complétées par des études plus approfondies de fusions majeures en Ile-de-France (Aubonne-Montmorency, Poissy-St-Germain, Evry-Corbeil).

Par ailleurs, la richesse de ce mémoire dans sa partie spécifique aux centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau réside dans l'opportunité qui m'a été offerte de m'entretenir avec les acteurs de ce rapprochement. Au total, j'ai rencontré dix huit personnes (cf la liste dans les remerciements). J'ai aussi eu des échanges informels avec les représentants du personnel lors de Conseils d'Administration. Chaque entretien durant entre une heure et une heure trente minutes, j'ai eu une masse d'informations de qualité suffisamment exploitable pour mon mémoire. Une fois ces entretiens retranscrits, j'ai fait des synthèses transversales regroupant les points de vue de chacun des acteurs sur différentes problématiques (la position de l'ARH, l'historique, les réactions des personnels, la Nouvelle Gouvernance, la T2A, etc).

Comme il y a peu d'écrits sur ce cas particulier de rapprochement, les entretiens ont constitué la base essentielle de mon travail d'analyse. Ainsi, le but de ce mémoire a bien été de faire ressortir la vision que les différents acteurs avaient de ce rapprochement. Il n'est pas question de faire un état des lieux du point de vue de chacun mais bien d'analyser leurs arguments en les synthétisant pour avoir une vision plus globale de cet exemple de collaboration unique, pour montrer en quoi ce rapprochement est une véritable alternative à la coopération imposée.

XXXXXXXXXXXX

Afin de clarifier le cadre dans lequel ce mémoire prend place, je préciserai dans un premier temps les formes de coopération inter hospitalières existantes : je mettrai en lumière les objectifs qui en sont attendus, et exposerai l'éventail plutôt large des modes de coopération qui s'offrent aux établissements de santé dans leurs tentatives de recompositions hospitalières.

Je m'attacherai ensuite à rendre compte de la façon dont la coopération s'est instaurée entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau, deux établissements assez différents et dont les premières tentatives de coopération n'ont pas donné les résultats escomptés. Je tenterai de montrer ce que cette coopération a

d'atypique par la forme inédite qu'elle a prise à la faveur des circonstances : la direction commune.

Enfin, je dresserai le bilan actuel de la collaboration entre ces deux centres hospitaliers en énonçant ses réussites et les obstacles qui pourraient freiner son approfondissement. J'essaierai de figurer quel futur peut lui être envisagé, et quelle orientation peut lui être donnée pour pérenniser et faire fructifier au mieux ce rapprochement original.

# 1 LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIERES : UN ARSENAL JURIDIQUE AU SERVICE D'UNE OFFRE DE SOINS PLUS EFFICIENTE

L'hôpital est aujourd'hui confronté à l'évolution de la médecine, à une forte concurrence et aux exigences nouvelles des patients. Pour surmonter cette ouverture sur l'extérieur, les établissements de santé disposent d'une possibilité : la coopération avec ses homologues et les structures hospitalières privées.

Les opérations de recomposition de l'offre de soins sont constituées par toutes les actions qui conduisent à une modification de la structure de l'offre de soins institutionnelle assurée par des établissements de santé publics et privés.

*« La coopération consiste pour un groupe d'établissements à décider de faire ensemble ce que chacun pourrait faire isolément, mais décide de ne plus faire par lui-même. Les établissements qui entrent dans un cadre de coopération acceptent donc de ne plus produire ou acheter le bien ou le service, objet de la coopération. L'activité est déléguée à la communauté réunie des établissements.*

*Il en résulte que la coopération consiste exclusivement en la mise en commun des moyens, qu'il s'agisse de locaux, d'équipements, de matériels, de consommables, de personnels (dans le respect des règles statutaires), ou en la constitution d'un service commun lorsque l'activité est déléguable. [...] La coopération repose sur le principe du partage des coûts de fonctionnement entre l'ensemble des établissements. En d'autres termes, les établissements n'achètent pas une prestation ; ils assurent ensemble le financement de l'activité ».<sup>1</sup>*

La sémantique utilisée ici est la suivante :

La coopération interhospitalière est la formule générique. Elle regroupe l'ensemble des actions de rapprochement.

La recomposition, quant à elle, est plus globale : on parle de recomposition de l'offre de soins sur l'ensemble d'un département, voire d'une région.

Regroupement et fusion d'établissements sont synonymes.

Et pour finir, on dit de deux établissements qu'ils travaillent en complémentarité quand ils existent en tant qu'entité individuelle et font les choses ensemble (ex : mise en place de gardes communes en chirurgie).

---

<sup>1</sup> Circulaire DH/AF3/SI5 n°99-225 du 14 avril 1999

Le sujet de la recomposition de l'offre hospitalière est d'actualité depuis une dizaine d'années. Dans une lettre adressée au président du Conseil d'Administration d'Eaubonne (en vue de la fusion des hôpitaux d'Eaubonne et de Montmorency, qui s'appelle aujourd'hui l'hôpital Simone Veil) en date du 9 décembre 1993, Simone Veil (alors Ministre de la Santé), écrit: « *Je peux vous assurer que mon ministère recherche et soutient toutes les initiatives et les actions de complémentarité, de coopération, et, lorsque c'est possible, de fusion entre établissements sanitaires publics ou privés. L'expérience a largement démontré que ces opérations, bien conduites, avec la volonté convergente des élus, des administrateurs et des personnels, aboutissent toujours à une meilleure organisation des soins, à une amélioration du fonctionnement et à une rationalisation des coûts pour une prestation accrue des soins dispensés aux malades* ».

La coopération n'est pas une fin en soi. C'est un moyen pour concilier différents objectifs. En effet, la recomposition hospitalière doit accorder une attention majeure à la sécurité des patients dans un contexte territorial.

Pour ce faire, plusieurs outils sont à la disposition des établissements de santé, la formule choisie dépendant d'abord de la finalité de la coopération.

## **1.1 La coopération inter hospitalière : une nécessaire sortie des murs de l'établissement sanitaire pour concilier plusieurs objectifs**

Depuis le début des années 1970, la maîtrise des dépenses hospitalières est l'une des préoccupations des pouvoirs publics, qui visent à freiner les dépenses tout en préservant une certaine égalité dans l'accès aux soins. La planification hospitalière, et les autorités qui la conduisent, doivent de nos jours concilier trois objectifs qui semblent, a priori, contradictoires : l'accessibilité aux soins hospitaliers, la garantie de la qualité et de la sécurité des soins, la maîtrise des dépenses de santé.

Les opérations de recomposition sont animées par la volonté d'offrir à la population un accès aux soins garantissant la plus grande sécurité dans la qualité des soins dispensés, tout en tenant compte des particularités propres au territoire concerné qui nécessitent une réponse adaptée à la situation.

### **1.1.1 Pour une plus grande sécurité du patient et une meilleure accessibilité aux soins**

L'objectif des fusions n'est pas en soi la suppression d'hôpitaux, mais la rationalisation de l'offre de soins en vue de répondre au mieux aux besoins de la population et de lui offrir toute la palette de soins nécessaires. Il s'agit donc ici d'une logique « populationnelle » de la planification sanitaire et sociale.

#### A) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés

Cet objectif apparaît en filigrane dans presque toutes les opérations de recomposition ; celles-ci permettent de faire face aux problèmes de sécurité dus à la masse critique de la structure. Un établissement de trop petite taille peut prendre des risques du fait d'un manque de personnel ou d'un manque de pratique.

*« Pour maintenir une activité coûte que coûte dans les petits hôpitaux, on expose la population française à des risques opératoires injustifiés. Il est frappant de noter que certaines petites villes se battent pour garder leur maternité et leur service de chirurgie, que d'autres villes ont parfaitement aménagé la permanence de soins et l'accès à une maternité ou à un service de chirurgie de qualité, en concentrant les hommes et les matériels sur un seul plateau technique »<sup>1</sup>*

Ainsi, le rapport du conseil national de la chirurgie, sorti en juin 2005, préconise un seuil d'activité minimal d'au moins deux mille interventions par an, ce qui correspond à un bassin de population d'environ 50 000 habitants. Ceci n'est qu'une préconisation et non un critère opposable juridiquement. C'est pour cela qu'il faut faire très attention aux effets de seuil. Mais les chirurgiens dans leur ensemble sont d'accord avec le fait qu'il faille restructurer pour que les établissements ayant une faible activité chirurgicale (seuil des deux mille opérations par an) se regroupent, d'autant plus qu'ils ont conscience des problèmes de démographie médicale. Ainsi, tout dépend du nombre de praticiens disponible et de la permanence de soins qui peut être assurée. Mais se regrouper peut permettre aux établissements d'apporter des soins plus sûrs aux patients.

#### B) La planification hospitalière au service d'une optimisation de l'offre de soins

L'optimisation de l'offre de soins implique la recherche de complémentarités en matière d'activités de soins entre tous les établissements de santé quels qu'ils soient dans un territoire donné.

Les restructurations sont un moyen de rationaliser l'offre de soins au regard des besoins. Elles permettent de maintenir un maillage géographique satisfaisant pour assurer l'égalité d'accès aux soins. Restructurer permet de regrouper certains services au sein d'un seul établissement au lieu de deux, et parfois de diminuer l'offre de soins offerte lorsque celle-ci était excédentaire. C'est ici qu'intervient la planification via le SROS, dont les annexes, rédigées par l'ARH après consultation de l'ensemble des partenaires, sont opposables.

L'ARH a entre autres pour rôle de stimuler de nouvelles formes d'organisations entre les établissements insérés dans un environnement. A cet effet, l'Ordonnance du 24 avril 1996 a doté les ARH de pouvoirs nouveaux, afin de contraindre les établissements de santé à s'engager dans cette politique. Ainsi, il lui est désormais possible de demander à deux ou

---

<sup>1</sup> Pr Guy Vallancien – Pour que vive la chirurgie – Progrès FMC, 2005.

plusieurs établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer un syndicat inter hospitalier (SIH) ou un groupement d'intérêt public (GIP), de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public par fusion des établissements concernés. Mais des garanties sont mises en œuvre : la demande doit être motivée et soumise aux Conseils d'Administration des établissements qui disposent d'un délai de trois mois pour se prononcer sur le projet. D'autres pouvoirs coercitifs sont conférés aux ARH en matière de redéploiements d'emplois médicaux et des crédits correspondants. Si l'ARH souhaite favoriser un rapprochement, elle pourra par exemple accepter de financer un poste sur deux sites, comme c'est le cas à Orsay et Longjumeau où l'Agence a accepté de financer un poste d'urologue car il était affecté aux deux établissements.

Mais une question se pose ici : comment l'ARH peut-elle planifier en ayant de moins en moins la main sur l'allocation de ressources ? En effet, l'Ordonnance de 1996 prévoyait deux missions à l'ARH : planificateur (via le SROS et la carte sanitaire supprimée) et allocateur de ressources (en ayant un rôle dans la répartition de l'enveloppe régionale à la base des dotations globales). Avec la tarification à l'activité (T2A), les établissements vont progressivement être les seuls responsables de leurs ressources (la T2A devrait être à 100% d'ici 2012, car pour le moment, la dotation annuelle complémentaire vient compléter la T2A qui était introduite dans la limite de 25% pour les établissements de santé publics en 2005). Le rôle de planificateur peut-il s'accroître au détriment de celui d'allocateur de ressources, du fait de T2A ? L'ARH, qui était déjà limitée en pratique par la volonté et les considérations politiques et locales, semble perdre maintenant de son pouvoir de régulation du fait des considérations financières. Ceci serait sans prendre en compte le rôle des Agences en matière d'autorisations et de renouvellements d'autorisation, même si le problème du nombre de lits devient de moins en moins celui de l'ARH. En effet, l'ordonnance du 4 septembre 2003, en supprimant la carte sanitaire (qui régit l'implantation des lits et places), réduit les leviers des ARH dans leur mission de régulation physique de l'offre. Maintenant, la dimension qualitative prime dans le rôle de planificateur de l'ARH via le SROS<sup>1</sup>, même s'il existe dans ce dernier des objectifs quantifiés. L'ARH voit quand même son rôle renforcé en matière de planification, grâce au SROS qui, actuellement de 3<sup>ème</sup> génération, commence à ne plus être qu'un moyen de se faire connaître des différents acteurs (comme ceci était le cas dans les SROS de première et deuxième génération) mais un réel instrument de planification.

---

<sup>1</sup> Le SROS (article L6121-1 CSP) vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.



La recomposition de l'offre de soins est ainsi devenue une constante de la politique sanitaire permettant d'assurer une adaptation permanente de l'offre aux besoins. C'est aussi et, ceci en premier lieu, l'outil de réalisation des objectifs du SROS.

### C) L'égalité dans l'accès aux soins

La planification française repose sur une conception de l'équité qui prône l'égalité dans l'accès aux soins. Il s'agit de garantir l'accessibilité aux soins hospitaliers, à l'ensemble de la population, en tout point du territoire. La garantie de cette accessibilité suppose implicitement que les établissements de santé soient répartis sur l'ensemble du territoire pour que chaque citoyen puisse accéder aux soins dans les mêmes conditions de distance.

Il faut que le patient soit pris en charge au plus près en fonction de la gravité de son cas (principe de subsidiarité). Des réponses adaptées et graduées doivent être apportées suivant la complexité des cas des patients. Ceci signifie que des pathologies comme la gériatrie, la médecine, les insuffisances rénales chroniques, etc doivent être soignées au niveau local, au plus près du patient. Au contraire, tout ce qui est programmable et de courte durée : chirurgie, obstétrique, etc pourra être traité dans un établissement de santé plus éloigné. Ce principe de subsidiarité consiste donc à développer l'organisation graduée de l'offre pour assurer la sécurité et la qualité des soins.

*« C'est notamment au nom de la sécurité qu'une population revendique la proximité d'un hôpital. La distance géographique constitue en effet un frein important pour l'accès aux soins. Or, c'est, entre autres critères, au nom de la sécurité des soins que les hôpitaux se regroupent, entraînant la fermeture de certains services, voire de certains établissements dits de proximité. Plus le geste médical va exiger, pour être exercé en toute sécurité, de moyens techniques, de qualification et de pratiques régulières, moins en effet il pourra être réalisé à proximité immédiate d'une population donnée. La technologie médicale impose une hiérarchie territoriale définie en niveaux de complexité. »<sup>1</sup>*

Favoriser la mise en place d'une graduation des soins permet ainsi d'assurer une permanence de soins hospitaliers de qualité et l'organisation de filières de prise en charge des patients. En effet, si le médecin d'un hôpital local n'a pas les moyens de faire une intervention chirurgicale dans son établissement, il faut qu'il soit capable de réorienter son patient dans l'établissement qui prend en charge ce genre de pathologie. Le principe de subsidiarité semble donc s'appliquer au mieux.

---

<sup>1</sup> M. PICARD – RAPPORT DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL - Aménagement du territoire et établissements de santé - 2004

### **1.1.2 Pour l'intégration de l'établissement sanitaire dans un territoire de santé**

Un établissement de santé ne peut plus vivre en autarcie, comme cela a pu être fait au moment de l'expansion du secteur sanitaire dans les années 1960-70. Actuellement, l'hôpital fait partie intégrante de son environnement et ne peut en être dissocié.

#### **A) Tenir compte de la place de l'hôpital dans la ville**

Fermer un établissement de santé ne peut se faire sans tenir compte de composantes politiques et locales. En effet, pour la population, la fermeture du service de chirurgie et/ou de maternité signifie la perte de la base technologique de l'hôpital, premier pas vers un processus irréversible de transformation de l'hôpital en établissement pour personnes âgées. Du point de vue de l'activité de la ville, on peut craindre qu'une telle décision affaiblisse les autres services socioculturels et encourage un mouvement d'exode de la population.

Premier employeur de la commune et du territoire dans lequel il est implanté, troisième employeur de France, cette «entreprise» de main d'œuvre qualifiée distribue en effet une masse salariale non négligeable (les dépenses de personnel d'un hôpital représentent entre 60 et 70% des dépenses totales) qui est réinvestie pour une bonne partie dans l'économie locale. De plus, le budget du centre hospitalier est la plupart du temps supérieur à celui de la commune. Ainsi, une recomposition de l'offre hospitalière n'est pas neutre pour la commune.

De plus, il faut qu'un hôpital soit à la disposition de ses habitants, surtout les plus démunis. Ainsi, les personnes qui n'ont pas les moyens financiers ou techniques (pas de véhicule personnel par exemple) de se déplacer doivent avoir un accès facile à l'hôpital. C'est une des raisons majeures pour lesquelles se battent les maires des communes où les centres hospitaliers sont dans le collimateur de fermeture des ARH.

#### **B) Anticiper les évolutions démographiques**

Du fait du vieillissement de la population, les pathologies lourdes augmenteront de manière importante.

Les pathologies du vieillissement – troubles de l'appareil circulatoire, cancers, maladies de l'appareil digestif – induisent des dépenses élevées d'équipements et de médicaments. Or, ces pathologies sont majoritairement traitées par l'hôpital public, compte tenu de la spécialisation des établissements privés sur les interventions fonctionnelles (cataractes, varices, prothèses etc.), qui leur permettent de maximiser leur taux de rentabilité.

