



Directeurs d'Hôpital
2011-2013

**LA COOPERATION ENTRE HÔPITAUX D'INSTRUCTION DES ARMEES ET
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE:
« Projet de rapprochement de l'Hôpital d'Instruction des armées Alphonse
LAVERAN du tissu hospitalier local de son territoire de santé pour optimiser
ses fonctions logistiques »**

CHTIOUI MOHAMED KARIM

Remerciements

La rédaction d'un mémoire est un exercice particulièrement exigeant qui est marqué par différentes phases : des recherches, une étude de terrain au sein d'un établissement d'accueil, des entretiens avec des professionnels et de nombreux conseils. Derrière chacune de ces étapes se cache la contribution de nombreuses personnes qui ont su me donner de leur temps. Aujourd'hui je tiens donc à leur témoigner toute ma gratitude et mes remerciements.

Je remercie en premier lieu le Médecin général inspecteur D. VALLET, Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées LAVERAN, qui m'a accueillie dans son établissement pour réaliser ce stage. Je remercie également le Colonel LAFFON, gestionnaire de l'hôpital, mon maître de stage et directeur de mémoire, pour l'orientation donnée à mon travail et ses précieuses réflexions sur mes écrits.

Un grand merci à l'ensemble du personnel du département logistique et le département économique et financier pour leur accueil chaleureux et qui ont largement contribué au fait que ce stage se déroule dans les meilleures conditions durant huit mois.

Je remercie le Capitaine GREGOIRE, le Capitaine GIOAN, le Lieutenant CASTILLON et le Lieutenant DURO pour leurs conseils et leur aide, notamment dans la réalisation de mes dossiers et pour les éléments relatifs à mon sujet de mémoire qui ont été apportés.

Enfin, j'exprime mes remerciements les plus sincères à l'ensemble du personnel de la cellule budget et administration générale qui ont su m'accueillir chaleureusement et faciliter mon intégration grâce à leur bonne humeur, préalable indispensable à tout travail de qualité.

Je ne pourrai nommer ici toutes les personnes qui m'ont aidée, soutenue et encouragée au cours de ces huit mois de stage, alors à vous tous un grand Merci.

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 5 |
| I. LA COOPERATION DANS LA SANTE PUBLIQUE | 8 |
| 1. L'évolution de la coopération dans la santé publique | 9 |
| 1.1. Pourquoi coopérer ? | 9 |
| 1.2. La loi HPST, un appui pour la coopération. | 11 |
| 2. Les différents outils de coopération. | 12 |
| 2.1. Les modes de coopérations fonctionnelles. | 12 |
| 2.2. Les modes de coopérations organiques | 14 |
| 3. Le GCS, un outil privilégié par le pouvoir public. | 18 |
| 3.1. Les différents types de GCS. | 20 |
| 3.2. Les avantages induits par l'adhésion à un GCS. | 21 |
| II. La coopération entre le Service de Santé des Armées (SSA) et la santé publique. | 23 |
| 1. Le SSA, une organisation administrative différente de celle de la santé publique. | 24 |
| 3.3. Le SSA, chargé d'une mission spécifique différente de celle de la santé publique. | 24 |
| 3.4. Le SSA, une organisation relevant du ministère de la défense. | 25 |
| 2. Le SSA, une volonté de coopération sous réserve. | 26 |
| 3.5. Rapprochement des hôpitaux militaires des établissements publics de santé. | 26 |
| 3.6. Le statut des HIA, une limite à l'utilisation de l'ensemble des outils de coopération. | 29 |
| 3. La politique du SSA et le bilan de coopération actuel avec la santé publique. | 34 |
| 3.7. Coopérer en restant maître de ses moyens. | 34 |
| 3.8. Les actions de coopérations des HIA : bilan positif. | 37 |
| III. L'HIAL DEVELOPPE UNE DEMARCHE VOLONTAIRE DE COOPERATION. | 39 |
| 1. Situation de l'HIAL. | 40 |
| 3.9. Un environnement hautement concurrentiel. | 40 |
| 3.10. Des contraintes poussant l'HIAL à la coopération. | 41 |
| 2. Une volonté de coopération de l'HIA LAVERAN. | 42 |
| 3.11. Les coopérations internes au ministère de la défense. | 42 |
| 3.12. Les coopérations avec les établissements de santé. | 43 |
| 3. Etude de cas de mise en place d'une coopération pour la gestion du linge de l'HIAL. | 44 |
| 3.13. Contexte du sujet. | 44 |
| 3.14. Les opportunités trouvées pour une coopération de moyens logistiques. | 47 |
| CONCLUSION | 55 |

Liste des sigles utilisés

AJA : Affaires juridiques et administratives.
AP-HM : Assistance publique-hôpitaux de Marseille.
AP-HP : Assistance publique-hôpitaux de Paris.
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance.
ARS : Agence régionale de santé.
CHT : Communauté hospitalière de territoire.
CMA : Centre médical des armées.
CME : Commission médicale d'établissement.
CMU : Couverture médicale universelle.
CSP : Code de la santé publique.
DCSSA : Direction centrale du service de santé des armées.
DGARS : Directeur général de l'agence régionale de santé.
DGOS : Direction générale de l'offre de soins.
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique.
ELOCA : Etablissement logistique du commissariat des armées.
EMA : Etat-major des armées.
GCS : Groupement de coopération sanitaire.
GIE : Groupement d'intérêt économique.
GIP : Groupement d'intérêt public.
GSBDD : Groupement de soutien de la base de défense.
HIA : Hôpital d'instruction des armées.
HIAL : Hôpital d'instruction Laveran.
HPST : Hôpital, patient, santé et territoire.
IFCS : Institut de formation des cadres de santé.
IRM : Imagerie par résonance magnétique.
NRBC : Nucléaire, radiologie, biologique et chimique.
PFL : Plateforme logistique.
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.
PPP : Partenariat public privé.
PRS : Programme régional de santé.
PDSH : Permanence des soins hospitalière.
SAMU : Service d'aide médicale urgente.
SIH : Syndicat inter-hospitalier.
SIPHA : Syndicat inter-hospitalier pays d'Aix.
SIVAEL : Syndicat inter-hospitalier varois d'approvisionnement et d'entretien du linge.
SROS : Schéma régional d'organisation des soins.
SSA : Service de santé des armées.
TEP : Tomographie par émission de positons
T2A : Tarification à l'activité.

« La médecine militaire est à l'intersection de deux politiques – une politique de défense

et une politique de santé publique - dont les objectifs, les modes de gestion, les logiques d'organisation et les publics sont très différents. La conciliation de ces deux politiques est difficile.»

Rapport de la Cour des comptes « Médecins et hôpitaux des armées » - octobre 2010

INTRODUCTION

Longtemps considéré comme l'un des plus efficaces au monde, le système de santé français est actuellement confronté à des difficultés grandissantes.

Le secteur public, dans son ensemble, est soumis depuis les années 90 à des exigences nouvelles, en particulier en matière de transparence, d'efficacité et d'efficience. Alors que le financement des hôpitaux reposait jusque-là sur le prix de journée, il fut alors limité par la dotation globale de financement, pour le secteur public ou privé à but non lucratif et l'objectif quantifié national pour le secteur privé lucratif. Ce sont les ordonnances de 1996 qui introduisent le programme de médicalisation du système d'information comme outil « allocatif ». Cet outil apparaît comme le moyen de mesurer (afin de les réduire) les inégalités régionales. En 2004, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) devient la clef d'allocation budgétaire des établissements de santé, publics comme privés, dans la tarification à l'activité (T2A). Son application a été mise en œuvre progressivement selon des modalités qui ont évolué en 2008 et ont été étendues également aux Hôpitaux d'Instruction des Armées du service de santé des armées (SSA) en 2009.