Ainsi, le vieillissement de la population doit être anticipé par les établissements publics de santé qui vont se trouver confrontés très prochainement à une croissance de la demande

de soins aux personnes âgées. Cet état de fait devrait renforcer les concentrations hospitalières avec la constitution de plateaux techniques très pointus dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Là encore, le principe de subsidiarité doit jouer pleinement. Les hôpitaux locaux accueilleront les personnes âgées pour des soins médicaux nécessitant un faible plateau technique et un niveau de spécialisation peu important. A chaque fois qu'une intervention plus poussée devra avoir lieu, le patient se verra réorienté vers l'hôpital le plus approprié.

### C) Faire face à la concurrence

La concurrence est un terme purement économique, qui situe toute entreprise dans un environnement concurrentiel. La coopération et la concurrence peuvent paraître antinomiques. Le fait de coopérer doit justement permettre de ne pas se retrouver dans cette seule logique de concurrence, préjudiciable à l'offre de soins. Il s'agit au contraire de coordonner ses missions avec l'établissement voisin, qu'il soit public ou privé, en vue d'une meilleure répartition de l'offre de soins.

M. Gonthier Friederici, sous-préfet de Saint-Germain-en-Laye, écrit, en janvier 1996 (en vue de la fusion Poissy-Saint-Germain) : « *la fusion de ces deux hôpitaux en une seule entité juridique et administrative aura pour effet de faire disparaître toute concurrence entre les établissements afin de développer une véritable complémentarité médicale, pour une meilleure médecine hospitalière au profit des malades, avec des coûts mieux maîtrisés* »

Dans les faits cependant, les établissements n'ont pas l'habitude de travailler en bonne coopération. Cette logique n'est pas spontanée. Les rapprochements sont récents et ne sont pas toujours ici la volonté des différents acteurs en présence. Il est plus fréquent de regarder l'établissement voisin comme un concurrent qui prive de patients et d'activités, et donc menace le devenir de la structure, que comme une structure avec laquelle on peut coopérer. Ceci est d'autant plus vrai avec les établissements de santé privés.

Cette image peut se traduire par la formule employée par une directrice d'ARH : « *Pour le privé, quand on leur parle de coopération, ils répondent concurrence* »<sup>1</sup>

### D) Ouvrir le projet d'établissement sur l'extérieur

L'article L6143-2 CSP stipule: « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. [...] Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en*

---

<sup>1</sup> Directrice de l'ARH Bretagne – intervention à l'ENSP – Novembre 2005

*matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération. »*

Le projet d'établissement est donc un document important, qui permet d'insérer l'établissement dans son environnement. Il doit en effet être compatible avec les objectifs de planification fixés par le SROS et l'ARH. Par exemple, le projet d'établissement du centre hospitalier de Longjumeau a été refusé par l'ARH en 1999 car il ne mentionnait pas le centre hospitalier d'Orsay. Le projet d'établissement de Longjumeau était autocentré et ne prenait pas en compte la présence du centre hospitalier d'Orsay alors que l'Agence était déjà dans cette volonté de rapprochement.

En matière de coopération, le projet d'établissement doit prendre en considération les établissements avec qui il pourrait coopérer. Les structures doivent fonctionner en articulation les unes les autres, dans un contexte territorial.

### **1.1.3 Pour une optimisation des moyens et des personnels**

Face à une démographie médicale et paramédicale en baisse constante, les établissements sont dans la nécessité de se rapprocher. Cela leur permet tout d'abord de faire des économies d'échelle, tout en essayant de résoudre la problématique du manque de main d'œuvre.

#### **A) Optimiser les moyens en place**

Il peut s'agir, par exemple, de mettre en commun le plateau technique. Les établissements d'Eaubonne et de Montmorency ont fusionné en 1998. Cette fusion a permis de restructurer et de ne faire qu'un pôle mère-enfant à Montmorency. On voit donc que le rapprochement, sans aller nécessairement jusqu'à la fusion, permet de réaliser des économies d'échelle : la coopération hospitalière est inscrite dans la logique de fonction de production, dans la mesure où elle répond à la notion de taille critique. Cette démarche fait de la coopération un moyen de partager les équipements. L'ARH, pour encourager les rapprochements, favorise les postes en commun (ex urologue commun à Orsay et Longjumeau) permettent d'avoir des crédits en plus.

Coopérer permet d'utiliser les gains de productivité pour diversifier les actions du centre hospitalier et offrir à la population des possibilités de soins qui n'existent pas actuellement ; ainsi, toute la stérilisation du matériel de Poissy est actuellement effectuée à Saint-Germain (deux établissements fusionnés en 1996).

#### **B) Coopérer dans une logique de démographie médicale et paramédicale**

La coopération est un remède à la carence des médecins dans certaines spécialités. Plusieurs facteurs sont la conséquence de cette pénurie : en plus de l'effet de

la réduction du temps de travail (RTT) et du repos compensateur<sup>1</sup>, il faut prendre en compte les départs en retraite massifs, et le *numerus clausus*<sup>2</sup> qui ne les a pas toujours suffisamment anticipés. De plus, le volume d'heures de travail devrait diminuer avec l'arrivée d'une génération de praticiens attachant plus d'importance à sa vie privée, surtout avec la féminisation du corps médical (10 % du corps médical en 1960, 50 % en 2002). Ainsi, une baisse de la densité médicale est attendue à partir de 2010, qui pourrait être comprise entre 20 et 40 % de la densité actuelle. La baisse de la démographie médicale devrait être plus forte et plus rapide pour les spécialistes que pour les généralistes et, à ce titre, affecter particulièrement l'hôpital public qui accueille aujourd'hui 37 % des spécialistes.

C'est donc souvent dans une logique de démographie médicale que des établissements ont accepté de se rapprocher, conscients qu'on ne pourrait pas maintenir tous les services de réanimation, chirurgie, anesthésie, etc. La pénurie de moyens est un facteur restructurant fort. Un certain nombre de sites l'ont déjà perçu. Mais pour favoriser les coopérations en raison d'une logique démographique, il faudrait aussi prendre garde de ce que le dialogue s'établisse entre les médecins, afin que ceux-ci prennent bien conscience des conséquences de cette pénurie et d'une nécessaire réorganisation.

Les professions paramédicales partagent plusieurs des caractéristiques démographiques des professions médicales : pyramide démographique vieillissante, disparités des densités observées, renforcement de la féminisation des effectifs. Au-delà de ces caractéristiques communes, les projections disponibles sont plus optimistes. Les professions paramédicales ont, pour la plupart, connu une croissance forte de leurs

---

<sup>1</sup> Le repos compensateur est régi par les articles L 212-5, L 212-5-1, D 212-5 à D 212-11 du Code du travail ; l'exécution d'heures supplémentaires peut donner droit à repos compensateurs. D'une part un repos compensateur obligatoire est accordé en contrepartie de la fatigue occasionnée par l'allongement du temps de travail ; d'autre part il est possible de remplacer tout ou partie du paiement des heures supplémentaires par une récupération sous forme de repos équivalent dit repos compensateur de remplacement.

<sup>2</sup> Le *numerus clausus*, appliqué indépendamment de tout critère matériel lors de la sélection des candidats à l'université, constitue une limitation du nombre des étudiants à admettre en raison de l'insuffisance des places par rapport à la demande (candidats nationaux et étrangers).

Cette limitation numérique est motivée par des considérations fort diverses :

- pour maintenir certaines normes de qualité et d'efficacité de l'enseignement et de la recherche (l'admission d'un trop grand nombre d'étudiants pouvant provoquer une dégradation des conditions de travail, une déperdition excessive des effectifs d'étudiants ou un allongement exagéré des études) ;
- pour rester dans les limites de la capacité existante (le personnel, les équipements, la dimension des laboratoires, le nombre de lits d'hôpital, etc., peuvent être autant de facteurs limitatifs) ;
- pour éviter la surcharge de certains secteurs professionnels et, de ce fait, le chômage de diplômés de l'enseignement supérieur ;
- pour respecter les priorités fixées éventuellement par les autorités nationales en matière d'éducation et d'affaires sociales et économiques.

effectifs ces vingt dernières années. Les sorties s'accroîtront dans les prochaines années, particulièrement à partir de 2006, mais devraient rester inférieures aux entrées.<sup>1</sup>

Le manque de personnels paramédicaux est surtout une réalité dans des régions comme l'Île-de-France, où une véritable pénurie existe du fait d'une moindre attractivité de l'Île-de-France pour les personnels concernés (coût des loyers prohibitifs) malgré l'augmentation du nombre de médecins étrangers qui, en vertu de la circulaire DHOS-P 2 n°2001-388 du 1er août 2001, font office d'Infirmiers, et de l'équivalence Infirmiers étrangers - aides soignants, la démographie paramédicale francilienne est peu encourageante.

Ainsi, une réorganisation de l'offre de soins est nécessaire pour faire face à cette pénurie de personnels. Ceci est d'autant plus vrai que le pic des départs en retraite se situera entre 2006 et 2010.

#### C) Devenir un établissement plus attractif

Les petits établissements peuvent être considérés comme moins attractifs pour les médecins du fait de la pénibilité des gardes notamment, ou de l'isolement dans l'exercice. Ainsi, le rapprochement est un moyen d'accroître les activités et d'améliorer les conditions de travail, et par conséquent de conserver, voire d'attirer, le personnel médical.

Un rapprochement, avec une réorganisation de l'offre de soins, permet à des établissements en dessous d'une masse critique de continuer à être attractifs.

#### **1.1.4 Pour une recherche de rentabilité et d'efficience avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)**

La T2A est une régulation prix/volume limitée par le SROS et les objectifs quantifiés. Avant la T2A, les besoins étaient exprimés en lits (centrés sur l'offre) ; aujourd'hui, ceux-ci sont exprimés en séjours. Pour encadrer la T2A, qui peut paraître de logique très libérale (on ne fait que des activités rentables), la planification est nécessaire. Cette dernière, via le SROS, limite les dérives en ayant un droit de regard sur l'ensemble de l'offre de soins de la région.

Désormais, c'est donc l'activité des établissements qui détermine les recettes : l'établissement va générer lui-même la capacité de financer ses missions. Les établissements doivent donc se projeter dans l'avenir ; il s'agit de réfléchir à ce que les établissements vont faire avec les autres. La T2A devrait par conséquent avoir un impact positif sur la coopération dans la mesure où raisonner en terme d'activité impose une contrainte, c'est un exercice nouveau pour l'établissement. On ne pourra plus avoir d'activité déficitaire ; la T2A devient un vrai levier pour la coopération. Ainsi la T2A doit

---

<sup>1</sup> In Séminaire ENA – les politiques de santé – l'avenir de l'hôpital – juillet 2003

permettre de réorganiser les services entre établissements géographiquement proches afin d'avoir une offre de soins plus proche de l'activité. En coordonnant l'action entre deux établissements, cela devrait dégager des marges de manœuvre. Au lieu d'avoir des services qui ont un taux d'activité de 70%, la T2A va encourager à revoir son organisation en coopérant avec les établissements voisins pour avoir un taux d'activité proche de 100%.

La coopération est intéressante dans un contexte mise en œuvre de la T2A : cela permet une recherche de rentabilité, d'efficience (meilleure utilisation des moyens publics). Le groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency, fusionné en 1998 et dénommé depuis 2002 « hôpital Simone Veil », fait partie des références positives dont on parle régulièrement et qui a été qualifié d' « exemplaire » par plusieurs ministres de la Santé du fait de la maîtrise des dépenses hospitalières plus importante dans cet hôpital fusionné qu'ailleurs. Ainsi, contrairement à une idée répandue, les fusions hospitalières, y compris publiques, peuvent dégager des économies substantielles et produire une amélioration significative de la productivité. À moyen et à long terme, des réorganisations nouvelles sont aussi susceptibles de dégager des gains supplémentaires dans certaines fonctions médico-techniques et dans des fonctions logistiques.<sup>1</sup>

## **1.2 Une palette de modes de coopération aux conséquences juridiques plus ou moins poussées, mais dont la réussite dépend de l'implication des acteurs**

Le constat dressé par Alexis de Tocqueville en 1856<sup>2</sup>, d'une tradition française de juxtaposition des structures, trouve ici une illustration pleine et entière. Nombreuses sont en effet les formes de coopération juridique hospitalière qui sont proposées aux établissements de santé.

### **1.2.1 La fusion de deux ou plusieurs établissements de santé : le procédé le plus institutionnalisé**

A la fin des années 1990, les pouvoirs publics pensaient qu'il valait mieux fusionner car développer seulement les complémentarités médicales rendrait très difficile un véritable rapprochement abouti entre les établissements.

---

<sup>1</sup> Revue Hospitalière de France – n°504 – mai-juin 2005 – les Economies dans les fusions hospitalières – P. Forcioli

<sup>2</sup> Alexis de Tocqueville, L'Ancien Régime et la Révolution, Paris, Michel Levy Frères, 1856.

L'intérêt majeur de la fusion est d'unifier sous la même autorité (un seul Conseil d'Administration, une seule direction) les équipes et l'organisation des soins, avec un budget unique. Elle est néanmoins trop souvent crainte, en particulier par les petits établissements qui y voient la menace de perdre leur identité et la maîtrise de leurs propres projets.

Le risque de cet outil juridique est d'opérer la fusion dans les textes dans un premier temps et de mettre en place seulement ensuite les structures permettant aux professionnels de travailler ensemble. Cette coopération imposée peut être dans ce cas mise en place de façon prématurée, ce qui rend aléatoire son devenir. « *De nombreux exemples montrent que, mal maîtrisée, elle peut être synonyme de désorganisation, de démotivation du personnel et de baisse des performances.* »<sup>1</sup>

### **1.2.2 Une superposition d'outils juridiques qui n'ont pu donner lieu à une coopération satisfaisante.**

Il existe d'autres outils juridiques, moins aboutis que la fusion.

*« Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats inter hospitaliers et à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales inter hospitalières. A compter du 1er janvier 2005, aucun syndicat inter hospitalier ne peut être créé. »* (Article L6134-1 CSP)

#### **A) Le Syndicat Inter hospitalier- (SIH)**

*« Le syndicat inter hospitalier est un établissement public. Il peut être autorisé, lors de sa création ou par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à exercer les missions d'un établissement de santé.*

*Sa création est autorisée par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du siège du syndicat, à la demande de deux ou plusieurs établissements publics de santé ou privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier et dont un au moins doit être un établissement public de santé. »*<sup>2</sup>

Les attributions du SIH sont définies par des délibérations concordantes des Conseils d'Administration des établissements qui en font partie.

---

<sup>1</sup> B. KITOUS- *Gestions Hospitalières – Fusions des établissements : solution d'avenir ?* Juin 2002

<sup>2</sup> article L6132-2 du CSP



La création d'un SIH est une démarche conjointe des deux hôpitaux qui conservent chacun leur personnalité, mais qui « entrent en syndication » pour exercer en commun un certain nombre d'activités. Le SIH est un outil, un cadre pour faire avancer les projets communs lorsqu'ils existent. *« S'il n'y a rien à mettre dedans, c'est un boulet que traîneront les contractants. »*<sup>1</sup>

L'avantage de créer un SIH réside dans la possibilité d'une évolution positive pour mettre en commun investissements, fonctionnement, stratégie, voire une véritable coopération à long terme. De plus, son champ d'action est large, et couvre un éventail de compétences s'étendant de la création et de la gestion de services ou d'installations communes, aux travaux d'équipements et à la gestion de trésorerie des établissements signataires.

Mais le SIH est un outil juridique lourd. En plus de créer de nouvelles instances, il ne peut prendre en charge de missions de soins sans autorisation particulière de l'ARH. De plus, il soulève nombre de difficultés organisationnelles, à l'occasion notamment de la création des statuts. La composition du Conseil d'Administration (CA) d'un SIH ne sera ainsi pas la même que celle d'un établissement public de santé. Il ne comportera pas, en particulier, de représentants des usagers.

Les SIH se sont peu développés. On en recense 41 en 2003, dont certains sont parfois entrés en léthargie après la dynamique ayant abouti à leur création, comme l'exemple du SIH Service d'Accueil des Urgences (SAU) bi-site (Orsay-Longjumeau) pourra l'illustrer, ce qui sera vu plus loin.

Depuis l'Ordonnance du 4 septembre 2003, après le premier alinéa de l'article L. 6134-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

*« À compter du 1er janvier 2005, aucun syndicat inter hospitalier ne peut être créé. »*

En effet, le SIH étant beaucoup trop lourd et dissuasif, l'assouplissement des Groupements de Coopération Sanitaire dans l'Ordonnance de septembre 2003 a constitué de fait l'annonce de sa disparition.

#### B) La convention et la fédération médicale inter hospitalière:

La convention constitue un procédé classique de coopération, souple et efficace, qui peut être envisagé, pour n'importe quelle activité et qui peut s'appliquer à des établissements publics ou privés. Dans le cadre de la convention, il s'agit de partir de la réalité : faire jouer des complémentarités existantes, mettre une culture commune en place. Chacun des deux établissements existe en tant qu'entité individuelle, mais travaille par convention avec son voisin.

---

<sup>1</sup> partenariat des Centres Hospitaliers de Longjumeau et d'Orsay – Mai 98 – IRIS Conseil Santé

Ses avantages sont sa simplicité (il n'y a pas de création de nouvelle personne morale) et l'absence de formalisme excessif (seule la signature des deux parties est requise; il n'y a pas besoin de l'approbation de la tutelle).

Son inconvénient majeur est que ce type de lien peut se défaire très rapidement pour des raisons relationnelles, à l'occasion par exemple de la nomination d'un nouveau chef de service qui ne verrait plus d'intérêt à travailler en collaboration avec le chef de service de l'autre établissement.

Pour ce qui est des fédérations médicales inter hospitalières, « *en vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur conseil d'administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs services, départements ou structures* »<sup>1</sup>.

Les délibérations du Conseil d'Administration de chaque établissement définissent l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elles précisent, notamment, la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés à ces activités, ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant, et par un membre du personnel administratif.

### C) Le groupement d'intérêt public (GIP) et le groupement d'intérêt économique (GIE)

Le GIP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie juridique et financière, née du regroupement, par le biais d'une convention constitutive, de personnes morales de droit public ou privé.

Sa finalité est d'exercer ensemble, pendant une durée limitée (entre cinq et quinze ans en moyenne), des activités dans les domaines de l'action sanitaire et sociale. Sont concernées notamment des actions de formation, des créations ou gestions communes d'équipements ou de services d'intérêt commun nécessaires à leurs activités.

Les GIP sont peu nombreux. Ils ont été essentiellement utilisés pour la mise en commun et l'exploitation d'équipements, ou la réalisation d'actions de formation.

Les obstacles majeurs à leur développement sont les suivants : les contrôles administratifs et financiers sont trop nombreux, leur durée est limitée et leur constitution nécessite une majorité publique.

Les GIE, quant à eux, sont soumis aux règles de droit privé (personne morale de droit privé). Il existe un principe de solidarité parfaite entre les membres du groupement quant au paiement des dettes de celui-ci (par opposition aux GIP).

---

<sup>1</sup> article L.6135-1 du CSP

Dans le GIE, il y a ainsi plus de souplesse dans la rédaction du contrat constitutif et l'application du droit privé.

Les GIP et GIE ne peuvent réaliser les missions principales des établissements publics de santé et notamment les missions de soins.

Les critiques formulées à l'encontre des modes de coopération, telles que les conventions et fédérations médicales inter hospitalières ainsi que les SIH et les groupements, ont amené les pouvoirs publics à revoir leur positionnement.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 aménage les formules de coopération et fait du GCS l'outil de coopération privilégié pour les établissements sanitaires. Elle empêche la constitution de nouveaux SIH à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### **1.2.3 Un outil en devenir : le Groupement de coopération sanitaire.**

À cette sédimentation normative quelque peu rigide, le plan Hôpital 2007 a opposé la plasticité du GCS. Ce plan avait explicitement annoncé « *un GCS élargi, souple et polyvalent qui remplacera, à terme, les autres modalités de coopérations* ».

#### **A) Les origines du GCS**

Le GCS a été institué par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée pour permettre aux établissements de santé publics et privés de coopérer. Le GCS a l'avantage de bénéficier d'indépendance budgétaire.

C'est une véritable convention organique (lien plus pérenne qu'une simple convention), qui peut être constituée entre des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, ou des professionnels médicaux libéraux. On peut noter (preuve de sa souplesse) que d'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent en faire partie, s'ils y sont autorisés par le directeur de l'ARH.

Il est à noter que les membres du GCS peuvent exercer les missions d'un établissement de santé, ce qui assure la reconnaissance des missions de service public au sein de cet axe de développement majeur de la coopération sanitaire pour les années futures.

Le GCS est doté de la personnalité morale. 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. Il poursuit un but non lucratif.

La loi du 4 mars 2002<sup>1</sup> a étendu le champ d'application du GCS, en élargissant indifféremment ce mode de coopération à tous les établissements publics ou privés.

Mais cette formule de coopération n'a pas suscité un grand intérêt de la part des établissements en raison du flou juridique qui la caractérisait.

#### B) Les modifications du GCS avec l'Ordonnance du 4 septembre 2003.

Le GCS « *nouvelle formule* » est cependant encore en période de maturation juridique. Une circulaire<sup>2</sup> relative à l'entrée en vigueur de l'Ordonnance est parue le 13 octobre 2003 mais deux décrets doivent venir préciser les règles de fonctionnement du GCS. Le premier, dont la sortie est imminente, concerne les GCS non-établissements de santé. Le second sera relatif aux mesures spécifiques et dérogatoires relatives aux GCS autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé ou à assurer l'exploitation d'autorisation d'un de ses membres.

Des établissements audacieux, accompagnés par des tutelles entreprenantes, ont d'ores et déjà fait usage de ces dispositions dans un cadre expérimental (c'est le cas du GCS stérilisation Orsay-Longjumeau, que nous verrons plus loin).

L'avantage du GCS par opposition au SIH réside dans son absence de lourdeur administrative. Il n'y a pas en effet d'instance propre qui le régisse ; ce sont le Conseil d'Administration et la Commission Médicale d'Etablissement qui en sont chargés.

Un paradoxe majeur qui peut être noté est que le GCS a vu son champ d'application élargi par la loi du 4 mars 2002 consacrée aux droits des malades. Mais cette structure de coopération ne semble cependant pas constituer la base d'une participation renouvelée des patients au processus décisionnel de ces structures. En effet, le GCS nouvelle formule n'a pas la qualité d'établissement de santé, et à ce titre, il ne peut accueillir en son sein de représentants de la société civile. On peut ainsi noter l'absence de système de représentation ad hoc dans le GCS, qui doit devenir l'outil privilégié de coopération entre les acteurs structurant le tissu sanitaire local, et qui risque donc de souffrir d'un manque de représentativité.

#### C) Le GCS : maître d'ouvrage ?

Par principe, le GCS ne pourrait se prévaloir de la qualité de maître d'ouvrage que pour des bâtiments utilisés par au moins deux de ses membres. Dans l'hypothèse

---

<sup>1</sup> loi n°2003-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>2</sup> 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

particulière de la constitution d'un « pôle hospitalier », il semble toutefois possible d'admettre la capacité du GCS à construire des locaux dont certaines parties seraient destinées à un usage « privatif » de l'un ou l'autre de ses membres. On pourrait considérer, en effet, que le pôle constitue *in fine* un ensemble architectural cohérent visant un objectif unique qui est l'accueil et le traitement de l'ensemble des patients, ceux-ci étant susceptibles de bénéficier de prestations offertes aussi bien par l'un ou l'autre des établissements que par le GCS lui-même. Par ce biais, tous les bâtiments du pôle, y compris ceux réservés à une structure ou à une autre, qui sont intrinsèquement liés pour assurer la cohérence de l'ensemble, deviennent d'intérêt commun.

Le GCS ne peut avoir pour objet exclusif de porter une opération d'investissement. S'il dispose, de par la loi, de la capacité de construire des locaux, ceux-ci devront servir de « support » à une coopération fonctionnelle menée par les établissements membres. Cette compétence du GCS permet aujourd'hui de mener des opérations de grande envergure. Elles associent, dès la phase de la construction, les établissements dans une communauté d'intérêts, et les obligent à la plus grande concertation.

Il ne s'agit plus pour l'un de construire et d'accueillir l'autre dans le cadre de conventions souvent précaires et fragiles, mais bien d'élaborer un partenariat sur un long terme, dans le respect des identités et des objectifs propres.

Le GCS n'est pas un établissement de santé. Toutefois, il peut être autorisé par le directeur de l'ARH, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé. Par dérogation à l'article L.6122-3 du Code de la Santé Publique, il peut également être autorisé par le directeur de l'ARH 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.

Ainsi, depuis sa naissance en 1996, le GCS s'est beaucoup développé et connaît une mutation quasi perpétuelle. Il est devenu l'outil privilégié de toute coopération, aussi bien dans le domaine sanitaire qu'entre le domaine sanitaire et le domaine social et médico-social, aussi bien entre établissements de santé qu'entre établissements de santé et autres professionnels de santé, aussi bien dans la sphère purement hospitalière que dans celle des réseaux de santé. Sa souplesse laisse penser que cet outil se développera ces prochaines années, et ce dès la sortie du décret d'application.

#### **1.2.4 Un mode de coopération atypique : la direction commune**

Il n'existe pas de littérature à ce sujet, le seul exemple actuel étant la direction commune du centre hospitalier d'Orsay et du centre hospitalier de Longjumeau, née, dans les faits, du rapprochement des acteurs.

Ici, il y a toujours deux personnalités morales, deux budgets distincts, mais toutefois une politique financière commune. Cela évite qu'il y ait de potentiels désaccords entre les deux têtes des établissements, puisqu'il n'y a qu'une seule instance directionnelle. Une direction commune permet d'empêcher que, du fait de conflits de personnalité ou de dissensions entre équipes de direction, des décisions bloquent au sommet.

C'est donc une démarche plus pragmatique, plus longue, plus discrète mais peut-être parfois plus solide que la fusion au sens strict.

Les conditions de réussite d'une direction commune sont les suivantes:

- être entouré (le directeur doit être soutenu par son équipe et par la communauté médicale des établissements concernés)
- bénéficier de la confiance des partenaires (personnels, tutelle, etc.)
- avoir une bonne vision stratégique des choses
- des personnels et des équipes de direction motivés et qui ont compris l'intérêt de cette collaboration.

Une direction commune a la capacité de garantir des contrats. En effet, le directeur étant à la tête des deux établissements, il s'engage à mettre en œuvre ce qui a été décidé en commun. De plus, un directeur commun fait apparaître l'utilité de la coordination de l'Offre de soins en matière de pratiques médicales. Etant à la tête des deux établissements, il a une vision plus globale des coopérations qui pourraient être mises en place.

La direction commune permet une harmonisation pratique entre les deux établissements (par exemple de leurs systèmes informatiques ou de leurs statuts), qui facilite la lisibilité et la communication.

Il s'agit, au contraire de la fusion, de ne pas imposer de « *super structure* » administrative sans connaître la culture de l'hôpital. C'est une démarche de rapprochement des différents acteurs des deux établissements, plutôt qu'un rapprochement préalable des établissements, suivie, dans un second temps seulement, de la mobilisation des acteurs concernés.

Pour conclure sur les différents outils juridiques disponibles afin de mettre en place une coopération, il faut d'abord se poser la question du but recherché.

Une fusion peut être contre-productive lorsque les acteurs ne sont pas suffisamment associés au processus, et donc ne sont pas ouverts à cette évolution. À l'inverse, une direction commune peut être perçue comme une transition vers une fusion, cette dernière n'étant pas toujours une finalité nécessaire. L'imminence de la sortie des décrets d'application des GCS permet de croire que l'outil majeur de coopération ne passera pas forcément par la mise en commun des budgets des établissements ou de leurs instances (procédure lourde et mal vécue). Tout en coopérant de façon poussée, les établissements pourront, au moyen de cette convention qu'est le GCS, garder une certaine autonomie, et

éviter des oppositions des personnels, comme ceci est souvent le cas lors de fusions. De plus, un procédé souple comme le GCS permettra de l'utiliser au service de l'offre de soins, objectif premier de la recomposition hospitalière.

### **1.2.5 Les facteurs de réussite ou d'échec d'une restructuration**

D'autres facteurs que les seuls outils juridiques rentrent en compte dans les processus de restructuration.

En effet, quel que soit l'objectif poursuivi ou la forme juridique retenue, la réussite d'une action de coopération passe d'abord par l'adhésion du personnel hospitalier dans son ensemble, au projet. À ce titre, le rôle des instances représentatives du personnel, tels que la Commission Médicale d'Établissement (CME) ou le Comité Technique d'Établissement (CTE), est essentiel, tant pour contribuer à l'élaboration du projet qu'à sa mise en œuvre définitive. Or, seule la mobilisation du personnel, qu'il soit médical ou non, permettra le passage de l'état de projet à celui de réalisation effective. Le personnel apparaît donc comme le moteur, voire quelques fois comme l'instigateur des projets de complémentarité entre établissements.

Beaucoup de projets ont échoué, et ce plus pour des motifs humains que pour des motifs matériels (juridiques, financiers, nature de la réorganisation hospitalière en elle-même). *« S'il est ressenti comme un échec, tout projet de restructuration hospitalière est d'avance condamné »* : ces propos d'un directeur d'hôpital mettent l'accent sur la nécessité d'obtenir l'adhésion des professionnels en général, et des praticiens en particulier, préalablement à toute entreprise de restructuration. La coopération exige en effet la détermination, la collaboration et le volontarisme des acteurs et professionnels de la santé, qui doivent pour beaucoup accepter de changer leurs habitudes professionnelles (l'encadrement, le site, le service, les activités seront modifiés, etc).

Les obstacles à un rapprochement peuvent par ailleurs provenir de pratiques différentes en matière de gestion des ressources humaines ou de systèmes d'information, un manque de mobilité du personnel hospitalier, des volontés politiques différentes, etc.

Au regard de tous ces outils juridiques, force est d'admettre que ce n'est pas une organisation qui amène la structure mais l'organisation qui est au service de la structure. Il paraît difficile d'imposer une nouvelle structure administrative sans connaître la culture de l'hôpital.

## **2 UNE COOPERATION INTER HOSPITALIERE ORIGINALE : LA DIRECTION COMMUNE, POINT DE DEPART DU RAPPROCHEMENT ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU**

### **2.1 Le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau : une coopération initialement fragile**

Il s'agit ici de voir en quoi ces établissements ne se ressemblent pas.

#### **2.1.1 Deux établissements aux dimensions différentes**

En premier lieu, les deux établissements ont été construits à des époques différentes et témoignent de logiques architecturale et urbanistique distinctes. Le centre hospitalier d'Orsay est un bon exemple « *d'hôpital-charité* » de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et du début du 20<sup>ème</sup>, enfermé dans un univers clos généralement situé en centre ville. Lors de la deuxième partie du 20<sup>ème</sup> siècle, l'hôpital s'est construit autour de la notion de plateau technique : c'est « *l'hôpital-paquebot* », illustré par le centre hospitalier de Longjumeau (immeuble de grande hauteur - IGH).

#### **A) En ce qui concerne l'activité**

Tout d'abord, ces établissements peuvent être situés par rapport à leurs activités respectives. En terme d'activités, en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), il y a 354 lits et places au centre hospitalier de Longjumeau, et 154 au centre hospitalier d'Orsay. Il faut rajouter à cela 74 lits en maison de retraite pour le centre hospitalier de Longjumeau, et ne pas oublier que le centre hospitalier d'Orsay, sur son site du Château du Grand Mesnil (actuellement en travaux), a 157 lits et places en psychiatrie, et a 100 lits dans son unité de soins de longue durée (USLD) à la Maison de l'Yvette.

En ce qui concerne l'accueil et le traitement des urgences, on recense environ 43 000 passages aux urgences du centre hospitalier de Longjumeau (dont 60% pour des urgences adultes) en 2004, et 35 000 au centre hospitalier d'Orsay (dont 55% pour des urgences adultes), soit un total annuel de près de 80 000 passages aux urgences.<sup>1</sup>

Le centre hospitalier de Longjumeau est donc deux fois plus important que le centre hospitalier d'Orsay en terme d'activités MCO.

---

<sup>1</sup> données SAE 2004 – <https://www.sae-collecte.sante.gouv.fr>



## B) En ce qui concerne les personnels

L'effectif total rémunéré au 31 décembre 2004 était de 1241 équivalents temps plein (ETP) pour le centre hospitalier de Longjumeau et 817 ETP pour le centre hospitalier d'Orsay (tous budgets confondus donc incluant la psychiatrie et l'USLD)<sup>1</sup>.

Au centre hospitalier de Longjumeau, 32,86% des agents ont une ancienneté supérieure à vingt ans. Ce vieillissement du personnel est à prendre en considération du fait de son impact sur l'évolution de la masse salariale (Glissement Vieillesse Technicité, GVT). Au contraire, au centre hospitalier d'Orsay, l'ancienneté est bien moindre (seulement 25% environ du personnel a une ancienneté supérieure à 20 ans).

### 2.1.2 Une situation géographique peu favorable à un rapprochement

#### A) Orsay et Longjumeau : deux villes de l'Essonne mal reliées entre elles

Le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau sont deux hôpitaux situés à treize kilomètres de distance. Ils se trouvent au Nord-ouest du département de l'Essonne (91), et au Sud-ouest de la région Ile-de-France. Cette distance, qui peut être considérée comme faible au niveau national, est en fait un obstacle à la coopération dans ce cas particulier, du fait de la densité de population très élevée dans cette partie de l'Ile-de-France.

Le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay s'inscrivent dans le même territoire de santé. Toutefois, ils n'échappent pas au phénomène de vallée qui fait converger les moyens de transport d'une manière radicale vers le nord (c'est-à-dire vers Paris). De plus, les voies transversales, concentriques, sont placées, soit plus au Nord (A86), soit plus au Sud (avec la Francilienne) que les deux hôpitaux, et ne les font pas communiquer entre eux.

L'hôpital d'Orsay est placé au début de la vallée de la Chevreuse et communique vers Paris par la ligne B du RER (Orsay se trouve en bout de ligne), la RN 188 et l'autoroute A10.

L'hôpital de Longjumeau est situé dans la vallée de l'Yvette et communique vers Paris par la ligne C du RER, la RN 20 et l'autoroute A6.