Inscrit plus tardivement que ses homologues civils dans le financement par la T2A, le service de santé des armées est désormais soumis aux mêmes impératifs de recherche de productivité. Le budget des hôpitaux militaires est alimenté par deux sources financières : celle de l'assurance maladie et celle du ministère de la défense. Il y a donc un changement culturel avec la mise en application de la T2A. L'esprit de défense qui anime ses acteurs ne poussait pas spontanément à justifier de toute prestation selon un mode économique. Maintenant il faut que les hôpitaux d'instruction des armées HIA justifient leurs dépenses, et cherchent les moyens les plus adaptés pour réduire leurs charges financières et optimiser leurs productions.

« Si le service de santé des armées ne parvenait pas à améliorer substantiellement ses performances et à atteindre cet objectif, la question de la pérennité des structures hospitalières militaires devrait alors être posée ».

C'est en ces termes que la Cour des Comptes résume en 2010 la situation économique actuelle des (HIA). Au terme de deux années d'enquête, elle présente trois principaux constats dans son rapport :

- un système excessivement coûteux de formation des praticiens,
- un déficit d'exploitation des hôpitaux militaires, chiffré de l'ordre de 280 millions d'euros par an, soit le premier déficit hospitalier de France,

- un manque d'intégration de la part du Service de Santé des Armées (SSA) à la politique publique de santé.

Au travers de ces recommandations, elle demande donc au SSA de définir un modèle d'exploitation plus efficiente et de mieux hiérarchiser ses priorités budgétaires, sous peine de voir sa pérennité remise en cause.

Bien que le SSA estime que la notion de « déficit » n'est pas appropriée, car incompatible avec une réalité financière fondée sur une organisation permanente spécifique, répondant à des exigences régaliennes et conteste son mode de calcul, il s'est engagé dans une démarche de rationalisation de ses charges afin de permettre à terme de dégager des gains financiers et de diminuer son coût générique.

Dès lors, quelle stratégie les HIA vont-ils suivre, au cœur de ces réformes urgentes, pour réduire leurs dépenses et atteindre l'efficience ?

La loi du 21 juillet 2009, dite « Hôpital Patient Santé Territoire » ou « HPST », constitue le nouvel environnement juridique du monde des offreurs de soins. Cette loi est un puissant levier destiné à restructurer le paysage sanitaire français. L'objectif de la loi est de garantir pour l'avenir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire et de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Les hôpitaux, principaux acteurs concernés par ces évolutions, mettent en œuvre des démarches de rapprochement afin de satisfaire aux principes de la loi. C'est tout le paysage hospitalier qui est bouleversé et nous assistons à l'émergence des fusions, communautés, groupements.

Les HIA ont d'abord été autorisés à concourir à des missions de service public, puis à entrer dans le dispositif de coopération sanitaire prévu par la loi. Afin d'assurer la mission de soutien des forces, les HIA disposent de moyens et offrent des activités dans des spécialités concourant d'abord à la réponse au contrat opérationnel et ensuite aux besoins de la population. Afficher une place reconnue au sein du territoire de santé est un enjeu majeur dans un contexte d'offre de soins en pleine mutation. Cela doit permettre le développement de l'activité, le maintien du niveau de compétences et donc de satisfaction aux enjeux en matière de qualité. En outre, l'accroissement de l'activité doit tendre à la réduction du déficit d'exploitation mis en exergue par la Cour des Comptes.

Les coopérations territoriales entre établissements de santé constituent aujourd'hui un enjeu majeur et les HIA voudraient y souscrire pour afficher leur concours à l'offre de soins territoriale et régionale. Il s'agit pour eux de concevoir de nouvelles relations avec leur environnement. Ces collaborations de territoire sont susceptibles d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la gestion des ressources, tant du Ministère de la Défense que du Ministère de la Santé et doivent permettre aux HIA de mieux s'insérer dans l'offre de soins.

En réponses aux observations de la Cour des Comptes, la direction centrale du SSA (DCSSA) a donné pour directive aux HIA de réduire leurs dépenses et de chercher des moyens de coopérations avec leur territoire de santé.

En réponse à cette directive quels sont les outils et les solutions envisageables pour qu'un HIA, organisme de l'Etat, développe ses collaborations avec les établissements de santé, pour une meilleure efficacité de son fonctionnement, et dans le cadre des instructions et les réglementations à la fois du Ministère de la Défense et de la santé publique ?

Mon stage s'est déroulé pendant huit mois à l'Hôpital d'Instruction des Armées LAVERAN (HIAL) à Marseille.

J'étais affecté au Département Economique et Financier (DEF). Au cours des deux premiers moi, j'ai pris connaissance de l'organisation et du fonctionnement des différents services de l'administration. C'est le dossier de l'externalisation de la lingerie qui m'a orienté vers le sujet de mémoire. Suite aux recommandations données par la DCSSA aux HIA de réduire leurs dépenses en trouvant d'autres prestataires de services pour la fonction blanchisserie, l'HIAL envisage l'adhésion à un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens logistiques ou un rapprochement avec l'AP-HM pour bénéficier des prestations d'une future plateforme logistique (PFL) de l'AP-HM. Et bien qu'il ait démontré une grande volonté, même avant la loi HPST, de coopérer avec les établissements de son territoire de santé, il se heurte à des difficultés.

Quel est le plan d'action envisageable pour l'HIA LAVERAN d'adhésion à un GCS de moyen logistique pour la fonction blanchisserie ? Pourrait-il adhérer à la PFL de l'AP-HM ? Et sous quelle forme, dans quelles conditions et périmètre ?

Pour répondre à ces questions, il faut replacer ce projet dans son cadre normatif et dans la politique de gestion du SSA. Je vais ainsi décrire la coopération dans la santé publique et plus spécifiquement le GCS de moyen. Sera ensuite abordée la stratégie du SSA en matière de coopération entre ses hôpitaux militaires et leurs homologues de la santé publique. Enfin seront présentées les démarches de l'HIA LAVERAN pour trouver des partenaires de coopération dans le domaine logistique, avec les limites juridiques, pratiques et économiques inhérentes à ce type de projet, et les opportunités qui paraissent néanmoins se présenter.

I. LA COOPERATION DANS LA SANTE PUBLIQUE

Le dictionnaire Larousse définit la coopération comme « une méthode d'action économique par laquelle des personnes ayant des intérêts communs constituent une entreprise où les droits de chacun à la gestion sont égaux et où le profit est réparti entre les seuls associés au prorata de leur activité ».

Renforcer la coopération territoriale entre les établissements sanitaires a été au cœur des préoccupations du législateur lors de l'examen de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » adoptée le 21 juillet 2009¹.

L'évolution récente de la coopération dans le domaine de la santé publique a abouti à une diversité d'outils en la matière.