Les moyens de communication transversaux entre les deux hôpitaux sont médiocres (seule la départementale 118 par Saulx les Chartreux relie les deux villes de façon directe, mais elle n'est pas un grand axe de communication). Ils sont soumis aux difficultés du trafic pour les plus grands axes (RN 20, autoroute A10, RN 188). Ainsi, pour effectuer le trajet par la route entre les deux centres hospitaliers, trente minutes en moyenne sont nécessaires. En transports en commun, il faut prendre le bus 199 du centre

---

<sup>1</sup> bilans sociaux 2004 des centre hospitalier d'Orsay et centre hospitalier de Longjumeau.

hospitalier de Longjumeau à Massy-Palaiseau puis le RER B jusqu'à Orsay). Entre les temps d'attente et les problèmes de circulation, il faut compter en moyenne une heure. Cette distance peut être un obstacle à la coopération, surtout pour des activités nécessitant de travailler dans un temps restreint (urgences et obstétriques par exemple).

#### B) Deux hôpitaux dans deux bassins de vie différents

L'autoroute A10 sépare d'une manière schématique les deux bassins d'attractivité. Les deux centres hospitaliers accueillent chacun une population aux différences sociologiques fortes. Le centre hospitalier d'Orsay est situé dans la vallée de la recherche, où de nombreuses Grandes Ecoles se sont installées et où l'annexe de la faculté de Médecine de Sceaux a très bonne réputation. Le Commissariat de l'Energie Atomique (CEA) se trouve à Orsay. Celui-ci exerce un fort pouvoir d'attractivité sur la communauté scientifique et donc sur les médecins. Parmi les petits hôpitaux de l'Ile-de-France, c'est Orsay qui recrute le plus facilement le personnel médical. La population orséenne (16 000 habitants<sup>1</sup>) est en grande partie composée de scientifiques, compte tenu du prix des loyers dans ce bassin de vie peu précaire (à l'exception de la commune des Ulis). Le coût de l'habitat entraîne par ailleurs la difficulté à recruter du personnel paramédical. Au contraire, le centre hospitalier de Longjumeau reçoit une population plus précaire (20 000 habitants), avec un taux de chômage plus important qu'à Orsay (10% de chômeurs à Longjumeau, pour 6% à Orsay) et un fort phénomène de migration journalière vers Paris pour des raisons professionnelles. Le seul chevauchement de communes entre les deux centres hospitaliers se trouve sur Massy-Palaiseau tandis que l'offre de soins privés concurrentielle la plus importante (Massy-Antony<sup>2</sup>) est installée au point de convergence Nord des moyens de communication de la région. Il y a donc une position concurrentielle très forte du secteur privé lucratif dans les domaines chirurgicaux et obstétriques.

Les patients des bassins de vie d'Orsay et de Longjumeau, quand ils ne peuvent ou ne veulent se faire soigner dans leur hôpital de référence, préfèrent aller soit sur Paris (où l'AP-HP jouit d'une bonne réputation), soit dans le privé (Antony et Massy), plutôt qu'au centre hospitalier de Longjumeau pour les habitants d'Orsay, ou au centre hospitalier d'Orsay pour les habitants de Longjumeau. Seul un accompagnement par leurs médecins ou leurs chirurgiens pourrait faire changer cette donne.

#### **2.1.3 Pourquoi rapprocher deux établissements aussi antagonistes ?**

Il s'agit de fédérer le potentiel des deux établissements car « *le centre hospitalier d'Orsay est trop petit, et le centre hospitalier de Longjumeau n'est pas assez grand* ». Ainsi, la masse Orsay/Longjumeau agglomérée est plus stable que les deux

---

<sup>1</sup> données – recensement 1999

<sup>2</sup> hôpital privé d'Antony et Centre hospitalier Jacques Cartier à Massy

établissements séparément. Le centre hospitalier de Longjumeau a une activité de MCO importante, alors que l'activité du centre hospitalier d'Orsay est plus diversifiée mais est caractérisée par une capacité de MCO moins importante (160 lits actifs). Assurer une permanence de soins n'était pas possible si les deux établissements ne s'étaient pas rapprochés. Chacun individuellement n'avait pas les moyens humains et financiers d'assurer des gardes vingt quatre heures sur vingt quatre.

A) Le centre hospitalier de Longjumeau, un établissement de taille importante, souffrant de sérieuses difficultés financières

Le centre hospitalier de Longjumeau est le deuxième centre hospitalier public du département mais, face à l'AP-HP et au Centre Hospitalier Sud Francilien, il ne fait pas le poids. La taille du centre hospitalier de Longjumeau ne lui permettait pas de développer ses techniques de pointe. S'ajoute le fait que sévissait depuis quelques temps un contexte de dégradation financière, entraînant un grave déficit reconduit ces dernières années. Un Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a donc été signé avec l'ARH en début de l'année 2004. Cette dégradation financière était due, pour une partie à des problèmes de management, mais aussi au fait que le centre hospitalier de Longjumeau comportait en son sein des services universitaires (de pharmacie, chirurgie viscérale, laboratoire d'anatomo-pathologie), sans pour autant être un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Ainsi, avant la mise en place de la tarification à l'activité, il souffrait d'un surcoût de fonctionnement de 13% du seul fait d'abriter des services universitaires.

Par ailleurs, le centre hospitalier de Longjumeau est un hôpital construit en 1974 et 1975, sur la base des « *hospitaux paquebots* ». Cette architecture ne permet pas à ce dernier de se restructurer convenablement car il est confronté à un manque d'espace. N'ayant pu être entretenu très régulièrement depuis sa construction, il est aujourd'hui rattrapé par l'ampleur de ses coûts d'entretien. De plus, comme c'est un Immeuble de Grande Hauteur, cinq personnes doivent être disponibles en permanence, en cas de problème ; ceci entraîne des coûts de main d'œuvre.

L'amiante est également un des gros problèmes auquel le centre hospitalier de Longjumeau est confronté. Lorsque des travaux sont entamés, de l'amiante est détectée dans certaines parties du bâtiment, qu'il faut éradiquer. Traiter pour désamiantage un hôpital de cette taille coûte excessivement cher.

Enfin, une autre raison de la dégradation financière peut se trouver dans le fait que le personnel est arrivé en même temps que l'ouverture de l'hôpital. Il a donc actuellement trente ans de carrière dans sa majorité ; il coûte plus cher qu'à Orsay où le personnel est plus jeune. Le personnel est caractérisé par une syndicalisation assez forte, avec un mode de fonctionnement social ouvert (des crèches sont proposées au personnel, des formations sont offertes, la promotion professionnelle est proposée, etc). Tout ceci (qui

concourt bien sûr à instaurer un contexte de travail favorable aux salariés) engendre néanmoins des surcoûts.

B) Le centre hospitalier d'Orsay, un établissement multi-sites, à la situation financière saine

Le centre hospitalier d'Orsay est caractérisé par de multiples sites (psychiatrie, MCO, gériatrie). Le MCO est situé en plein centre ville, et la gériatrie à quelques centaines de mètres de celui-ci. La psychiatrie se trouve par contre à l'extérieur, dans la commune de Bure-sur-Yvette. Il n'a jamais été question de fermer Orsay complètement car cet hôpital a sa place dans le territoire de santé de par ses pôles mère-enfant, médecine et personnes âgées. Par contre, il réalise un faible nombre d'actes en chirurgie viscérale et orthopédique, d'où un nécessaire rapprochement avec un autre centre hospitalier, sous peine de voir ces services fermer.

Il jouit, contrairement au centre hospitalier de Longjumeau, d'une trésorerie confortable. Le diagnostic financier de la CRAMIF parle « *d'excédent, de capacités d'autofinancement* ». Son personnel est jeune et qualifié en ce qui concerne les soignants.

C'est son projet de restructuration qui a posé problème à Orsay. Ce projet a souffert de retards car il était, au départ, trop ambitieux et excentré (l'idée était de reconstruire le centre hospitalier sur le plateau de Saclay). Ainsi, actuellement, cet hôpital est vétuste, et a derrière lui au moins vingt cinq ans de projets de rénovation MCO avortés. Aujourd'hui, la restructuration architecturale est lancée, avec un développement du centre hospitalier d'Orsay à l'arrière avec une plateforme en porte à faux, permettant d'utiliser 2000m<sup>2</sup> neufs pour le plateau technique et la réanimation, et 1000 m<sup>2</sup> pour les urgences rénovées. Les travaux finissent en 2007. Grâce à sa bonne situation financière, le centre hospitalier d'Orsay a été capable d'autofinancer ce projet (avec des emprunts, mais sans demande de crédits à l'ARH).

Quant au service de psychiatrie, il nécessitait également une rénovation, car il avait un caractère dépassé et ne permettait qu'une conception asilaire de la discipline. Ces dernières années, la Mairie d'Orsay semblait vouloir privilégier la reconstruction du MCO à son détriment. En effet, étant situé en dehors de la ville, sa reconstruction ne permet pas un bon affichage politique auprès des électeurs d'Orsay car elle dessert un bassin de population beaucoup plus grand que cette seule commune. Ainsi, après de nombreuses négociations entre l'ARH et la Mairie, un compromis a été trouvé : les travaux de la psychiatrie ont été financés par le Plan Hôpital 2007, au contraire du MCO, qui a été autofinancé.

Le centre hospitalier d'Orsay est donc passé, comme cela a été mentionné par un médecin au cours des entretiens, « *d'une situation d'hôpital prêt à être mangé, craintif,*

*pugnace, à un hôpital mature* », grâce à ses projets de reconstruction. La construction de bâtiments neufs est rassurante pour le personnel : « *on ne construit pas pour fermer* ».

De plus, la proximité du centre hospitalier d'Orsay avec le Centre d'Énergie Atomique permet à l'activité cancérologique d'Orsay de s'exprimer (le pôle de cancérologie possède par exemple un matériel de pointe, avec la topographie).

On voit donc que cet hôpital a pour atout son service de médecine nucléaire, en lien avec le CEA, et la solidité financière de l'établissement. Il jouit d'une certaine notoriété.

Cependant, de ce fait, l'esprit collectif et la compréhension de la nécessité de coopérer entre établissements y sont beaucoup moins développés qu'au centre hospitalier de Longjumeau. Mais Orsay a lui aussi intérêt à coopérer avec un autre établissement car il a une activité insuffisante dans certaines disciplines, comme la chirurgie, pour pouvoir continuer à assurer seul les gardes.

## **2.2 Une première tentative peu fructueuse de rapprochement entre deux centres hospitaliers**

Comme ceci vient d'être vu, le rapprochement entre ces deux centres hospitaliers n'était pas évident du fait de leurs caractéristiques respectives. Ils ne desservent pas le même bassin populationnel, et il n'est pas facile de les relier, que ce soit par voiture-ambulance ou en transport en commun.

### **2.2.1 La genèse de la coopération**

L'idée de rapprochement entre les deux centres hospitaliers est venue d'une médecin inspecteur de Santé Publique qui travaillait à la DDASS de l'Essonne, qui l'a envisagé dès 1994. Il s'agissait bien dans cette logique de rapprocher deux établissements qui ne pouvaient survivre en autarcie.

Dès sa création en 1997, l'ARH a encouragé la complémentarité en Ile-de-France ; dans le SROS 2, les petits hôpitaux franciliens, comme Orsay, étaient particulièrement concernés.

La première demande écrite de l'ARH concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau remonte au 9 décembre 1997. À cette époque, l'ARH pensait même pouvoir faire avancer les choses rapidement, puisqu'elle a retardé pendant plusieurs mois la nomination à la chefferie de service d'un chirurgien orthopédique d'Orsay, dans l'espoir de fusionner les deux services de chirurgie orthopédique. En 1998, plusieurs réunions communes aux deux Centres Hospitaliers ont eu lieu à l'ARH. L'Agence, dont l'objectif premier à cette époque était de réaliser des économies, voyant deux établissements très proches avec deux plateaux techniques et de nombreuses activités en commun, a fortement envisagé une fusion.

La volonté de l'ARH était tout d'abord de transférer la chirurgie et les urgences du centre hospitalier d'Orsay au centre hospitalier de Longjumeau. La question, présentée un peu brutalement à Orsay, a entraîné une opposition virulente dans cet établissement ; celui-ci ne voulait pas perdre son service d'urgence, estimant que cela signifierait sa fermeture à terme. En effet, pour un centre hospitalier comme celui d'Orsay, perdre ses urgences et son service de chirurgie signifiait perdre l'essentiel de son activité et devenir un hôpital local, reconverti en long séjour. Les médecins du centre hospitalier d'Orsay ont, quant à eux, eu très peur que le projet de fusion soit mis en place uniquement dans le but d'éponger les dettes du centre hospitalier de Longjumeau, que « *le gros veuille manger le petit* ». De plus, le personnel non médical s'est montré peu favorable à l'idée d'aller travailler dans la ville voisine, assimilant un rapprochement à une absorption de l'hôpital d'Orsay par son voisin. Plusieurs Conseils d'Administration ont même donné lieu à des manifestations du personnel.

### **2.2.2 La nécessaire intervention de la société de conseil en Santé « IRIS »**

Face à une telle résistance, le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay, avec le soutien de l'ARH, ont fait appel à une société de conseil en Santé « IRIS », qui a élaboré, en mai 1998, un document relatif à la complémentarité Orsay/Longjumeau.

Il en est ressorti que :

- en chirurgie, les hôpitaux se trouvent dans un secteur concurrentiel. L'établissement privé J. Cartier, sur la commune de Massy, tout près du centre hospitalier de Longjumeau, est un très gros établissement, dans lequel la chirurgie est très développée. Celui-ci se trouve juste à côté de la station de RER B, ce qui est pratique pour les patients venant d'Orsay. Ces derniers rejoignent également l'hôpital Privé d'Antony beaucoup plus facilement que Longjumeau en transport en commun. Le phénomène de bassin est un gros obstacle au développement des deux centres hospitaliers publics que sont Orsay et Longjumeau. De plus, le centre hospitalier privé d'Antony a ouvert entre-temps (en 2002), et ce dernier est très accessible en transports en commun pour les habitants de Longjumeau (bus n°297 de la RATP).
- en médecine : Paris, et surtout l'AP-HP, représente une très forte concurrence pour les deux établissements. L'AP-HP est à l'origine d'un très important taux de fuite, que la société Iris Conseil a pu démontrer grâce à un logiciel très précis (le logiciel PAMPERS).

Les commentaires d'IRIS CONSEIL sont éloquentes : « *Après ces réunions de travail qui ont généré beaucoup d'interrogations et de craintes, sont apparues au grand jour des différences d'approche très importantes entre les deux centres hospitaliers,*

*tenant essentiellement à leurs équipes médicales. Sont du domaine du non négociable pour les praticiens d'Orsay la fusion avec l'hôpital de Longjumeau, l'abandon même partiel de leurs activités d'urgences et de réanimation et toute complémentarité qui ne traiterai pas les situations par échanges d'égal à égal.*

*Des points d'accord possibles existent dans les domaines de la chirurgie viscérale et orthopédique, des spécialités chirurgicales et médicales, et dans l'utilisation de certains éléments du plateau technique.*

*Des points de désaccord sont révisables en pédiatrie, néonatalogie, maternité.*

*Sont apparus au grand jour les syndromes bien connus exprimant la difficulté de certains médecins hospitaliers à travailler ensemble :*

- *Le syndrome du gros contre le petit qui exprime la méfiance*
- *Le syndrome du bunker : Orsay ne veut pas voir qu'il a des concurrents*
- *Le syndrome du 3<sup>ème</sup> hôpital mythique : sert d'alibi à ne rien changer*
- *La recherche d'un bouc émissaire permet de dévier le surcroît d'agressivité*

*Les problèmes internes prennent le pas sur les réalités et les enjeux externes »<sup>1</sup>.*

En conclusion, IRIS CONSEIL a proposé la création d'un SIH pour les urgences, les laboratoires, la pharmacie, l'imagerie, les fonctions logistiques, le Département d'Informations Médicales (DIM), et la formation continue (le SIH étant la seule structure juridique existante à l'époque).

De plus, la Société a mentionné l'intérêt du rapprochement Orsay/Longjumeau face à l'environnement concurrentiel et lucratif qui caractérise le territoire (avec les établissements de santé privé d'Antony et de Massy).

### **2.2.3 Un compromis pour sortir de l'impasse : le SIH Nord Essonne**

Ainsi, un SIH Nord Essonne, créant un Service d'Accueil des Urgences (SAU) bi-site entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau a été fixé par arrêté n°99-7 du 16 février 1999 de la Commission Exécutive de l'ARH-IF.

Le centre hospitalier d'Orsay avait dans l'idée d'héberger le SAU, car ses médecins n'étaient pas favorables à une UPATOU (unité de proximité, d'accueil et de traitement des urgences), pour des raisons politiques et stratégiques. La Directrice des Ressources Humaines, pour sa part, aurait préféré privilégier la mise en place d'une UPATOU car cela demande moins de personnel. Le personnel non médical est resté en retrait et ne s'est pas manifesté. La population n'a pas non plus participé au débat, car sa principale préoccupation était le maintien des urgences sur les deux sites, plus que la forme que le

---

<sup>1</sup> Commentaires de la Société IRIS CONSEIL – 1998 – sur le rapprochement Orsay/Longjumeau

rapprochement pouvait prendre. Pour mettre en place ce SAU bi-site, a été constitué le Syndicat Inter Hospitalier Nord-Essonne. Celui-ci a été créé dans une perspective de fusion. Les deux Conseils d'Administration réunis, pour la première et unique fois en séance commune le 11 septembre 1998, ont réaffirmé, par un vote commun, leur demande de création d'un SIH. Mais il est resté coquille vide, son CA ne s'étant jamais réuni et son secrétaire général n'ayant pas été nommé.