1. L'évolution de la coopération dans la santé publique

L'idée de complémentarité et de coopération entre établissements de santé n'est pas nouvelle. Elle a été engagée par les pouvoirs publics, par la création des Syndicats Inter hospitalier (SIH) en 1970², puis par les Groupements d'intérêt public (GIP) ou les Groupement d'Intérêt Economique en 1991³, et enfin par les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), le 24 avril 1996⁴. Le GCS a favorisé les relations entre les établissements publics et privés, l'apparition des réseaux de soins et l'articulation entre la ville et l'hôpital. Mais la forme du GCS créé par la loi du 24 avril 1996 est devenue inadaptée aux politiques actuelles des acteurs de la santé publique ainsi qu'à la situation économique et aux ressources humaines. En effet la raréfaction des ressources médicales, la recherche de l'efficience suite aux contraintes budgétaires qui s'amplifient, et les nouvelles exigences de la qualité de la prise en charge en soins exigeaient une action gouvernementale pour développer plus encore la coopération notamment entre public et privé. Ceci a été concrétisé par la loi HPST en 2009, qui a créé des outils juridiques permettant aux établissements publics et privés de trouver les solutions adéquates à leur stratégie de coopération.

La coopération inter établissement est devenue une nécessité dans le contexte national actuel marqué par des insuffisances médicales, et des exigences en matière de qualité et de sécurité de soins. Quelles sont donc les motivations des établissements pour être à l'initiative des projets de coopérations ?

1.1. Pourquoi coopérer ?

Plusieurs raisons poussent les établissements à coopérer⁵ :

- ✓ **L'organisation de soins et la desserte du territoire de santé.**

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Article 5 de la Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁵ Guide méthodologique des coopérations hospitalières-ANAP, mars 2011.

Il s'agit de la mise en œuvre de coopérations permettant de faire face à l'isolement géographique d'un ou plusieurs établissements sur leur territoire de santé. Ces coopérations visent à développer une complémentarité entre les acteurs du système de soins au sein de leur territoire de santé.

✓ **La qualité et la sécurité des soins.**

Les exigences croissantes en termes de qualité et de sécurité des soins constituent un autre facteur incitatif au développement des coopérations. L'existence de normes de sécurité pour de nombreuses spécialités (urgences, anesthésie-réanimation, chirurgie cardiaque, etc..) et de seuils minimum pour les activités soumises à autorisation incite aux rapprochements entre les établissements.

✓ **La raréfaction des moyens humains et la permanence des soins.**

Les effectifs médicaux ne permettent plus dans certaines spécialités d'assurer le maintien de l'ensemble des postes et cela n'est pas sans poser de sérieux problèmes dans la prise en charge des patients. Plusieurs établissements ont de fortes difficultés à recruter, à maintenir leurs effectifs et à conserver leur motivation. Ceci n'est pas sans impact sur la permanence des soins hospitaliers (PDSH). C'est pourquoi, l'incitation sera forte sur l'ensemble des territoires pour mettre en œuvre la PDSH. Cette dernière aura des conséquences importantes sur le développement des coopérations, notamment dans les territoires où les moyens humains se sont raréfiés.

✓ **Recherche d'économie d'échelle.**

L'hôpital est souvent assimilé à une entreprise coûteuse. L'amélioration de la performance économique est un axe prioritaire de la stratégie hospitalière. Un des objectifs est l'optimisation de l'usage des ressources disponibles avec un ensemble de dispositifs : contrats d'objectifs et de moyens, références médicales opposables et coopérations de mutualisation. Avec la tarification à l'activité (T2A) qui implique que seules les recettes génèrent des dépenses, leur retour sur investissements des équipements lourds doit être assuré par un volume de recettes suffisant.

La quantification de ces enjeux et la prise en compte de ces contraintes sont des facteurs essentiels de promotion et de justification d'une approche territoriale des fonctions logistiques et des approvisionnements. C'est la loi HPST qui est venue appuyer cette approche territoriale comme un accélérateur de restructuration.

1.2. La loi HPST, un appui pour la coopération.

La loi HPST a renforcé les coopérations territoriales entre les établissements de santé, avec pour objectif de mettre en avant les complémentarités des modalités de coopérations du SIH, GIP, GIE et les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) dans le but de favoriser les coopérations entre les secteurs public et privé.

Elle a créé les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) qui est une nouvelle forme de coopération. Le CHT s'effectue notamment grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et par la télémédecine. La loi HPST a aussi revalorisé la coopération dans le cadre du GCS. Ce dernier présente maintenant un mode privilégié de coopération organique entre les établissements publics et privés. La loi HPST fait une distinction entre le GCS de moyens et le GCS établissement de santé⁶ qui est autorisé à exercer en son nom, une ou plusieurs activités de soins.

Les deux modalités de coopération, CHT et GCS, ont indéniablement des objectifs en commun, tant en termes de sécurité des soins, que de nécessité de palier à la désertification médicale, d'adaptation aux évolutions techniques et de qualité de la prise en charge. Comme le souligne le directeur général de l'offre de soins (DGOS⁷), un des objectifs des CHT et GCS est « le renforcement de la démarche de performance dans laquelle doivent s'inscrire l'ensemble des établissements ».

La loi HPST marque l'aboutissement d'un processus de déconcentration régionale de l'action sanitaire. Les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de veiller à la mise en œuvre de la politique nationale de santé publique et d'organiser l'offre de soins dans chaque région, afin de garantir une meilleure qualité de prise en charge de santé et de préserver la santé dans la région. L'ARS est aussi responsable de l'exécution et de la gestion des coopérations sanitaires. Pour cela, le directeur général de l'ARS dispose d'un outil, apporté par la loi HPST, qui est le projet régional de santé (PRS) et le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Le SROS fixe par territoire de santé, les coopérations entre établissements de santé. Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui en découlent doivent être en cohérence avec le SROS.

Donc l'ARS dispose de plusieurs outils pour les actions qui sont liées à la coopération entre les établissements, inciter ces derniers à le faire et aller jusqu'à les contraindre.

Le directeur général de l'ARS a toutes les prérogatives lui permettant de demander aux établissements de créer un GCS ou un CHT, voire même la fusion en un seul établissement public de santé. Une partie du crédit d'aide à la contractualisation peut être consacrée à la coopération par l'ARS. Cette dernière peut aussi inciter à la coopération à travers les autorisations d'activités de soins ou d'équipements

⁶ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_HPST_-_Le_groupement_de_cooperation_sanitaire-3.pdf

⁷ Circulaire n°DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé.

lourds. Par le biais du projet régional de santé, et particulièrement du SROS, le directeur général de l'ARS détermine les grandes orientations en matière de coopération hospitalière. Il peut également imposer des actions de coopérations aux établissements publics de santé.

2. Les différents outils de coopération.

Les modes de coopération décrits par la loi HPST, se déclinent en deux catégories principales :

- ✓ les coopérations fonctionnelles : elles constituent une simple mise en commun de moyens sans emporter ni de création de personne morale, ni d'instances de gouvernance commune.
- ✓ Les coopérations organiques : elles constatent la création d'une personne morale, et induisent la mise en place d'instances de prise de décisions communes, indépendantes de celles des établissements partenaires au groupement.

Certaines coopérations se présentent sous la forme d'un régime mixte qui leur permet de prendre la forme d'une coopération fonctionnelle ou organique, selon l'organisation souhaitée par leurs membres.

2.1. Les modes de coopérations fonctionnelles.

- **la convention : un outil classique et souple.**

La convention est une des premières formes de coopération utilisées dans le domaine de santé. Elle nécessite la conclusion d'un contrat entre les établissements et acteurs concernés sans la création d'une entité juridique. Ce mode de coopération conventionnelle a été longtemps utilisé dans le secteur hospitalier à cause de sa simplicité et la rapidité de sa conclusion.

L'objet du domaine de la convention doit être bien indiqué dans le texte fondateur. Il doit s'inscrire dans le prolongement de la mission de parties contractantes. De nombreuses coopérations ont été effectuées dans le but de mutualisation ou d'utilisations partagées d'équipements médico-techniques ou d'équipements lourds. La coopération conventionnelle peut également être utilisée pour l'affectation de personnels ou de praticiens hospitaliers.

La coopération conventionnelle a été redynamisée par la loi du 21 juillet 1999⁸ par la création de la fédération interprofessionnelle, le contrat d'association aux missions de service public, le contrat d'exercice avec les professionnels médicaux et les protocoles de coopération entre professionnels de santé.

- **La communauté hospitalière de territoire (CHT).**

⁸ Décret n°99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social.

La CHT a été instituée par la loi HPST (art 22). L'objet de la CHT est de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements publics de santé et grâce à la télémédecine. La CHT ne peut être constituée que par des établissements publics de santé et ces derniers ne peuvent participer qu'à une seule CHT.

La CHT est une coopération conventionnelle qui ne crée pas de personnalité morale distincte de ses membres. Elle n'a pas de gouvernance propre ni de capital social. La création d'une CHT modifie cependant la gouvernance de l'établissement siège de la communauté qui exerce les compétences délégués ou transférées par les établissements qui font parties de la convention. Suite à l'absence de personnalité juridique d'une CHT, le patient n'a aucun lien direct avec la communauté mais uniquement avec les établissements dans lesquels il est admis.

La CHT est créée par une convention (art L. 6132-2 à L. 6132-8 du CSP). Elle est préparée par les directeurs des établissements et les présidents des conseils médicaux des établissements (CME). Cette convention est soumise à une double approbation. Elle est d'abord, signée par les directeurs des établissements, après avis des conseils de surveillance des établissements partenaires, ensuite soumise à l'approbation de l'agence régionale de santé compétente. La convention définit les différentes modalités de coopérations et d'organisations des établissements formant la communauté ainsi que la stratégie commune de la CHT. Une commission de communauté hospitalière est fixée, elle se compose :

- des présidents des conseils de surveillance des établissements membres;
- des présidents de CME des établissements;
- des directeurs de chaque établissement membre.

Son rôle est le suivi de l'application de la convention et de proposer les axes d'évolution favorisant la mise en œuvre de la stratégie commune du CHT.

L'établissement siège doit être approuvé, au moins, par les deux tiers des conseils de surveillance qui doit représenter au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité médecine chirurgie obstétrique (MCO) des établissements de la CHT. Si les conseils de surveillance n'arrivent pas à un accord, c'est le directeur général de l'ARS qui va désigner l'établissement siège de la CHT.

Sur le plan comptable, le régime juridique des CHT oblige ces derniers de constituer des comptes combinés (art L. 6132-2 du CSP).

Il est indiqué que ces comptes combinés sont constitués :

- du bilan combiné.
- du compte de résultat combiné;
- d'une annexe explicative

Cela donnera aux agences régionales de santé une visibilité importante de l'effet des rapprochements entre établissements.

Les CHT, du fait qu'elles ne peuvent intégrer que des établissements publics de santé sans permettre non plus de constituer une personnalité juridique nouvelle, ne vont pas répondre aux attentes des acteurs de terrain.

2.2. Les modes de coopérations organiques

Nous sommes tous témoins au quotidien de la forte prégnance du réseau, terme largement diffusé dans de nombreux champs disciplinaires et dont l'usage devient courant. Le secteur de la santé n'échappe pas à cet usage du réseau.

- **Les réseaux de santé.**

Les réseaux de santé incarnent aujourd'hui une « sorte d'île repérable dans l'océan des maladies et des détresses sociales de notre époque. Sites privilégiés pour lutter contre la douleur, le cancer, le sida, la sénescence, l'alcool, le suicide, la dépression... »

(Dorfiac-Laporte, 2001, p. 10).

Le code de la santé publique dans son article L.6321.1 définit les réseaux de santé comme suit : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

Les réseaux de santé assurent l'organisation d'une qualité de prise en charge adaptée aux besoins du patient tant sur le plan de l'éducation à la santé que sur celui de la prévention, du diagnostic et des soins. Ceci permettra de coordonner et d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient quelque soit son lieu de vie et d'organiser tout le système de santé autour de ce dernier. Ceci va permettre aussi d'améliorer les compétences des acteurs de ce système de santé sans avoir besoin de soigner directement le patient.

Un système de santé peut avoir plusieurs objectifs afin de favoriser l'accès aux soins, la coordination des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, psychosociaux), et la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.

Pour bénéficier d'un financement spécifique, un réseau de santé doit :

- répondre à des critères de qualité, d'organisation et d'évaluation.
- répondre à un besoin en terme de santé publique ou de priorités régionales.
- justifier la plus-value qui est de nature médicale, organisationnelle et ou économique.

La mise en place d'un réseau de santé demande :

- Le constat d'une situation insatisfaisante en termes de santé et les problématiques qui en découlent.
- L'objectif principal et la plus-value vis-à-vis du patient et différents acteurs.
- Les actes fondateurs, les subventions et les décisions administratives.
- L'objectif doit rentrer dans le cadre d'une priorité au niveau national et régional ainsi que dans la définition ainsi que dans le cadre de la définition légale des réseaux de santé (L.6321-1 / CSP).

La création de réseaux de santé facilite la coordination entre hôpital et ville pour éviter le plus possible les hospitalisations inutiles.

- **L'association.**

La coopération conventionnelle est le mode le plus souple et rapide pour le développement de partenariats, nécessitant seulement pour les parties de s'entendre sur les clauses du contrat qu'ils cosigneront. Le mécanisme conventionnel est un outil simple nécessitant peu de formalités.

Elle a été souvent utilisée par les acteurs du domaine de la santé pour développer des actions de coopérations. Le statut d'association, régi par la loi du 1^{er} juillet 1901, permet à deux ou plusieurs personnes de mettre en commun de façon permanente leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices. Le conseil d'Etat a précisé que l'association est un outil de coopération que les établissements de santé peuvent utiliser librement, à la réserve qu'aucune des missions de service public ne peut lui être confiée et ceci dans le but que le cadre juridique de l'association ne serve pas à détourner les dispositions relatives au contrôle budgétaire des établissements publics de santé. La composition des membres d'une association est libre. L'association peut bénéficier de mises à disposition de personnels d'établissements de santé. Elle peut aussi recruter et rémunérer directement des personnels propres ayant un statut de salarié.

- **Le syndicat interhospitalier (SIH).**

C'était la première forme de coopération organique. Il a été créé par la loi hospitalière du 31 décembre 1970. L'objet d'un SIH est d' « exercer pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier ».

Les activités d'un SIH peuvent être les suivantes :

- la création et la gestion de services communs.
- La création et la gestion d'installations mutualisées.
- La gestion de trésorerie, de ressources d'amortissements ou de crédits d'investissement mutualisés entre les membres pour un projet commun de construction ou de restructuration.

Depuis la loi du 27 juillet 1999, un SIH, lors de sa création, peut être autorisé à exercer la mission d'un établissement hospitalier. Le développement de la mission de soins et ses exigences nouvelles ne permettait plus l'octroi d'autorisation à la création d'un SIH. En effet, l'ordonnance du 4 septembre 2003 ne permet plus la création de SIH. Ces derniers doivent se transformer en CHT, GIP ou GCS au plus tard le 23 juillet 2012 en application de l'article 23 de la loi HPST.