On voit donc que les deux établissements se sont servis des outils de coopération existants dans leur propre intérêt. Ni l'un ni l'autre, individuellement, n'aurait pu bénéficier du statut de SAU. Ils ont su s'allier, alors que leurs désaccords sur le fond étaient nombreux, pour leur intérêt individuel. Dans la mesure où la question du devenir d'Orsay était posée, ce centre hospitalier s'est servi de ce SAU commun comme d'une « *vitrine de coopération* ». Toutefois, celui-ci n'avait guère de réalité juridique. À la fin des années 1990, un « *habillage juridique* » (SIH ou communauté d'établissement) était une stratégie courante des établissements pour obtenir le label SAU, ce qui permettait d'éviter la fermeture de certains services, voire de l'établissement dans son ensemble.

A la fin de l'année 2001, un diagnostic Smamif/Cramif/Ddass a été commandité par l'ARH. Celui-ci a été présenté aux établissements en Commission Médicale d'Etablissement (CME), CA et Comité Technique d'Etablissement (CTE) en septembre 2002. Il faisait état de problématiques très différentes entre les deux établissements : leurs bassins de vie respectifs ne se ressemblent pas et restreignaient les possibilités de travailler ensemble. Le taux de fuite des patients, très élevé, n'aurait pu qu'augmenter si certains services fermaient au profit de l'autre établissement, car les médecins des deux hôpitaux ne travaillaient pas en coordination. Les patients se tourneraient plutôt vers le privé ou vers l'AP-HP.

DDASS et ARH ont donc préféré ne pas trop forcer les deux établissements à la coopération. Au moment de la création du SIH, celui-ci a péché par un caractère trop technocratique. Cet habillage juridique, sans effectivité, a renforcé les craintes des personnels. De grosses manifestations à Orsay, à la fin des années 1990 ont incité la tutelle à ne plus trop relancer ce projet.

La volonté de l'ARH était que chacun avance sur son projet d'établissement pour pouvoir établir un projet commun. Mais le centre hospitalier de Longjumeau s'est vu refuser deux projets, au motif que ceux-ci étaient « *autocentrés* » et ne mentionnaient pas une possible collaboration avec le centre hospitalier d'Orsay.

La situation est donc provisoirement tombée dans une impasse, et l'approfondissement du SIH a été interrompu.



## **2.3 L'arrivée de nouveaux acteurs en 2003 : un tournant positif dans la coopération entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau**

### **2.3.1 Au niveau des directions des deux établissements : le passage d'un système bicéphale à une direction monocéphale**

À la fin de l'année 2002, la directrice du moment du centre hospitalier de Longjumeau, a été nommée à la Cour des Comptes. Une procédure classique de publication du poste au Journal Officiel a été mise en place ; M. Michelangeli, à l'époque directeur du centre hospitalier d'Orsay, s'est présenté sur ce poste. En janvier 2003, l'ancien Président de la CME de Longjumeau, a appelé la DDASS pour lui annoncer que la communauté médicale souhaitait que l'intérim soit exercé par M. Michelangeli. La DDASS s'est montrée « *dubitative, circonspecte* », mais ne comptait pas bloquer cette initiative. Cette volonté de nomination de M. Michelangeli à la direction du centre hospitalier de Longjumeau a opéré un véritable retournement de situation car, à cette période, la DDASS s'apprêtait à renoncer à cette complémentarité qui ne parvenait pas à démarrer. De plus, les efforts de la DDASS étaient concentrés à cette époque sur la fusion entre les centres hospitaliers d'Evry et de Corbeil, problème qui mobilisait toutes les énergies au niveau du département.

Au moment où M. Michelangeli a été nommé au centre hospitalier de Longjumeau, la mise en place d'une direction commune n'était pas à l'ordre du jour : M. Michelangeli était directeur d'Orsay et directeur par intérim de Longjumeau. Puis, en été 2003, l'ARH a demandé à ce que M. Michelangeli soit nommé directeur du centre hospitalier de Longjumeau et directeur par intérim d'Orsay. Ce revirement tenait au fait que le centre hospitalier de Longjumeau est un établissement de taille plus importante que le centre hospitalier d'Orsay.

La Mairie d'Orsay, d'ordinaire plutôt réticente à l'idée de confier le centre hospitalier de sa commune à un directeur par intérim, a pourtant accepté que M. Michelangeli prenne cette casquette de directeur intérimaire. « *C'est l'homme qui a fait la situation* ».

Ce changement de statut a en fait consisté en une simple modification administrative sans aucune incidence. Cela n'a pas posé de problème au quotidien car M. Michelangeli continuait à diriger les deux centres hospitaliers.

Les nominations de M. Michelangeli d'abord à l'intérim de Longjumeau puis à celui d'Orsay se sont faites naturellement, sans obstacle de la part des présidents de Conseil d'Administration, de la communauté médicale, des syndicats, ou de la tutelle.

L'idée d'une direction commune en a émergé et un poste de directeur fonctionnel devrait en découler si les choses se déroulent correctement. Pour le moment, la création du poste fonctionnel a été attribuée à Longjumeau, (J.O du 20 décembre 2005, arrêté du 12 décembre fixant la 2<sup>ème</sup> liste des EPS dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels) seul car, son budget atteint le seuil prévu.

### **2.3.2 La chirurgie à l'avant-garde de la coopération médicale**

Ces changements administratifs se sont faits au moment de la mise en place de la Réduction du Temps de Travail (RTT) médicale, et ont donné l'exemple et le mouvement pour réorganiser certains services médicaux.

Jusqu'en 2003, en chirurgie orthopédique, le centre hospitalier de Longjumeau avait une équipe de garde et le centre hospitalier d'Orsay, une astreinte, mais on recensait une faible activité pour chacun des deux établissements. Ceux-ci avaient de réelles difficultés à mettre au point un tableau de garde en chirurgie orthopédique pendant les périodes de congés. Les chefs de service ont donc accepté de mutualiser les équipes de permanence durant l'été 2003. Les gardes sont maintenant effectuées au centre hospitalier de Longjumeau, et les médecins se déplacent sur le centre hospitalier d'Orsay en cas de besoin. Ceci a permis de rationaliser les coûts de permanence ; l'activité est devenue plus soutenue, donc pérenne. Cette pratique s'est ensuite étendue à la chirurgie viscérale.

Tout s'est fait en dehors d'un cadre juridique, par simple convention. « *Cela a pu marcher sans que chacun y perde son âme* ». Il y a peu d'exemples de permanences de chirurgie commune entre deux entités juridiques différentes en France. Selon l'ARHIF, cette expérience est unique. L'ARH et la DDASS, constatant que le SIH ne donnait pas les résultats escomptés, ont saisi l'opportunité qui s'offrait pour nommer M. Michelangeli au poste de directeur des deux établissements.

De plus, au moment de l'arrivée de M. Michelangeli, les deux présidents de CME ont changé. Ainsi, les présidents de CME nommés à leur suite ont toujours connu l'actuel directeur, et ont toujours travaillé en étroite collaboration avec la direction. Ceci a favorisé une bonne collaboration entre le Directeur et les deux établissements, élément essentiel de la bonne tenue de cette coopération naissante.

On peut donc dire que ces évolutions très positives ont été permises, de façon un peu anecdotique, du fait d'un contexte particulier : un renouvellement de personnel au moment où on l'on prenait conscience, dans chaque établissement, de la nécessité de coopérer.

## 2.4 Un état des lieux de la complémentarité actuelle

Cette complémentarité, qui a réellement commencé en 2003 par le rapprochement des équipes de direction, via un directeur nommé sur les deux sites [même s'il ne faisait que l'intérim d'un des deux], est allée croissante depuis. Tout s'est fait spontanément, par le biais de conventions médicales qui se sont multipliées.

### 2.4.1 Une complémentarité impulsée par les acteurs locaux, bénéficiant de l'appui de la tutelle

Pour ce nouveau mouvement de rapprochement, l'ARH n'a pas vraiment été à l'origine de l'impulsion : ceci est plus une affaire de personnes que de fonctionnement institutionnel. C'est grâce aux volontés conjointes du directeur, des présidents de CA et des présidents de CME que ce rapprochement a pu être effectué. Les deux présidents de CME étaient tout à fait d'accord sur le fait « *qu'aucune entreprise ne peut fonctionner si les cadres sont contre la direction* ». Un véritable souci de dialogue commun a donc vu le jour. « *Ceci n'est pas le fait d'une philanthropie particulière mais bien la prise de conscience de la nécessité de travailler en commun* ». La communauté médicale d'Orsay a bien compris que cette coopération avec Longjumeau permettait de renforcer son propre établissement. Le rapprochement étant favorable aux deux établissements en terme de rationalisation de l'offre de soins, chacun y a défendu ses propres intérêts.

L'ARH a pu voir que ces différents acteurs étaient entrés dans cette logique de rapprochement. Les entretiens menés pour ce mémoire ont montré que chacun reconnaît avoir bénéficié de son aval, et du fait qu'elle a laissé les choses se mettre en place. Comme la DDASS participe aux Conseil d'Administration, elle peut constater qu'ils fonctionnent dans cette logique et en fait écho à l'ARH. Or, cette dernière est favorable dès qu'il y a une réflexion sur la recomposition hospitalière. Elle reste cependant très pragmatique : ce type de restructuration n'opère que quand il y a des hommes qui peuvent la porter. La dimension humaine est importante, et de fait, un changement de personnel pourrait impliquer des conséquences très importantes.

M. Michelangeli, directeur des deux centres hospitaliers, a donc eu « *carte blanche avec mission de faire quelque chose de bien avec ces deux entités* » pour les populations de ces deux bassins de vie, et de rationaliser l'offre de soins. L'ARH lui a laissé une grande liberté dans les modalités pratiques pour fédérer les acteurs sur le terrain.

Par ailleurs, la politique de santé publique privilégie actuellement les modes de coopération. Ceci se voit dans les encouragements qu'elle envoie, suite à des efforts dans ce sens, via la création de postes. Par exemple, pour le cas d'un urologue recruté par le centre hospitalier de Longjumeau et mis à disposition du centre hospitalier d'Orsay (qui rembourse sa part de salaire), l'ARH avait élaboré une enveloppe fléchée dans le

cadre de la complémentarité. Elle a accepté de financer ce poste parce qu'il s'agit nettement d'une coopération et d'une mise en commun entre les deux établissements. L'ARH souhaite donc favoriser ce rapprochement, en l'encourageant par des allocations de ressources ciblées, mais sans s'y immiscer.

Mais le rapprochement Orsay/Longjumeau n'est pas la priorité du directeur de l'ARH. En effet, deux fusions (avec celle du CHSF) dans un même département seraient trop lourdes à prendre en charge. L'ARH s'est davantage concentrée sur le CHSF car cette fusion est beaucoup plus politique. Pour ce qui est du rapprochement Orsay/Longjumeau, l'ARH laisse donc faire la DDASS. En effet, elle est moins présente sur des dossiers techniques comme celui-ci et s'appuie beaucoup sur l'échelon local.

Cette alternative aux différentes formes de coopération existantes est donc très intéressante car peu d'exemples l'illustrent si bien. La situation d'Orsay et Longjumeau est atypique : elle a profité d'une conjoncture particulière et a été portée par des personnalités qui ont su trouver un terrain d'entente.

#### **2.4.2 Un rapprochement symbolisé par une direction commune**

En 2003, M. Michelangeli a d'abord été nommé directeur par intérim du centre hospitalier de Longjumeau, puis du centre hospitalier d'Orsay en étant directeur de l'autre établissement. Depuis, une direction commune a été créée, même si celle-ci n'est pas encore reconnue officiellement.

La convention de direction commune aux centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau a été arrêtée par délibérations concordantes des deux Conseils d'Administration le 13 octobre 2004. Celle-ci doit être validée par le Ministre (par le biais de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins - DHOS), conformément à la demande de la DDASS et de l'ARH, afin que l'équipe de direction puisse être formée et nommée sur les deux structures. Cette mesure permettra d'affirmer davantage l'unicité de la direction.

Il ressort des entretiens que la personnalité de M. Michelangeli et sa parfaite connaissance des deux établissements ont été un élément moteur dans la mise en place de cette direction commune. Si un autre directeur avait été choisi, il est probable que la démarche serait moins avancée. Ainsi, la direction a eu un rôle décisif dans l'adhésion de l'ensemble du personnel au projet de rapprochement. Elle a été très facilitatrice, en présentant les choses calmement et en les rendant compréhensibles et acceptables à l'ensemble des personnels.

Cette direction commune est fondamentale : Elle permet de coordonner un vrai groupe hospitalier Nord Essonne. Avant tout, c'est sa symbolique qui doit être soulignée. Une direction commune demandée par l'établissement (par les présidents de CA, de CME

et par les équipes de direction eux-mêmes) est quelque chose d'unique dans le milieu hospitalier. C'est une véritable alternative qui s'est inventée, face à une coopération opérée de façon plus classique, par le biais de procédés juridiques prédéfinis, et qui aurait pu être vécue comme imposée.

L'organigramme de direction commune envisagé suite à la validation de la direction commune par le Ministère est le suivant :

- Une direction des ressources humaines sur chacun des deux sites ; mais ceci n'empêche pas un certain rapprochement dans les formes de travail. Aux réunions des directions de ressources humaines du département, le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau prennent des positions communes. « *On nous demande à chaque fois quand est-ce qu'on va se marier* ». Chaque fois que des concours sont organisés, la DRH d'Orsay et celle de Longjumeau travaillent ensemble. Ceci est identique pour des questions de réglementation (les DRH essaient d'harmoniser les statuts au cas où il y aurait une fusion dans le futur).
- Une direction des Soins sur chaque site.
- Une direction de la logistique et du patrimoine par site.
- Pour la direction du Système d'information et des Finances, la réflexion se porte sur une direction en transversal, même si un budget par site sera maintenu (il n'y aura donc pas de fusion des budgets). Le directeur financier commun met en œuvre une politique financière commune. Ce serait plus simple s'il n'y avait qu'un seul budget, mais il faudrait pour cela passer par une fusion, et compte tenu du déficit financier du centre hospitalier de Longjumeau, ce ne serait pas souhaitable. Toutefois, avec un directeur des finances commun, il est possible d'avoir une politique financière unique.
- Pour les systèmes d'information, là aussi, il s'agirait de mettre en place une direction transversale. Actuellement, on essaie de les harmoniser. Il y a quelques années, les services informatiques Médiane avait été installés au centre hospitalier d'Orsay. Or, ce système convient mieux aux établissements spécialisés (surtout aux établissements psychiatriques) de taille moyenne. Le centre hospitalier de Longjumeau a pour sa part installé le logiciel Cépage. Ceci ne permet pas d'échanges faciles d'informations. Pour y remédier, le centre hospitalier d'Orsay va progressivement remplacer Médiane par Cépage. À l'heure actuelle, à chaque fois qu'il y a des changements de systèmes d'informations, les deux centres hospitaliers essaient de se rapprocher et de mettre en place les mêmes technologies. Ainsi, même s'il n'existe pas aujourd'hui de direction unique et transversale en ce qui concerne ce domaine, les rapprochements sont déjà existants.
- Pour la direction de la Clientèle (c'est-à-dire tout ce qui concerne les relations avec les usagers) et de la qualité, le problème est plus complexe : cette direction est trop

grosse pour un seul directeur. M. Michelangeli semble vouloir se tourner vers des directions transversales. La question n'est pas encore résolue.

- Un Secrétariat général est prévu en commun.

Cet organigramme, bien que pas encore validé, est dans les faits déjà utilisé car il n'y a actuellement plus qu'un directeur des finances (le directeur des finances d'Orsay ayant pris un autre poste et ayant été volontairement non remplacé dans le but de cette réorganisation). Le directeur des finances du centre hospitalier de Longjumeau assure donc ces deux fonctions, bien qu'il ne soit pas légalement considéré comme directeur des finances d'Orsay. L'attachée d'Administration Hospitalière (AAH) d'Orsay est déjà en charge de l'intégralité du budget d'Orsay. Il s'agit ici de mettre en place une direction transversale qui sera davantage responsable de la stratégie financière des deux établissements que du suivi budgétaire, qui sera géré par des AAH.

Quand la DHOS aura validé cette direction commune, cela permettra de renforcer un fonctionnement quotidien qui est aujourd'hui officieux ; les directeurs d'un des deux établissements seront légitimes à se déplacer sur le site de l'autre et à y effectuer le même travail.