- **Le Groupement d'Intérêt Public (GIP).**

Le Groupement d'Intérêt Public a été créé par la loi n°82-610 du 15 juillet 1982, d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France, et étendu ensuite au domaine de l'action sanitaire et sociale (art 22 de la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987).

Concernant le champ sanitaire et social, la finalité recherchée par cet outil est d'exercer en commun pendant une durée illimitée, des actions de formation ainsi que créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités. Le GIP fournit l'instrument juridique d'une coordination des moyens issus d'une multitude d'acteurs publics et privés, tout en garantissant la préservation de l'intérêt public, du fait des modes d'organisation et de fonctionnement propres à cette structure juridique.

Mais le GIP ne peut exercer d'activités de soins par lui-même, le Conseil d'État a tranché en indiquant dans un avis du 1^{er} août 1995 qu' « un GIP ne saurait en aucun cas être lui-même en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins qui sont, en vertu de l'article L.61111 du Code de la santé publique, celles de l'établissement de santé ».

Le GIP peut cependant avoir un objet s'inscrivant dans le prolongement de l'activité des établissements de santé. Le GIP ne peut pas non plus détenir d'autorisations pour mettre en œuvre des soins, sauf dans certains cas énumérés par la loi. La loi du 4 janvier 1993, relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicaments, permet au GIP d'exercer une mission et des activités de soins dans le cadre du service public de la transfusion sanguine. La constitution d'un GIP est même une condition, préalable indispensable pour obtenir l'agrément d'établissement de transfusion sanguine.

Le GIP est une formule de coopération entre personnes publiques et/ou privées ce qui exclu les personnes physiques. Les membres peuvent être des personnes de droit public ou privé.

La structure juridique d'un GIP est constituée avec ou sans capital, il jouit de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie financière. Le GIP est une structure à but non lucratif. Son directeur est désigné par le conseil d'administration de la structure. Si le GIP est constitué d'établissements publics et privés, son budget est géré par la comptabilité privée sauf, si ses membres ont choisi la comptabilité publique, ou si ses membres sont uniquement des établissements publics. Le GIP est soumis au contrôle de l'Etat ce qui explique la participation d'un commissaire du gouvernement au conseil d'administration. Il est également soumis au contrôle économique et financier de l'Etat et du juge des comptes.

Une partie des règles relatives à la gestion du GIP va être fixée par la convention constitutive de la structure. Seront indiquées notamment dans ce document fondateur du GIP les modalités de participation et les apports des membres. Cette convention constitutive ne prend effet qu'à compter de la date de son approbation par l'État.

- **Le Groupement d'intérêt économique (GIE).**

Le GIE a été créé par l'ordonnance du 23 septembre 1967. Son régime juridique a été ensuite intégré au Code de commerce. Comme le GIP, il ne s'agit pas d'un outil de coopération spécifique au secteur sanitaire et social mais d'une structure intermédiaire entre l'association et la société créée pour permettre la diversification de l'activité économique du pays.

L'objet du GIE est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité, selon l'article L.251-1 du Code de commerce.

Le but d'un GIE n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui même et son activité ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle de ses membres. La réalisation de bénéfices par le GIE à titre accessoire est possible.

Le GIE a un objet civil ou commercial. Comme pour le GIP, le GIE ne peut se voir confier la réalisation des missions des établissements de santé. Mais seulement les activités annexes aux missions de service public. Le GIE est une personne morale de droit privé.

Le GIE est créé par la passation d'un contrat constitutif. Les membres peuvent fixer en toute autonomie le contenu de ce document, y compris pour les clauses les plus importantes relatives aux modalités d'adhésion, de retrait des partenaires et de dissolution du groupement. Le GIE peut être constitué avec ou sans capital.

Le GIE est composé de deux ou plusieurs personnes physiques ou morales. Il peut comprendre des personnes morales de droit public, y compris un établissement public de santé. La constitution d'un GIE, dont sont membres uniquement des hôpitaux, est possible.

A côté de ces dispositifs, la nouvelle politique de santé porte une grande importance à l'outil de GCS. Ce dernier est susceptible de jouer un rôle majeur dans la recomposition de l'offre de soins et la prise en charge du patient. C'est pourquoi il convient d'en présenter à part les principales caractéristiques.

3. Le GCS, un outil privilégié par le pouvoir public.

Le statut juridique du GCS a plusieurs fois été réformé afin de faire de lui l'outil le plus adapté au secteur sanitaire et le plus privilégié dans ce dernier. Les pouvoirs publics voudraient même que le GCS soit l'unique mode de coopération dans la santé. « Le GCS n'est pas une structure de plus : il a vocation à se substituer aux autres formes de coopérations actuellement en vigueur comme le syndicat inter hospitalier (SIH) ou le groupement d'intérêt public (GIP). Cette substitution d'un seul outil à plusieurs simplifie les choses» affirme Mr Jean-françois MATTEI (ministre de la santé à l'époque) en juin 2003.

Tous les établissements publics ou privés peuvent faire partie d'un GCS. Les professionnels de soins libéraux peuvent adhérer au groupement sur autorisation expresse du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsque le groupement ne gère pas un réseau de santé. Cette participation des professionnels libéraux à un GCS se fait librement pour les GCS supports d'un réseau de santé.

Peuvent être membres d'un GCS non gestionnaire d'un réseau de santé des établissements de santé publics ou privés, des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé. D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Lorsqu'un réseau de santé est constitué en groupement de coopération sanitaire de moyens, ce groupement peut être composé de professionnels de santé libéraux, de médecins du travail, d'établissements de santé, de groupements de coopération sanitaires, de centres de santé, d'institutions sociales ou médico-sociales et d'organismes à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que de représentants des usagers.

Un GCS peut avoir des autorisations d'activités de soins. Il peut être autorisé par l'agence régionale de l'hospitalisation, à la demande des établissements de santé membres, à assurer lui-même les missions se rapportant aux activités de soins pour lesquelles il détient une autorisation.

Lorsqu'un GCS a une mission de soins, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé, lorsqu'il accorde une autorisation d'activités de soins à un groupement de coopération sanitaire, inscrit l'échelle tarifaire qui lui est applicable.

La loi du 21 juillet 2009 donne aux GCS assurant une mission de soins le statut d'établissement de santé. Il revient au directeur général de l'agence régionale de santé d'attribuer à un GCS le statut d'établissement de santé. S'il est de droit privé, il est établissement de santé privé. S'il est de droit public, il est établissement public de santé.

Le recrutement du personnel par un GCS dépend de sa qualité d'employeur, s'il est employeur ou non, de droit public ou de droit privé.

Si le GCS est employeur de droit public, il peut recruter des personnels médicaux qui pourront être engagés directement comme praticiens contractuels, assistants ou attachés, aussi des personnels non médicaux régis par un statut d'agent contractuel de droit public. Le personnel relève du droit public.

Si le GCS est employeur de droit privé, il peut recruter des personnels médicaux sous le régime du droit de travail. Il ne peut recruter directement des praticiens hospitaliers, sinon le praticien perd son statut de praticien hospitalier pendant la période de son recrutement au GCS. Il peut recruter aussi des personnels non médicaux sous le régime prévu pour le secteur privé hospitalier. Dans ce cas les dispositifs du code de travail seront appliqués aux personnels.

La mise à disposition de personnels au profit d'un GCS, de droit public ou de droit privé, par ses membres est autorisée.

Pour inciter les acteurs de santé à développer les coopérations, les pouvoirs publics, à l'occasion de l'adoption de l'ordonnance du 4 septembre 2003, plus précisément de son article 21, ont tenu à faire bénéficier les GCS des formules juridiques permettant la réalisation d'investissements selon des modalités rapides et globales :

- Les biens appartenant à un GCS, dès lors qu'ils relèvent du domaine public, peuvent faire l'objet d'un bail emphytéotique administratif (article L. 1311 du CGCT⁹) en vue de l'accomplissement d'une mission

⁹ Code général des collectivités territoriales, article L. 311. Décret n°2011-2065 du 30 décembre 2011 relatif aux règles de passation des baux emphytéotiques administratifs

concourant à l'exercice du service public dont ils sont chargés ou en vue de la réalisation d'une opération d'intérêt général relevant de leur compétence;

- Les GCS peuvent passer des marchés portant à la fois sur la conception, la construction, l'aménagement, l'entretien et la maintenance de bâtiments ou d'équipements affectés à l'exercice de ses missions ou sur une combinaison de ces éléments. Les GCS peuvent participer au capital et aux modifications de capital des sociétés d'économie mixte locales ayant pour objet exclusif la conception, la réalisation, l'entretien ou la maintenance ainsi que, le cas échéant, le financement d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux.

3.1. Les différents types de GCS.

Le GCS est adaptable à plusieurs types de situation, on distingue deux types de GCS : le GCS de moyens et le GCS de soins.

- **Le groupement de coopérations sanitaire de moyens.**

Le GCS de moyens a pour objet de faciliter, développer et améliorer l'activité de ses membres, il peut être créé pour :

- organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L.6122-1 ;
- permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement. Il s'agit du GCS de type 1 dont le cadre juridique a été défini par le décret du 26 décembre 2005 qui précise les règles de constitution, de fonctionnement et d'organisation ainsi que le dispositif relatif aux prestations médicales croisées, le décret du 23 juillet 2010 et l'arrêté daté du même jour relatif aux groupements de coopération sanitaire.

- **Le GCS de soins.**

Le GCS peut être autorisé par le directeur de l'agence régionale de santé à exercer les missions d'un établissement de santé. Il est considéré comme établissement de santé et peut exercer une activité de soins, de détenir en propre l'autorisation correspondante et d'accueillir directement les patients, sans passer par l'intermédiaire d'un établissement public ou privé tiers.

3.2. Les avantages induits par l'adhésion à un GCS.

A travers les réformes juridiques qu'a subi le GCS et l'analyse de différents outils de coopération, on constate que les pouvoirs publics encouragent les acteurs de la santé publique et les promoteurs de coopération à choisir le GCS comme outil de coopération. En effet, les pouvoirs publics ont donné des avantages juridiques à l'outil GCS sur :

- l'octroi d'autorisation d'activités et d'installation de matériels lourds : en effet, le GCS est le seul outil à avoir l'autorisation d'être un établissement de santé parmi les autres formes de coopérations organiques. Il peut aussi avoir l'autorisation d'installation d'équipements lourds et d'activités de soins.
- la personnalité juridique et la qualité des membres : l'outil GCS peut être constitué par des personnes de droit public et des personnes de droit privé et de professionnels médicaux libéraux (GCS de droit public) ou seulement de personnes de droit privé (GCS de droit privé) contrairement aux autres outils de coopération qui n'ont pas cette souplesse dans la composition juridique de leur groupement.
- la gestion des ressources humaines : contrairement aux autres outils de coopérations organiques, les GCS peuvent bénéficier de personnels mis à leur disposition par leurs membres, ou recruter des personnels contractuels, qu'ils soient médical ou non médical. Les règles de gestion applicables sur les personnels recrutés dépendront de la personnalité juridique du GCS, s'il est de droit public ou privé, tandis que pour ceux mis à la disposition elles dépendent de la situation juridique des membres auxquels ils appartiennent.
- le régime comptable et fiscal : l'avantage d'appartenir le GCS c'est l'exonération de la TVA. Les membres du GCS sont exonérés de la TVA en payant les services du groupement.
- les conséquences de la dissolution : les conséquences de dissolution ne sont pas difficiles juridiquement, puisque tout simplement en fonction des règles définies par la convention constitutive que l'actif et le passif du GCS est réparti entre les membres du groupement. Les immobiliers mis à la disposition du GCS par l'un de ses membres reviennent à ce dernier.

Ces différents outils de coopération, créés et réformés par la loi HPST, vont changer le paysage hospitalier qui est entrain de se transformer en fusions, groupements et communautés. Les hôpitaux principaux acteurs concernés par ces changements sont entrain de tout mettre en œuvre pour se rapprocher de leur territoire de santé et améliorer leurs qualités de services de soins au profit des usagers.

La mission primordiale du SSA et de ses HIA est le soutien des forces. Cette mission a permis aux HIA de disposer de moyens et d'une qualité d'offre de soins dans différentes spécialités reconnus dans le domaine de la santé. Les HIA ont développé de bonnes relations avec leur territoire de santé par le biais de mise à la disposition de leurs moyens et leur qualité de soins via des conventions. Mais l'activité de l'offre de soins des HIA a diminué depuis l'arrêt de la conscription¹⁰ et la fermeture de quatorze hôpitaux militaires, ceci risque d'influer sur les compétences des médecins militaires et, avec le nouveau paysage hospitalier, ils risquent d'être isolés. Pour ne pas rester en marge des systèmes de soins, le SSA doit agir rapidement et s'orienter vers les coopérations territoriales et régionales. Mais le SSA est confronté à des contraintes qu'il doit résoudre pour pouvoir se rapprocher des établissements publics de santé par le biais de la coopération. Ces contraintes sont liées à l'histoire du SSA, à son organisation et surtout à sa mission régaliennne de soutien des forces. Dans cette deuxième partie je présenterai le SSA, sa politique de coopération et les outils de coopération envisageables par les HIA dans leur territoire de santé.

- ¹⁰ Loi n° 97-1019 du 28 octobre 1997 portant réforme du service national.

II. La coopération entre le Service de Santé des Armées (SSA) et la santé publique.

1. Le SSA, une organisation administrative différente de celle de la santé publique.

L'organisation du SSA et de ses HIA est différente de celle de la santé publique et de ses établissements. D'où vient cette particularité ? Un historique rapide du SSA apporte des éclairages.

3.3. Le SSA, chargé d'une mission spécifique différente de celle de la santé publique.

L'histoire de la médecine militaire a débuté dès l'antiquité. La force d'un Etat se mesurant souvent au nombre de ses soldats, c'est en temps de guerre que le pouvoir prend les décisions les plus importantes pour la santé de ses troupes.

Les croisades imposent une meilleure organisation des armées et la création d'ordre religieux militaires dévoués aux soldats malades et blessés. Au dix-huitième siècle, toute armée doit partir en campagne avec son hôpital ambulancier. Par son édit du 17 janvier 1708, Louis XIV consacre l'existence d'un service de santé militaire en créant le corps des officiers de santé aux armées et ceci, pour uniformiser et centraliser l'organisation hospitalière. Le service de santé des armées est la première organisation étatique qui prend en charge l'état sanitaire des militaires et indirectement les populations, en contribuant à dépister et prévenir les épidémies. Tout au long du XIX^{ème} siècle, le service de santé militaire progresse vers l'autonomie administrative et l'émancipation de la tutelle de l'intendance. Il participe aux grandes avancées de la médecine, notamment dans le domaine de la lutte contre les épidémies (en Algérie, Alphonse LAVERAN identifie, en 1878, l'agent du paludisme, ce qui lui vaut le premier prix nobel en médecine en 1907 ; en 1894 Mr YERSINE isole le BACILLE de la peste).