Avant la Direction commune, il y avait cinq directeurs au centre hospitalier d'Orsay et six au centre hospitalier de Longjumeau ; avec cet organigramme commun, il y a trois directeurs au centre hospitalier d'Orsay et quatre au centre hospitalier de Longjumeau, en plus de M. Michelangeli. La direction commune a ainsi, entre autres, pour but de réaliser des économies de personnels. Dans les propositions du directeur, l'équipe de direction commune verra ses effectifs totaux diminuer de deux personnes par rapport aux deux directions antérieures. Ces économies sont plus d'ordre psychologique, pour montrer aux personnels médicaux et non médicaux que l'Administration, elle aussi, rentre dans cette logique d'économies. Il reste donc deux postes à pourvoir en rapport avec la Nouvelle Gouvernance. Il n'a pas encore été décidé sur quel poste.

Des réunions de directions communes ont lieu tous les mardis depuis le mois d'octobre 2004, sur la base d'un ordre du jour commun. Tous les problèmes (qu'ils soient spécifiques à un établissement ou communs aux deux) sont traités, avec possibilité de réunion ad-hoc pour le seul établissement concerné en cas de complication. Ces réunions permettent de prendre connaissance des dossiers concernant l'autre. Il ressort de ces entretiens que « *ces réunions sont enrichissantes.* » « *On double le capital intellectuel* ». Mais pour le moment, il n'y a aucune modification des compétences. Cela permet un échange de points de vue alors que les deux structures sont différentes, avec deux cultures distinctes. Cependant, cet échange a ses limites : souvent, les problèmes sont traités indépendamment. Les directeurs d'Orsay parlent de leurs problèmes et ceux de Longjumeau interviennent ensuite. On constate que les personnels sont encore beaucoup centrés sur les enjeux de leur hôpital, même si les discussions autour des problématiques

de l'autre sont vécues comme très intéressantes. Seule la Nouvelle Gouvernance et les classifications communes des actes médicaux (CCAM) sont traitées de façon transversale. Même si tous les problèmes ne sont pas résolus en commun, ceci permet aux directeurs d'être en contact, et encourage les relations en dehors de ces réunions, dans le cadre de l'harmonisation des procédures par exemple.

En effet, au quotidien, depuis la mise en place de la direction commune, de plus en plus de procédures sont semblables : la manière d'élaborer des conventions, les enquêtes, les courriers, les plans blancs, la façon de monter des dossiers, les groupements d'achats (qui permettent d'ailleurs de réaliser des économies budgétaires) ; les réponses apportées aux questions de l'ARH, etc. Il s'agit de voir ce que chacun fait, de prendre le meilleur et de mettre en concordance les documents de base. De plus, cela permet de travailler plus vite : « *on gagne du temps* ». Cela s'est fait dès la première réunion de direction sans poser de problème. Comme les équipes de direction travaillent bien ensemble, cela encourage aux coopérations médicales. Et le fait que les deux établissements soient dirigés par un directeur commun permet de passer des conventions car ce dernier peut garantir les contrats conclus.

Aujourd'hui, les complémentarités administratives sont effectives grâce à la direction commune : elle est un levier pour encourager les complémentarités médicales, qui ont été envisagées de manière poussée.

### **2.4.3 Une coopération médicale consécutive à la réunion des directions**

Les CME actuelles encouragent la complémentarité, surtout leurs Présidents. Des bureaux de CME communs existent depuis trois ans et se réunissent trois ou quatre fois par an. Ils comprennent deux administrateurs, un vice président et un président. Ces bureaux communs ont plus une importance de forme que de fond. En effet, les problèmes ne sont pas réglés dans ces réunions, mais on y aborde tout ce qui touche à la coopération. « *Le dialogue est toujours excellent* ».

#### **A) La chirurgie orthopédique et viscérale : une coopération exemplaire**

Depuis l'année 2003, des gardes communes ont été mises en place en chirurgie orthopédique à l'été 2003 et viscérale en novembre 2003. « *Ce n'est pas tous les jours que deux hôpitaux font une liste commune de garde* » (surtout en chirurgie, domaine où les services ne sont pas réputés travailler facilement en complémentarité).

La permanence médicale est située sur le site de Longjumeau, mais Orsay dispose d'une capacité d'accueil (un attaché assure la permanence et appelle le chirurgien en cas de besoin). S'il y a une difficulté de déplacement du chirurgien, on envisage le déplacement du patient en second lieu. Ceci est rare car beaucoup d'urgences sont différées en chirurgie (on décide du report de l'opération). La venue du

chirurgien est peu courante mais celui-ci est informé du dossier. Ainsi, les chirurgiens du centre hospitalier de Longjumeau acceptent d'opérer à Orsay sans même connaître les lieux. Il n'existe pour l'instant pas d'autre exemple comme celui-ci en France.

Un des buts de ces gardes communes est d'attirer le maximum de clientèle, car il y a une forte concurrence du privé dans le domaine de la chirurgie. Cette mutualisation des gardes est donc une véritable opportunité de restructuration car il y a des équipes de neuf à dix chirurgiens dans chaque discipline. Alors que la plupart des établissements publics de santé parisiens (dont l'AP-HP) suppriment leurs gardes de chirurgie orthopédique (car ils ne veulent plus recevoir d'urgences chirurgicales), le centre hospitalier d'Orsay veut garder son service de chirurgie, discipline prestigieuse pour un établissement de cette taille, même si le chirurgien de garde se trouve sur le centre hospitalier de Longjumeau.

Ces listes communes de garde en chirurgie orthopédique et viscérale auront ainsi permis qu'il y ait un exemple fort de coopération médicale, qui fasse effet boule de neige et incite d'autres services à mettre en place le même type de coopération.

#### B) L'élargissement des conventions médicales à d'autres activités

Ces derniers mois, une montée en charge des dossiers communs a eu lieu :

- ✓ Equipe mobile de gériatrie.
- ✓ Médecin hygiéniste qui travaille sur trois établissements : Orsay, Longjumeau et l'Institut Jacques Cartier. Mais son existence est incertaine du fait de la montée en charge de la T2A.
- ✓ GCS stérilisation : cette coopération a été signée en juin 2005 alors que les décrets d'application des GCS ne sont toujours pas sortis à cette date. Le centre hospitalier d'Orsay arrête la stérilisation sur son site.
- ✓ les radiologues d'Orsay travaillent à Longjumeau : une convention en radiologie très récente a donc été signée.
- ✓ En médecine nucléaire, la demande de tomographe à émission de positons (TEP) pour Orsay, Longjumeau et le CEA, a été acceptée par le ministère (en CNOSS de février 2005 - Comité national d'organisation sanitaire et sociale). Celui-ci est déjà installé pour la recherche au CEA ; il doit être utilisé par Orsay et Longjumeau pour les pathologies médicales. L'autorisation est délivrée pour Orsay, Longjumeau et le CEA. Cependant, il faut que des fonds soient trouvés pour le financer en ce contexte de T2A (il manque un million d'euros).

Au début, les conventions n'étaient signées que pour six mois ; elles le sont maintenant pour un an. La logique est donc bien intégrée et les reconductions sont tacites.

Il y a quand même des points qui restent négatifs : le service d'ana pathologie à Longjumeau fonctionne, mais Orsay continue à envoyer ses patients sur de la médecine



ambulatoire, car les réseaux entre médecins étaient déjà tissés de cette façon. Le domaine où il y a eu le moins de progrès en terme de coordination est le SAU (alors que c'est la base du SIH). On envoie tout de même les urgences en priorité à l'autre centre hospitalier et non ailleurs, mais il n'y a pas de structures de fonctionnement communes pour les urgences. Cependant, entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau, on recense 80 000 accueils d'urgence par an; c'est l'un des plus gros d'Ile-de-France.

#### C) Une gestion des ressources humaines imprégnée par la coopération

Comme mentionné auparavant, un urologue a été recruté par le centre hospitalier de Longjumeau et mis à disposition du centre hospitalier d'Orsay, qui rembourse la part de salaire. Cela permet d'utiliser les deux sites et il n'y a pas de crainte de perte de clientèle. Il s'agit là d'un bon exemple d'optimisation des équipements. L'ARH a accepté de le financer car il s'agit d'une action de coopération. Elle avait donc fait une enveloppe fléchée dans le cadre de la complémentarité. De plus, ont été recrutés en commun, pour les deux sites:

- un médecin du Département d'Information Médicale (DIM), créé à temps plein sur Orsay mais mis à disposition pour 20% sur Longjumeau,
- un médecin hygiéniste sur Orsay/Longjumeau et l'établissement privé Jacques Cartier de Massy,
- un technicien bio-hygiéniste (recruté par Orsay mais à mi-temps sur Longjumeau),
- un psychologue à mi-temps dans le cadre de la fédération d'addictologie,
- un oncologue (vacation tous les 15 jours au centre hospitalier d'Orsay).

Pour illustrer cette complémentarité dans le recrutement des médecins, il faut savoir que les CME ont donné des avis défavorables à la nomination de chirurgiens qui ne partagent pas l'idée du développement des complémentarités et des gardes communes.

Quand un médecin d'un des deux établissements veut venir sur l'autre site, le recrutement se fait soit par la procédure habituelle (on postule), soit par le biais de conventions entre les deux établissements.

#### **2.4.4 Une moindre implication de fait des personnels paramédicaux**

En ce qui concerne Direction et médecins, la complémentarité est ancrée dans les esprits. L'intérêt de travailler en commun est bel et bien compris.

Pour le personnel paramédical, il n'y a pas de services particulièrement pointus qui justifieraient des regroupements (sauf dans le cas de l'équipe mobile de gériatrie et de la fédération d'addictologie, qui ne fonctionne pas très bien). Ceci a forcément moins d'impact que pour les médecins car il y a plus de personnels paramédicaux. Des postes

sur les deux sites seraient intéressants pour des grades très spécifiques (Infirmières de Bloc Opératoire - IBODE et Infirmières Anesthésistes – IADE , ou encore manipulateurs d'électroradiologie médicale). « *Les IBODE et IADE n'y seraient probablement pas hostiles.* ».

Le personnel paramédical est donc moins concerné. Ils restent régis par les règles de chaque établissement. Cependant, de nombreuses réticences ont pu être ressenties au démarrage. Mais une fois qu'ils ont eu compris que cette complémentarité serait effectuée par des conventions médicales, et non par une fusion, les personnels non médicaux ne se sont plus opposés à la coopération. Les syndicats sont « *assez frileux* » ; ils ne montrent pas de volonté réelle à s'ouvrir sur les problématiques des autres établissements. Ceci se voit en Conseil d'Administration, où ils s'abstiennent régulièrement quand il s'agit d'une action de coopération.

Pour les patients, le seul changement notable se trouve en chirurgie car, pour les urgences, les blessés du secteur d'Orsay sont amenés directement à Longjumeau par le SAMU. Pour le reste, c'est aux médecins d'envoyer les patients dans une démarche volontariste, car les habitants d'Orsay n'iront pas spontanément à Longjumeau.

### 3 UN RAPPROCHEMENT LOUABLE ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY ET LE CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU, MAIS DONT L'ABOUTISSEMENT RESTE A TROUVER

Le rapprochement est une réelle opportunité pour le centre hospitalier d'Orsay. En effet, un établissement de 450 lits comme Orsay (avec la psychiatrie, le MCO et l'USLD) en Ile-de-France est aujourd'hui viable car sa situation financière est équilibrée. Mais si elle était identique à celle de Longjumeau, l'avenir de cet établissement serait moins certain. C'est donc une opportunité pour un établissement de cette taille de pouvoir se rapprocher d'un autre établissement.

Pour le centre hospitalier de Longjumeau, cette coopération permet à ce dernier d'être un élément moteur de l'offre de soins francilienne, car les deux établissements ensemble deviennent de taille très importante.

La mise en place d'une direction commune est un atout indéniable pour rapprocher deux établissements. On a vu que, grâce à cela, les conventions médicales se sont multipliées. Mais il faut bien avoir à l'esprit que ce type de restructuration n'arrive à se mettre en place que « *quand il y a des hommes qui peuvent la porter* ». Il est ressorti de tous les entretiens que la dimension humaine est importante. Le directeur est, selon les dires d'un membre de l'équipe de direction « *très pragmatique, très calme* ». Il a dédramatisé les choses. Sa personnalité a eu une grande importance dans le déroulement du rapprochement.

Une chose est sûre : cette démarche pragmatique et progressive permet d'ancrer la coopération dans les mentalités. Il s'agit de faire des choses pratiques. « *C'est la politique des petits pas de Kissinger* ».

La direction commune peut être un élément suffisamment structurant pour fédérer les énergies. Il n'est peut-être pas utile de remettre en cause l'autonomie des établissements. Qu'est-ce que la direction commune apporte dans les complémentarités ? Est-elle suffisante ?

Ainsi, toutes ces interrogations conduisent à une véritable réflexion sur le devenir de ce rapprochement. Après avoir passé en revue les apports puis les obstacles de cette coopération, il convient de se pencher sur ce qu'il paraît pertinent de mettre en œuvre pour la pérenniser, afin d'assurer une offre de soins de qualité sur le nord du département de l'Essonne.

### **3.1 Une coopération en bonne voie : synthèse des réussites actuelles**

Il est important de commencer ici sur une touche d'optimisme. Cet exemple de rapprochement est unique : les centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau forment un des rares sites bi-pôles à fonctionner correctement. On assiste aujourd'hui à une réelle dynamique et à une réelle attractivité au moins pour les médecins. En chirurgie, les doubles équipes de chirurgie orthopédique et viscérale bénéficient d'une image exemplaire sur toute la région Ile-de-France. Cela se traduit par une absence de postes vacants dans les deux établissements, alors que la pénurie de chirurgiens est un véritable problème dans toute la région, dû à une démographie médicale peu encourageante. Ainsi, le rapprochement est une réelle solution aux problèmes de démographie médicale. De plus, dans le cas des gardes, cela a permis de rationaliser les coûts de permanence.

En médecine nucléaire, les patients du centre hospitalier de Longjumeau et du centre hospitalier d'Orsay seront, une fois que le tomographe par émission de positons (TEP) sera installé au CEA d'Orsay, pris en charge de façon très satisfaisante. Peu d'établissement en dehors des CHU ont à leur disposition un TEP. Ici, les médecins commencent à avoir l'habitude de travailler ensemble, donc cela se fait naturellement.

Pour ce qui est de l'obtention de postes supplémentaires auprès de l'ARH, cette dernière encourage énormément les dossiers communs (comme le poste d'urologue cité auparavant).

À terme, un des apports indéniables de ce type de rapprochement par convention médicale est de donner la chance au patient de bénéficier de la prise en charge la plus adaptée, en faisant se déplacer le praticien.

### **3.2 Les limites latentes à l'approfondissement de la coopération**

Il est difficile de rapprocher deux établissements si différents. Le centre hospitalier d'Orsay était sur le point d'être fermé il y a dix ans, et il craint toujours aujourd'hui de « *se faire manger* » par le centre hospitalier de Longjumeau, même si ce sentiment se dissipe. Ainsi, il existe encore de nombreux obstacles à un rapprochement parfait, tels que des obstacles matériels, juridiques ou encore propres à certaines disciplines.

#### **3.2.1 Les obstacles architecturaux**

Les problèmes architecturaux du centre hospitalier de Longjumeau sont un véritable obstacle à une rationalisation de l'offre de soins. Il est par exemple impossible de rapatrier la réanimation d'Orsay à Longjumeau. Ceci se traduit par une incapacité à avoir un projet de long terme sur la réorganisation du centre hospitalier de Longjumeau. « *Dès qu'on touche à quelque chose, on tombe sur de l'amiante.* » Il serait plus intéressant de construire un nouveau bâtiment que de restaurer, mais ceci n'est pas à

l'ordre du jour du fait de la situation financière peu saine du centre hospitalier et du fait qu'un Plan Pluriannuel d'Investissement (dans le cadre du Plan Hôpital 2007) existe déjà sur le CHSF, dans le même département (en vue de la reconstruction du site unique).

De plus, la clinique de l'Yvette, située sur la commune de Longjumeau et spécialisée en chirurgie de la main, s'étend à partir de 2006 et devrait concurrencer le centre hospitalier de Longjumeau en cette discipline.

Dans le cadre du SROS 3, il est prévu de rapatrier l'ensemble de la réanimation sur le centre hospitalier de Longjumeau et de laisser seulement de la surveillance continue sur le centre hospitalier d'Orsay. En effet, une étude de l'ARH portant sur tous les lits de réanimation d'Ile-de-France montre que beaucoup de malades ne relèvent pas de la réanimation proprement dite. L'argument souvent utilisé pour justifier le maintien de ces lits (en l'occurrence, argument utilisé au centre hospitalier d'Orsay) est qu'il n'est pas toujours facile de savoir quel problème affecte le patient. Ils sont donc envoyés en réanimation, car là se trouvent les seuls lits pouvant être utilisés pour réagir à toutes les situations.

Mais comme cela a été mentionné, le centre hospitalier de Longjumeau n'a ni locaux (il ne peut s'étendre), ni moyens financiers. Actuellement, Longjumeau est autorisé pour douze lits de réanimation. Etant SAU, il est obligé d'avoir un service de réanimation sur son site. Il n'est donc pas possible de regrouper toute la réanimation sur Orsay.

Ainsi, le centre hospitalier d'Orsay va conserver son service de réanimation sur les cinq ans à venir. Il y aura huit lits une fois les travaux faits (avec l'agrandissement du MCO terminé en 2008). De plus, Orsay sera le seul établissement qui aura des locaux de réanimation correspondant aux nouvelles normes.