C'est au cours du XX^{ème} siècle que la médecine militaire va connaître d'immenses progrès scientifiques et techniques. Dès 1914, l'organisation et les moyens de la santé militaire sont entièrement repensés pour faire face aux désastres sanitaires des premières batailles. L'hospitalisation militaire compte jusqu'à 9300 formations et 500 000 lits qui permettent d'accueillir 2 700 000 blessés évacués. Ensuite au cours des autres conflits la santé militaire va utiliser des nouvelles techniques pour améliorer le transport et la prise en charge des blessés.

De 1962 à l'an 2000 la médecine militaire et le Service de Santé vont connaître une longue période de transition. En effet, les services de santé des trois armées fusionnent en 1968 formant le Service de Santé des Armées (SSA). Le service désormais unifié va progressivement renforcer son caractère interarmées et acquérir une autonomie de plus en plus marquée. Avec la professionnalisation et l'arrêt de la conscription, décidée en 1996, il réorganise ses effectifs et ses moyens pour s'adapter à la diversité des missions des armées. Il constitue désormais un maillon essentiel de toute opération extérieure.

On peut ainsi comprendre que la mission du service de santé des armées, pour laquelle il a été créé, c'est le soutien santé des forces armées. Cette mission est une mission régalienne, concrétisée dans un contrat opérationnel du SSA et fondée sur une organisation interarmées et des ressources propres dans un contexte souvent multinational.

3.4. Le SSA, une organisation relevant du ministère de la défense.

Le développement et les changements d'organisation des hôpitaux sont gérés par un service de santé militaire. Le SSA est l'une des composantes du système de défense nationale. Il est placé hiérarchiquement sous les ordres de l'Etat-major des Armées (EMA). Dans le contrat opérationnel défini par l'EMA, la mission régalienne du SSA est d'assurer en premier lieu le soutien des armées, en préparation des opérations, en opérations, après le désengagement et après la prise en compte du risque Nucléaire Radiologique Biologique Chimique (NRBC) pour les forces armées.

Pour accomplir cette mission, le SSA a besoin de personnel compétent, disponible et en nombre adéquat. La fin de la conscription, a fait diminuer le nombre de recrutement (patients militaires en particulier) dans les hôpitaux militaires, ceci va donc influencer sur le niveau de compétences du personnel de santé. Pour maintenir ses compétences à niveau, le SSA a dû concourir à l'offre de soins du service public. Le SSA a désormais une mission duale, d'une part, au profit des forces armées, et d'autre part, dans le domaine de la santé publique.

Pour réaliser cette mission, le SSA s'appuie sur cinq grandes composantes fonctionnelles équilibrées qui sont :

- Les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) ;
- La médecine d'armée.
- Le ravitaillement sanitaire.
- La formation.
- La recherche.

Le SSA est financé d'une part par le budget de l'Etat, et d'autre part, par les recettes de l'assurance maladie valorisées selon le mécanisme de la T2A depuis 2009. La dotation globale de financement repose sur la définition, par le SSA, d'une allocation budgétaire annuelle forfaitaire constituant l'enveloppe financière destinée à ses hôpitaux. Cette allocation est payée pour le compte de l'ensemble des régimes de sécurité sociale par la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) et qui représente la caisse pivot. Cette allocation est versée par dixième mensuellement de janvier à octobre.

Ils n'ont pas la même liberté d'action que les établissements publics. En effet, leur budget est décidé pour chaque HIA par leur direction centrale, la gestion des achats des HIA est effectuée par la direction de l'approvisionnement en produits de santé des armées (DAPSA), leurs ressources humaines sont

définies et gérées par la sous direction de ressources humaines de la DCSSA, leurs projets et plans d'actions sont soumis à l'approbation de la DCSSA. Ce système centralisé vient du fait que le SSA est organisé en pôle. Les HIA, organismes extérieurs de l'Etat, dirigés par un médecin-chef, sont considérés comme des pôles relevant de la DCSSA et n'ont pas la personnalité morale.

Les HIA n'ont donc pas la même organisation administrative ni le même statut juridique que les établissements publics de santé.

Depuis 1708, date à laquelle les hôpitaux militaires ont été créés par l'édit du Roi à nos jours, ces derniers ont démontré qu'ils pouvaient exister en autonomie et en dehors de toute intégration. Mais pendant ces trois dernières décennies le SSA a fait preuve d'ouverture vers les hôpitaux publics.

Si les neuf HIA ont pour principale mission le soutien des forces, ils concourent comme le prévoient les textes réglementaires au service public hospitalier. Il est d'ailleurs à noter qu'en temps de paix, les hôpitaux militaires travaillent désormais principalement au profit des populations civiles ; leur collaboration dans l'organisation de la santé publique devient ainsi essentielle au maintien de leurs diverses activités. Ainsi, les HIA, organismes de défense doivent répondre à la double exigence de soutien opérationnel de l'EMA et de service aux populations de leur territoire de santé. On comprend dès lors que leurs démarches de coopération avec leurs homologues civils puissent présenter des particularités liées à cette dualité de mission.

2. Le SSA, une volonté de coopération sous réserve.

Le SSA a une mission prioritaire qui est le soutien des forces, mais il a une deuxième mission c'est l'offre de soins au public et la mise à la disposition de ses moyens au profit de son territoire de santé.

3.5. Rapprochement des hôpitaux militaires des établissements publics de santé.

Dans son rapport thématique d'octobre 2010, la Cour des Comptes a indiqué que l'articulation avec le dispositif de santé publique était insuffisante et que l'intégration des HIA dans le dispositif public de santé était virtuelle.

En application de la loi du 31 décembre 1970¹¹ portant réforme hospitalière, les relations entre les établissements du SSA et le secteur public ont longtemps reposé sur le seul décret de 1974 fixant les conditions de la coopération. Il s'agit plus d'une déclaration d'intention qui précise qu'en cas d'afflux massif de blessés, « *si les hôpitaux des armées ne sont pas en mesure de les prendre en charge alors*

¹¹ LOI n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

des établissements d'hospitalisation assurant le service public hospitalier où des locaux suffisamment importants, dits centres mixtes, sont réservés aux malades et blessés militaires. Les soins sont dispensés dans ces services par des médecins des armées et les intéressés sont soumis aux règlements en vigueur dans les hôpitaux des armées ». Réciproquement, les articles 1 à 10 dudit décret précisaient les conditions de la participation du SSA au service public hospitalier. Ceci a permis la ratification de plusieurs conventions entre le Directeur Régional du SSA et un ou plusieurs établissements d'hospitalisation assurant les services publics hospitaliers. Aussi, il a permis aux HIA d'offrir dans ses hôpitaux des terrains de stage aux praticiens accomplissant des études de spécialité, aux étudiants en médecine, en pharmacie, ou en chirurgie dentaire ainsi qu'au personnel paramédical et assimilé en formation. Et réciproquement, d'après l'article 8, les personnels du service de santé des armées pouvaient effectuer des stages de formation ou de perfectionnement dans les établissements relevant du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

Le décret de 1974 est bien le premier texte à organiser la coopération entre deux secteurs, mais il exige la priorité de répondre aux besoins opérationnels sur celle des besoins de la population. Cette logique d'esprit est surtout représenté par l'article 14 qui stipulait : *« lorsque l'effectif des troupes stationnées sur le territoire d'un secteur sanitaire atteint le chiffre de 1000 hommes et que, dans ce secteur, il ne se trouve ni un hôpital des armées....ni un centre hospitalier mixte, les malades et blessés militaires admis dans un établissement assurant le service public hospitalier peuvent être soignés dans les locaux spécialement prévues à cet effet. Dans ce cas, les intéressés sont soumis aux règlements en vigueur dans les hôpitaux des armées et les soins sont dispensés par les médecins des armées, toutefois, lorsque l'effectif du personnel médical de la garnison ne peut y suffire, les soins peuvent être assurés par les praticiens de l'établissement ».*

Jusqu'à l'apparition du décret du 09 juillet 1984, la sélection et la formation des médecins spécialistes hospitaliers étaient propres au SSA et se déroulaient par les concours d'assistants et de spécialistes des hôpitaux des armées. L'autonomie était totale. C'est à partir de 1984 que le cadre réglementaire de la formation des médecins militaire a évolué pour, progressivement aboutir à un cycle d'études identique à celui des médecins civils.