Le centre hospitalier d'Orsay fait tout pour garder son service de réanimation. On voit donc qu'il n'y a pas de coopération dans ce domaine entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay. Chacun essaie de maintenir son unité de réanimation. Le directeur a insisté pour qu'Orsay puisse conserver cette dernière. Or, pour l'ARH, l'installation d'Orsay est censée être temporaire.

Le personnel pose aussi problème, dans la mesure où six ou sept réanimateurs sont nécessaires pour faire tourner une unité dans un contexte où la démographie médicale tend vers une insuffisance de réanimateurs et elle n'achoppe que sur la question des locaux.

Il ressort donc que le problème de la réanimation est un obstacle à ce rapprochement, le centre hospitalier d'Orsay ne voulant laisser son unité et le centre hospitalier de Longjumeau n'ayant ni les moyens financiers, ni les moyens matériels de subvenir aux besoins de réanimation de l'ensemble des deux. Ainsi, des économies seraient réalisées à moyen terme s'il n'y avait qu'une seule équipe de réanimation à

Longjumeau, mais il faudrait au préalable consommer beaucoup de fonds pour reconstruire ce bâtiment.

### **3.2.2 Les limites de la construction juridique actuelle**

Le SIH Nord Essonne est une fiction juridique. Il a été créé pour que le centre hospitalier d'Orsay ne devienne pas une Unité de proximité. Mais les urgences de l'établissement fonctionnent dans les faits, selon les dires des personnes rencontrées, comme une UPATOU, et non comme un SAU (ce sont surtout des urgences médicales et non chirurgicales).

De plus, lors de la constitution du SIH, il n'a pas été envisagé de créer une chefferie commune sur le SAU bi-site. Ainsi, il y a un chef de service par site (un à Orsay, un à Longjumeau) alors qu'ils sont censés travailler en commun. Personne n'ose intervenir sur la suppression du SIH, car si les urgences d'Orsay se transformaient en UPATOU, des levées de boucliers auraient lieu. Ainsi, le SIH ne peut être remis en cause, alors qu'il est inefficace. Il est vrai que le SROS 3 Urgences devrait supprimer la distinction SAU/UPATOU, donc on peut envisager que, après la publication de ce dernier, l'existence du SIH sera questionnée à nouveau.

### **3.2.3 Les contraintes inhérentes à certaines disciplines**

Tout d'abord, si les sites deviennent trop spécialisés, il y aura un risque important de fuite. Par exemple, si l'on développe la chirurgie ambulatoire à Longjumeau, les patients du bassin de vie d'Orsay se tourneront vers les établissements privés ou à Paris, à AP-HP. Dans tous les cas, il est à craindre que les conventions médicales soient toujours liées à des personnes, et donc que les malades soient orientés selon des réseaux bien installés, difficiles à remettre en cause.

Par ailleurs, en pédiatrie, il n'y a pas de coopération car il n'existe pas de concurrence entre les deux centres hospitaliers : les bassins de recrutement sont différents, les réseaux s'établissent plus avec les hôpitaux parisiens de l'AP-HP (comme l'hôpital Necker), la qualité des soins est équivalente et chacun a suffisamment d'activités. De plus, la concurrence du privé en pédiatrie est faible (sauf en ce qui concerne les accouchements à l'Institut Jacques Cartier de Massy).

Les deux centres hospitaliers n'ont pas encore le réflexe de travailler ensemble en pédiatrie. Il y a donc une culture commune à mettre en place entre Orsay et Longjumeau. L'enjeu est de faire en sorte que le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau travaillent avec le CHSF : ce dernier doit se positionner comme hôpital référent sur le département, en matière de pédiatrie, grâce à sa réanimation néonatale de niveau 3.

Dans le domaine de la psychiatrie, il n'existe pas pour l'instant de complémentarité, car le centre hospitalier de Longjumeau dépend du secteur de l'établissement public spécialisé Barthélémy Durant à Etampes, alors que le centre hospitalier d'Orsay dispose d'une activité psychiatrique, mais n'est pas amené à accueillir les patients du bassin de vie de Longjumeau. Le SROS 3 n'ayant pas prévu de rapprochement entre les secteurs sanitaires et les lieux d'habitation, on peut penser que les patients de Longjumeau risquent encore d'être soignés à l'autre bout du département pendant longtemps, alors que le centre hospitalier d'Orsay pourrait tout à fait les accueillir si on réorganisait les secteurs psychiatriques. Actuellement, toute coopération en psychiatrie est empêchée par ces définitions sectorielles.

#### **3.2.4 Les obstacles financiers**

Pour une véritable complémentarité, il faut attendre que la situation financière s'assainisse du côté du centre hospitalier de Longjumeau. Le déficit de ce dernier n'inspire pas confiance du côté du centre hospitalier d'Orsay. Une fusion ne pourra pas être envisagée étant donné « *le déficit abyssal* » du centre hospitalier de Longjumeau et l'excédent du centre hospitalier d'Orsay.

### **3.3 Quelle orientation donner à ce rapprochement, pour une coopération aboutie ?**

Tous les acteurs sont d'accord : il ne faut pas brûler les étapes. C'est une entreprise de longue durée, nécessitant pour sa réussite une consolidation des acquis avant de passer à un stade plus avancé. « *Le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau ont vraiment une synergie très forte* ». À un moment donné, il y existera plus de conventions réelles que dans certains sites fusionnés. Le but de ce rapprochement est que la coopération ne soit pas contrainte. À partir du moment où les acteurs seront d'accord, il s'agira de mettre en place la structure juridique qui s'adapte à cette organisation.

#### **3.3.1 La Nouvelle Gouvernance : une opportunité pour approfondir la coopération**

Les enjeux de la Nouvelle Gouvernance<sup>1</sup> sont, pour tous les établissements publics de santé, les suivants :

- recentrer les missions du conseil d'administration des établissements publics de santé sur ses fonctions stratégiques ;

---

<sup>1</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé

- associer, par la création des conseils exécutifs et la mise en place des pôles, les directeurs et les praticiens à la définition et la mise en place des orientations de l'établissement et à la gestion ;
- instaurer une démarche de contractualisation avec des pôles d'activités cohérents, dotés d'une masse critique suffisante et d'une fluidité interne et externe satisfaisante ;
- faire participer l'ensemble de la nouvelle organisation au sein des conseils de pôles.

Dans le cas concret du rapprochement Orsay/Longjumeau, la Nouvelle Gouvernance va permettre de revoir l'organisation dans une logique de complémentarité ; ceci signifie que les acteurs majeurs de cette réforme (médecins et équipes de direction) doivent saisir cette occasion pour pousser la réflexion dans le sens de la complémentarité.

La nouvelle gouvernance signifie tout d'abord la mise en place d'un conseil exécutif (A), mais surtout de pôles d'activités (B).

- A) La Nouvelle Gouvernance : un outil stratégique pour aller vers un conseil exécutif commun ?

L'Article L. 6143-6-1 CSP dispose que « *dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :*

- 1° *Le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;*
- 2° *le président de la CME et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical.*

*Le conseil exécutif :*

- 1° *Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel, et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L. 6143-1. Il en coordonne et en suit l'exécution.*
- 2° *Prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation mentionnés aux 2° et 3° de l'article L.6144-1 ;*
- 3° *Contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;*
- 4° *Donne son avis sur la nomination des responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique et des chefs de service ;*



*5° Désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences.*

*En cas de partage des voix, le directeur a voix prépondérante.*

*Le nombre de membres du conseil exécutif est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la CME dans des limites fixées par décret. »*

Le conseil exécutif est donc l'avenir de la bonne coopération entre la Direction et les médecins. Dans le cas du rapprochement Orsay/Longjumeau, la dynamique étant de faire une direction commune et des bureaux de CME communs, la logique voudrait qu'un conseil exécutif commun se mette en place (regroupant à parité des membres de l'équipe de direction Orsay/Longjumeau et des médecins dont les deux présidents de CME). La mise en place d'un conseil exécutif commun, même s'il est consultatif, renforcerait la coopération. Si, au contraire, deux conseils exécutifs étaient mis en place, un pour chacun des établissements, ceci serait un véritable pas en arrière pour le rapprochement. L'arrivée de deux nouveaux directeurs en charge de cette problématique en avril 2006 est attendue, pour que ce dossier avance.

B) La Nouvelle Gouvernance : un outil pour la mise en place de pôles transversaux et l'aboutissement des complémentarités médicales

L'organisation en pôles d'activité est l'élément central de la réforme de la Nouvelle Gouvernance. Elle remplace l'organisation en services ou départements et est obligatoire dans tous les établissements publics de santé, à l'exception des hôpitaux locaux (L.6146-1 CSP). Elle est définie par le conseil d'administration, sur proposition du conseil exécutif, et permet de constituer des structures d'une taille critique suffisante, à vocation pluridisciplinaire, regroupant des activités communes ou complémentaires.

Cette organisation ne vise pas les seules activités médicales, qui sont constituées en pôles d'activité clinique ou médico-technique conformément au projet médical, mais s'applique aussi aux activités administratives et logistiques. Pour les activités de psychiatrie, le secteur peut constituer un pôle d'activité.

Il s'agit ici de réfléchir à ce qu'il convient de faire en lien avec la Nouvelle Gouvernance, de déterminer si les acteurs de terrain sont prêts à faire des pôles transversaux comme cela se fait dans le cas de fusions<sup>1</sup>.

Le calendrier de réflexion sur les pôles est le suivant:

- La réflexion est entamée dès septembre 2005 ;
- -La finalisation est prévue dès juin 2006.

---

<sup>1</sup> cf exemple du pôle mère-enfant au centre hospitalier Simone Veil (fusion de Eaubonne et Montmorency)

Il s'agit de mener une réflexion entre l'équipe de direction et la Commission Médicale d'Etablissement (c'est-à-dire d'instaurer un groupe de travail avec les personnes concernées). Mais ceci risque de rester très simple : les acteurs ne sont pas favorables au fait de créer des structurations trop complexes, qui révolutionneraient l'organisation et la structure actuelle des services. La réflexion sur les pôles transversaux est peut-être une idée qui doit être conservée, pour ressortir quand les acteurs auront compris leur intérêt. Pour cela, il faudrait que chacun arrive à s'effacer en tant qu'individu et à accepter la mutualisation.

Mais des obstacles empêchent d'aller dans cette direction :

- Pour des raisons administratives : pour le moment, les budgets sont totalement séparés.

- Pour des raisons liées aux personnes : dans certaines disciplines, comme en pédiatrie par exemple, nous avons vu qu'aucune convention médicale n'existait car les deux centres hospitaliers ne travaillaient pas en coopération, du fait d'une activité suffisante et peu concurrentielle. Ainsi, dans ce cas, un pôle transversal mère-enfant semble inenvisageable à l'heure actuelle. De plus, vouloir mettre en place des pôles transversaux reviendrait, selon un professionnel, à ne pas prendre en compte le problème de la « *culture des chefs de services qui ne veulent pas lâcher leur pôle* ». Le simple fait de constituer un pôle mère-enfant sur le seul centre hospitalier d'Orsay pose problème pour des raisons de personnalités différentes entre certains praticiens.

Mais au-delà de ces obstacles, créer des pôles transversaux serait une véritable révolution. Ceci aurait le mérite de placer un chef de pôle unique sur les deux centres hospitaliers, comme cela se fait au niveau de la direction. Cependant, cette réflexion sur les pôles avec la Nouvelle gouvernance intervient ici un peu hâtivement. Cela ne fait que deux ans que les premières actions de complémentarité médicale existent véritablement. Avant de vouloir mettre en place des pôles transversaux, la première étape pourrait être d'harmoniser un peu plus les pôles d'activités respectifs (par exemple en adoptant les mêmes organisations de travail et les mêmes documents dans les deux établissements) ; ainsi, au moment où les acteurs seront prêts (d'ici quelques années), la mise en place des pôles transversaux se fera rapidement.

### **3.3.2 Les approfondissements nécessaires pour renforcer la coopération existante**

La question qu'il convient de se poser ici est la suivante : une direction commune peut-elle à elle seule jeter les bases d'une coopération et la fédérer de façon pérenne ?

La direction commune devient un moyen facilitateur pour que les acteurs travaillent ensemble (il suffit de voir le nombre croissant de conventions médicales). Pour pérenniser ce rapprochement qui a commencé avec la direction commune, il faudra

pousser la réflexion plus loin. La finalité de ce rapprochement ne doit pas être à tout prix une fusion.

L'adoption de l'outil juridique propre à confirmer cette coopération est subordonnée à la réalisation des étapes suivantes :

- un conseil exécutif commun,
- un projet d'établissement commun,
- établir un site unique d'urgences sur le centre hospitalier de Longjumeau. La fermeture de la chirurgie d'Orsay en fin de journée serait ainsi envisageable. Pour cela, il faut attendre les textes : le SROS 3 sur les urgences doit supprimer la distinction SAU / UPATOU. Et le décret d'application du GCS permettrait de remplacer le SIH devenu obsolète.
- Parler d'une même voix auprès des autres acteurs : dans le SROS, les deux établissements soutiennent des demandes communes.
- Arriver à se choisir comme partenaire privilégié, ce qui n'est pas encore toujours le cas.
- Avoir une réflexion sur la mutualisation des moyens en terme de plateau technique. On peut imaginer que le patient du centre hospitalier de Longjumeau bénéficie du service de médecine nucléaire d'Orsay. Mais ceci nécessiterait que le médecin mette tout en œuvre pour envoyer le patient chez son voisin, car la population qui va dans ces centres hospitaliers est différente et ne va pas spontanément de l'un à l'autre.

### **3.3.3 Quels outils juridiques au service d'un groupe hospitalier Nord Essonne ?**

Il faut ici se demander si la fusion serait la réponse adaptée au regroupement de ces deux établissements. Comme le montre l'exemple du centre hospitalier d'Orsay et du centre hospitalier de Longjumeau, les acteurs peuvent travailler ensemble efficacement sans passer par une fusion.

Une fusion permettrait d'éviter les doublons (il n'y aurait qu'une seule série d'instances) mais il faudrait mettre en harmonie les procédures, les statuts et le climat social.

Cependant, dans le cas du rapprochement Orsay/Longjumeau, il n'y a pas d'ambition de fusion (où tout est basé sur la structure juridique). « *Ici, on a tissé par le bas* », par la coordination et l'organisation des soins. Une fusion qui ne serait pas souhaitée et comprise par l'ensemble des personnels a peu de chances de réussir à fonctionner. Une fusion ne doit pas être l'objectif, mais l'outil qui facilite la coopération inter-hospitalière.

Il ressort des entretiens menés qu'on ne peut imposer une nouvelle structure administrative sans connaître la culture de l'hôpital. Il s'agit ici de créer « *une structure*

*vertueuse* ». Le fait que les médecins soient favorables aux conventions médicales est encourageant, et peut permettre de faire fonctionner de nombreux services en commun. Ainsi, les centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau ne sont pas dans une logique de fusion. Les différents acteurs de ce rapprochement pensent que ce n'est pas une organisation qui amène la structure, mais l'organisation qui est au service de la structure. La fusion ne peut marcher selon eux qu'à une seule condition : si l'on adapte d'abord la structure à l'organisation.

En plus des raisons d'opportunité, il existe d'autres obstacles à une fusion entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau.

Une fusion ne serait pas possible dans ce cas concret pour les raisons budgétaires que l'on sait : le Centre hospitalier d'Orsay connaît depuis plusieurs années une situation financière saine. Une fusion lui ferait supporter des difficultés qu'il n'a pas. Il ne paraît pas opportun de mélanger la bonne gestion du centre hospitalier d'Orsay et les difficultés permanentes du centre hospitalier de Longjumeau.

La fusion pourrait être un procédé juridique trop contraignant pour qu'il puisse être la finalité à laquelle souhaiteraient aboutir ces deux établissements. Le GCS semble être l'outil qui conviendrait le mieux pour « habiller » ce rapprochement. Déjà utilisé sur l'activité de stérilisation, celui-ci pourra être développé dès la sortie de son décret d'application sur l'ensemble des activités, pour lier de façon souple et pérenne ces deux établissements.

Dès que les décrets d'application seront sortis, il faudra se pencher sur l'utilisation qui pourra être faite pour pérenniser ce rapprochement.

## CONCLUSION

Ainsi, ce mémoire sur le rapprochement entre les centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau est un mémoire d'actualité. Pour le moment, seule la direction commune et des conventions médicales sont mises en place, mais on peut penser que dans un avenir proche, ce rapprochement va se pérenniser et prendre une forme plus soutenue (avec le conseil exécutif commun, par exemple).

La sortie du décret d'application du Groupement de Coopération Sanitaire devrait permettre de disposer d'un outil juridique dont l'avantage réside dans son absence de lourdeur administrative.

De plus, si la DHOS valide le poste de directeur fonctionnel pour les deux établissements (ceci est fait pour le seul centre hospitalier de Longjumeau actuellement), ceci montrera une reconnaissance de la part des pouvoirs publics de ce rapprochement, car le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau deviennent ensemble un très gros établissement en terme de capacité. Le volume à gérer en terme de responsabilité par le directeur est lourd. La DHOS doit donc mettre les moyens nécessaires pour aller dans le sens de la complémentarité.

Ainsi, tout laisse à penser que ce rapprochement, qui a commencé par la direction commune, n'était pas vain, et qu'il sera un véritable levier pour renforcer la coopération hospitalière. L'inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, dans ce rapprochement, est un acteur important. En effet, même si dans cet exemple, le rapprochement est plus dû aux acteurs internes qu'à l'ARH, le IASS, travailleur « de l'ombre », participe à ce rapprochement en l'encourageant. La planification est au cœur de son métier. Il agit sur la recomposition hospitalière en étant animateur, voire coordonnateur de territoire du SROS ; il a donc un rôle dans l'élaboration des documents de planification. C'est en partie grâce à l'inspecteur que dans les groupes de travail relatifs au SROS du territoire 91-2 (où se trouvent Orsay et Longjumeau), la problématique Orsay/Longjumeau est intégrée par tous les acteurs, y compris ceux des autres établissements. De même, par un travail de collaboration bien organisé avec le directeur du centre hospitalier, il peut se faire l'avocat des dossiers importants de l'hôpital auprès de l'équipe rapprochée de l'agence et des autres composantes assurance maladie de l'ARH. Mais, ce vrai travail en profondeur peut aussi être pour le IASS l'occasion de mutualiser ses connaissances et son expérience avec le MISP référent sur le même territoire de santé. Ce système de « binomie », s'il est bien rodé, est un outil de travail dynamique très important pour le directeur d'une DDASS et pour les partenaires extérieurs. Il permet de travailler par priorités lisibles, de structurer la planification et de lui donner du relief. A l'heure de la LOLF et de la rationalisation des moyens qu'elle va impliquer rapidement pour les services déconcentrés, c'est une vraie piste d'avenir pour la jeune inspectrice que je suis.

Enfin, ce sujet d'actualité, du rapprochement entre les centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau doit être replacé dans son environnement. En effet, il est difficile de prévoir comment va évoluer l'offre de soins hospitalière en Ile-de-France ces prochaines années. Il est sûr qu'il y aura un besoin croissant de médecine et de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à orientation gériatrique compte tenu du vieillissement de la population Française, ainsi que de structures de long séjour dans le prolongement de cette filière de prise en charge.<sup>31</sup> On peut penser qu'à l'avenir, le principe de subsidiarité jouera à plein : des sites de proximité auront en charge le SSR et des sites spécialisés pour des soins plus pointus, avec transport sanitaire très performant (hélicoptère) entre les établissements, existeront. Mais ceci n'est qu'une hypothèse de ce que pourrait être la recomposition hospitalière à très long terme. Pour le moment, l'existence d'Orsay en tant que centre hospitalier n'est pas remise en question. Il n'est plus à l'ordre du jour d'y laisser seulement les soins de suite et la médecine. Sa reconstruction devra lui donner une nouvelle vie. Le centre hospitalier de Longjumeau, quant à lui, doit s'assainir financièrement (ce qui est en bonne voie avec le CREF, qui fonctionne bien : Longjumeau, compte tenu de ses grosses difficultés, est reconnu comme ayant particulièrement bien rempli ses objectifs fixés dans le CREF et a eu fin décembre 2005, une avance de 1 500 000 euros sur la phase 2006 du CREF). Mais son existence n'a jamais été remise en question. La complémentarité entre les deux peut donc continuer à se développer.

De façon plus anecdotique, ce rapprochement peut être symbolisé par la mise en place d'une équipe de football commune des personnels entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau, qui devrait s'entraîner toutes les semaines.

---

<sup>31</sup> Le directeur des hôpitaux, monsieur Jean CASTEX, a à plusieurs reprises, dans ses déclarations récentes, indiqué son profond attachement de voir émerger une réflexion sur l'organisation des structures hospitalières au vieillissement de la population.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

- Code de la Santé Publique
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 - Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- 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
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 - Loi portant réforme hospitalière
- Loi n°2003-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire DH/AF3/SI5 n°99-225 du 14 avril 1999
- 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

## Ouvrages :

- G. CALMES ; J-P. SEGADE ; L. LEFRANC, *Coopération hospitalière – l'épreuve de vérité* —Masson – 1998
- L. HOUDART ; D. LAROSE ; S. BARRE, *Traité de la coopération hospitalière – Volume 2* — Santé – mars 2000
- P. MOSSE – *les restructurations hospitalières : quels référents pour quels compromis ?* – document de travail pour le séminaire ATES n°5 – novembre 2000

## Collectivités d'auteurs :

- P. FORCIOLI - FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE – *rapport du groupe d'Etude et de recherche sur les fusions et Regroupements d'Etablissements publics de Santé* – mars 2002

- RAPPORT ANNUEL AU PARLEMENT SUR LA SECURITE SOCIALE – Chapitre VII - *L'évolution de l'offre de soins hospitaliers*- La Cour des Comptes – Septembre 2002
- REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES – *restructurations hospitalières* – n°2 - avril-juin 2001
- M. PICARD – RAPPORT DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL - *Aménagement du territoire et établissements de santé* - 2004

### **Articles de périodiques :**

- C. CROUZILLES, A. JOUBERT – « Restructuration hospitalière : une expérience d'accompagnement par la formation » - *Gestions hospitalières* – octobre 2000
- G. CALMES, L. LEFRANC – « Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 » - *Gestions hospitalières* – octobre 2000
- P. MORDELET – « Les restructurations hospitalières françaises à la lumière de l'expérience nord-américaine » - *Gestions hospitalières* – Novembre 2002
- B. KITOUS – « Fusions des établissements : solution d'avenir ? » - *Gestions hospitalières* – juin/juillet 2002
- J-P. CLAVERANNE, C. PASCAL, D. PIOVESAN – « Restructurations des établissements hospitaliers : Les logiques du secteur public à l'épreuve du privé » - *Gestions hospitalières* – juin/juillet 2002
- C. RAVAUDET – « Restructurations, Recomposition » – *IASS la revue* – Juin 2002
- Enquête à propose de 106 opérations de restructurations hospitalières, dossier de presse
- ETOURNEAU C. – « le GCS devient l'outil privilégié de la coopération sanitaire »- *Décision et santé* n° 215 : – p. 10 à 13 – mai 2005
- DOGIMONT R. « groupement de coopération sanitaire : transcription juridique d'incertitudes politiques » - *Gestions hospitalières* – janvier 2004 — p. 12 à 17.
- BARRE S. – LAROSE D. – « groupement de coopération sanitaire : l'âge adulte ? » - *Revue Hospitalière de France* – n° 504 – mai-juin 2005
- GADREAU M. – JAFFRE D. – « l'arbitrage efficacité-équité et la nouvelle politique hospitalière en France. » - *Revue Politique et Managment Public* – Volume 22 – n°2 – juin 2004 –

### **Supports électroniques**

- La planification hospitalière de la carte sanitaire aux SROS de 3ème génération - *Vie-publique\_fr.htm* – la documentation française



---

## Liste des annexes

---

- Carte – Offre de soins MCO – Essonne – source : ARHIF – CRAMIF 2003.....p.II  
**Non publiée**
- Carte - Rapprochement et transferts d'activités engagés – Essonne – source : ARHIF 1998.....p.III  
**Non publiée**
- Liste des délibérations votées en Conseil d'Administration du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement (d'octobre 2003 à fin 2005).....p.IV
- Liste des délibérations votées en Conseil d'Administration du centre hospitalier d'Orsay concernant le rapprochement (d'octobre 2003 à fin 2005).....p.VI
- Convention n°04-84 de direction entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay – 13 octobre 2004.....p.VIII  
**Non publiée**

ANNEXE III : Liste des délibérations votées en Conseil d'Administration du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement (d'octobre 2003 à fin 2005).

**Délibérations du Conseil d'Administration (22/06/2005), de la Commission Médicale d'Etablissement (15/06/2005) et du Conseil Technique d'Etablissement (17/06/2005) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n° 05-82 : modification des activités optionnelles de la pharmacie à usage intérieur (PUI) du centre hospitalier de Longjumeau du fait du transfert d'activité de stérilisation des dispositifs médicaux à la PUI du Groupement de Coopération Sanitaire Longjumeau/Orsay.
- N°05-84 : renouvellement du Protocole de prise en charge des patients adressés au centre hospitalier de Longjumeau ou au centre hospitalier d'Orsay en cas de panne ou d'arrêt pour maintenance des scanographe ou de renouvellement des équipements.
- N°05-86 : renouvellement par voie d'avenant de la convention relative à la participation des radiologues du centre hospitalier d'Orsay à l'exploitation de l'IRM du centre hospitalier de Longjumeau.

**Délibérations du Conseil d'Administration (20/04/2005); avis de la Commission Médicale d'Etablissement (15/04/2005) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- N°05-36 : convention de mutualisation des activités entre les SMUR des centre hospitalier de Longjumeau et centre hospitalier d'Orsay.

**Délibérations du Conseil d'Administration (18/05/2005) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- N°05-53 : désignation des membres de l'Assemblée Générale du Groupement de Coopération Sanitaire Longjumeau-Orsay pour la stérilisation des dispositifs médicaux dans le cadre d'une pharmacie à usage intérieur.

**Délibérations du Conseil d'Administration (09/03/2005), de la Commission Médicale d'Etablissement (03/03/2005) et du Conseil Technique d'Etablissement (07/03/2005) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- N°05-29 : convention-cadre relative à l'organisation de l'activité d'urologie entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay. Réserves DDASS compte tenu du fait que le financement est octroyé en totalité au centre hospitalier de Longjumeau.
- N°05-31 : convention-cadre relative à l'organisation de l'unité mobile de Gériatrie commune aux centre hospitalier de Longjumeau et centre hospitalier d'Orsay.
- N°05-32 : convention de participation des radiologues du centre hospitalier d'Orsay à l'exploitation de l'IRM implantée au centre hospitalier de Longjumeau. Pas d'avis du Comité Technique d'Etablissement

**Délibérations du Conseil d'Administration (26/01/2005), de la Commission Médicale d'Etablissement (19/01/2005) et du Conseil Technique d'Etablissement (24/01/2005) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n°05-06 : protocole de prise en charge des patients adressés au centre hospitalier de Longjumeau ou au centre hospitalier d'Orsay en cas de panne ou d'arrêt pour maintenance des scanographes ou de renouvellement de l'équipement.

**Délibérations du Conseil d'Administration (13/10/2004), de la Commission Médicale d'Etablissement (04/10/2004) et du Conseil Technique d'Etablissement (11/10/2004) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n°04-84 : convention de direction commune entre le CH Longjumeau et le CH Orsay.
- n°04-87 : création d'une Fédération Interhospitalière de Cancérologie entre les Centres Hospitaliers de Longjumeau et d'Orsay.

**Délibérations du Conseil d'Administration (23/06/2004), de la Commission Médicale d'Etablissement (18/06/2004) et du Conseil Technique d'Etablissement (21/06/2004) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n°04-67 : convention cadre pour le traitement de la stérilisation du centre hospitalier d'Orsay par le centre hospitalier de Longjumeau.

**Délibérations du Conseil d'Administration (12/05/2004), de la Commission Médicale d'Etablissement (29/04/2004) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n°04-32 : avenant n°1 à la convention bi-site en chirurgie orthopédique entre les centre hospitalier d'Orsay et centre hospitalier de Longjumeau, à compter du 01.04.04 pour une année.
- n°04-45 : convention d'activité partagée de M. le Dr LARUE en anesthésie entre les centre hospitalier de Longjumeau et centre hospitalier d'Orsay, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004.

**Délibérations du Conseil d'Administration (28/01/2004), de la Commission Médicale d'Etablissement (20/01/2004) et du Conseil Technique d'Etablissement (26/01/2004) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

n°04-06 : renouvellement de la convention entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay relative à la permanence des soins bi-site en chirurgie viscérale.

**Délibérations du Conseil d'Administration (17/12/2003), de la Commission Médicale d'Etablissement (08/12/2003) et du Conseil Technique d'Etablissement (15/12/2003) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

n°1777 : convention entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay relative à la permanence des soins bi-site en chirurgie viscérale.

**Délibérations du Conseil d'Administration (8/10/2003), de la Commission Médicale d'Etablissement (03/10/2003) du centre hospitalier de Longjumeau concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

n°1753 : convention entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay relative à la permanence des soins bi-site en chirurgie orthopédique.

ANNEXE IV : Liste des délibérations votées en Conseil d'Administration du centre hospitalier d'Orsay concernant le rapprochement (d'octobre 2003 à fin 2005).

**Délibérations du Conseil d'Administration (24/06/2005), de la Commission Médicale d'Etablissement (23/06/2005) et du Conseil Technique d'Etablissement (21/06/2005) du centre hospitalier d'Orsay concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n° 2005-69 : modification des activités optionnelles de la pharmacie à usage intérieur (PUI) du centre hospitalier d'Orsay du fait du transfert d'activité de stérilisation des dispositifs médicaux à la PUI du Groupement de Coopération Sanitaire Longjumeau/Orsay.
- N°2005-72 : renouvellement du Protocole de prise en charge des patients adressés au centre hospitalier de Longjumeau ou au centre hospitalier d'Orsay en cas de panne ou d'arrêt pour maintenance des scanographe ou de renouvellement des équipements.
- N°2005-71 : renouvellement de la convention relative à la participation des radiologues du centre hospitalier d'Orsay à l'exploitation de l'IRM du centre hospitalier de Longjumeau.  
Comité Technique d'Etablissement s'abstient à l'unanimité

**Délibérations du Conseil d'Administration (27/05/2005)**

- N°2005-61 : désignation des membres de l'Assemblée Générale du Groupement de Coopération Sanitaire Longjumeau-Orsay pour la stérilisation des dispositifs médicaux dans le cadre d'une pharmacie à usage intérieur.

**Délibérations du Conseil d'Administration (11/03/2005), de la Commission Médicale d'Etablissement (11/03/2005) et du Conseil Technique d'Etablissement (08/03/2005) du centre hospitalier d'Orsay concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- N°2005-7 : convention-cadre relative à l'organisation de l'unité mobile de Gériatrie commune aux centre hospitalier de Longjumeau et centre hospitalier d'Orsay ; avis défavorable du Comité Technique d'Etablissement à l'unanimité car crainte qu'un développement de la gériatrie au centre hospitalier d'Orsay nuise à l'activité du pôle MCO + problèmes des retours à domicile qui ne seront pas résolus le Comité Technique d'Etablissement estime que ce projet ne répond pas aux besoins en la matière)
- N°2005-9 : avenant n°2 à la convention relative à l'organisation d'une permanence de soins bi-site en chirurgie orthopédique et traumatique entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau. Pas d'avis du Comité Technique d'Etablissement
- N°2005-10 : avenant n°2 à la convention relative à l'organisation d'une permanence de soins bi-site en chirurgie viscérale entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau. Pas d'avis du Comité Technique d'Etablissement
- N°2005-11 : convention-cadre relative à l'organisation de l'activité d'urologie entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay.
- N°2005-12: convention de participation des radiologues du centre hospitalier d'Orsay à l'exploitation de l'IRM implantée au centre hospitalier de Longjumeau.
- N°2005-13 : mutualisation des moyens médicaux des services SMUR Orsay/Longjumeau. Pas d'avis du Comité Technique d'Etablissement
- N°2005-14 : établissement d'une convention Orsay/Longjumeau concernant le fonctionnement du DIM. Pas d'avis du Comité Technique d'Etablissement

**Délibérations du Conseil d'Administration (17/12/2004), de la Commission Médicale d'Etablissement (09/12/2004) et du Conseil Technique d'Etablissement (14/12/2004) du centre hospitalier d'Orsay concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n°2004-116 : avenant à la convention cadre pour le traitement de la stérilisation du centre hospitalier d'Orsay par le centre hospitalier de Longjumeau..

**Délibérations du Conseil d'Administration (13/10/2004), de la Commission Médicale d'Etablissement (08/10/2004) et du Conseil Technique d'Etablissement (05/10/2004) du centre hospitalier d'Orsay concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n°2004-91 : convention de direction commune entre le centre hospitalier d'Orsay et centre hospitalier de Longjumeau.
- N°2004-89 : création d'une fédération interhospitalière de cancérologie entre le centre hospitalier d'Orsay et le centre hospitalier de Longjumeau.
- N° 2004-87 : demande de création d'un TEP présentée par le centre hospitalier d'Orsay, le centre hospitalier de Longjumeau et le SHFJ (Commissariat à l'Energie Atomique)

**Délibérations du Conseil d'Administration (24/06/2004), de la Commission Médicale d'Etablissement (17/06/2004) du centre hospitalier d'Orsay concernant le rapprochement Orsay/Longjumeau**

- n°2004-71 : renouvellement de la convention entre le centre hospitalier de Longjumeau et le centre hospitalier d'Orsay relative à l'organisation d'une permanence de soins bi-site en chirurgie viscérale.
- N°2004-72 : convention cadre pour le traitement de la stérilisation du centre hospitalier d'Orsay par le centre hospitalier de Longjumeau.
- N°2004-73 : convention avec le centre hospitalier de Longjumeau relative à la mise à disposition du centre hospitalier d'Orsay d'un praticien hospitalier dans le service d'imagerie médicale (Dr Goldsmith).