Les médecins, après leurs formations initiales, faisaient leurs formations de filières spécialisées dans les hôpitaux militaires, c'était un parcours purement militaire. Depuis 1984, le troisième cycle de spécialisation est identique à celui des médecins de la santé publique.

Le décret de 1984 marque réellement la première ouverture vers le monde civil hospitalo-universitaire. Le SSA déroge alors à son principe d'autonomie de formation par l'assistantat au profit du diplôme d'études spécialisées (DES). Les médecins militaires peuvent alors toujours passer l'assistantat et être formés parallèlement dans une faculté de rattachement.

Le deuxième véritable bouleversement qui marquera l'histoire de la relation de la santé des armées avec le secteur public, c'est la fin de la conscription. Décidée le 28 mai 1996, c'est aussi la fin de la grande réserve capacitaire. Immédiatement, les hôpitaux militaires qui fonctionnaient « avec des appelés du

contingent », allaient connaître une réforme en profondeur. Avec le plan « Armée 2000 », des centres hospitaliers des armées ont été fermés (les CHA tels ceux de Lille et de Nancy), les hôpitaux du SSA passant ainsi de vingt-deux à neuf.

La réduction du SSA à neuf HIA et sa réorganisation après la suspension de la conscription par la loi du 28 octobre 1997 l'a amené à étendre ses missions de participation au service public hospitalier. L'hospitalisation de patients civils doit contribuer à maintenir à un haut niveau de compétences les praticiens et personnels paramédicaux en leur garantissant un volume d'activité suffisant. En application de l'article L.6147-8 du code de la santé publique, il est tenu compte des installations d'hôpitaux des armées, y compris des équipements lourds, des activités de soins et des structures de soins lors de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). C'est pourquoi, un arrêté conjoint cosigné par les ministres de la défense et de la santé précise l'offre du SSA à ce concours. Le premier arrêté conjoint du 01 mars 2006, mentionne que « *les objectifs d'offre de soins peuvent être modifiés en fonction des impératifs de défense* ». Le SSA peut ainsi limiter son ouverture vers le civil en mettant en avant le principe de repli opérationnel. Cependant, en cas de départ significatif des praticiens ou d'afflux massif de blessés, ce sont les hôpitaux publics qui offrent les meilleures capacités d'accueil.

La loi HPST a fait évoluer le cadre de la mission du service de santé des armées et fait des hôpitaux des armées « *des établissements qui peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public* ». Cependant, cette participation aux missions de service public reste exclusivement à la main du Ministre de la Défense qui, par le décret du 15 juillet 2009, définit la contribution du service de santé à la politique de santé publique.

Ce résultat législatif et réglementaire est le fruit d'un long passé d'autonomie dont le service de santé a du mal encore aujourd'hui à se démarquer. Il faut toutefois signaler que celui-ci a fait preuve d'ouverture en terme de financement et de labellisation de ses hôpitaux. En effet, en 1995, le service de santé des armées, sans y être obligé, a mis en place le recueil de l'activité hospitalière, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), afin de disposer d'indicateurs d'activité comparables aux établissements publics. De même, le service de santé des armées, sur proposition du ministère de la santé, a accepté de souscrire au nouveau système de financement des activités de soins au profit des assurés sociaux : la tarification à l'activité (T2A). Il est vrai que dans le modèle de dotation globale, il était de plus en plus difficile d'accompagner l'innovation thérapeutique, et donc la T2A se présentait comme la réponse financière la mieux adaptée à l'achat des molécules onéreuses.

En matière de qualité de soins dispensés, les hôpitaux des armées ont toujours suivi les réformes qui s'imposaient aux établissements publics de santé. En effet, les HIA se sont inscrites dans la certification quelques années après les premières procédures en France. Ainsi, en février 2002, l'HIA LAVERAN était le premier hôpital militaire à se soumettre à la procédure d'accréditation les huit autres ont suivi. Puis, quatre ans plus tard, ce fut la certification V2, et en 2011, la procédure V2010 lors de laquelle l'HIA

Laveran a été certifié sans recommandations. Au-delà de ces procédures de certification, l'ensemble des HIA appliquent scrupuleusement les textes réglementaires et recommandations concernant la qualité et la sécurité des délivrés aux patients.

L'intégration des réformes issues des ordonnances de 1996 au sein des HIA montre bien la volonté de ne pas trop se démarquer du secteur hospitalier public. Mais après environ trois siècles d'isolement et d'une culture d'un « service de santé des armées pour les armées », la fin de la conscription, la T2A, la réforme récente des études médicales, les exigences de qualité et maintenant la loi HPST convergent pour amener les hôpitaux des armées à investir le territoire de santé. La lecture des lois et décrets montre une certaine retenue à vouloir franchir le pas et une tendance à se réfugier derrière les impératifs de défense, ce qu'a souligné la Cour des Comptes. C'est certainement l'accélération des réformes engagées par les établissements publics et leur stratégie de coopération et la prise de conscience de l'enjeu vital qu'est le positionnement de la santé militaire dans leur territoire de santé qui doivent amener le SSA à réagir vite et bien.

3.6. Le statut des HIA, une limite à l'utilisation de l'ensemble des outils de coopération.

La nature juridique du service de santé (service de l'Etat placé sous l'autorité du chef d'Etat-major des armées), ne donne pas aux HIA le même niveau d'autonomie que celui des hôpitaux civils (établissements publics administratifs dotés de la personnalité juridique). La conséquence directe de cette situation est à la fois, l'impossibilité pour les médecins chefs des HIA de recourir à l'ensemble des outils disponibles pour coopérer et leur incapacité juridique à effectuer des conventions directement avec les hôpitaux civils, sans l'autorisation préalable de la DCSSA. Même si une délégation de signature peut être instaurée, seule la DCSSA peut autoriser ce type de partenariat.

• La convention

En matière de coopération inter hospitalier entre un hôpital des armées et un établissement hospitalier civil de proximité, la conclusion d'un accord cadre est préconisé. L'accord cadre permet de définir le type, le cadre et les conditions générales de la collaboration entre les parties. Ce document sert de fondement, au fur et à mesure du développement d'actions communes, à des accords spécifiques traitant plus particulièrement de chacune de ces actions. L'accord spécifique organise chaque collaboration entreprise par les parties dans le cadre et les conditions générales dans l'accord-cadre dont il procède.

Le vocable « convention » utilisé au sein du SSA est un terme générique employé par commodité pour désigner indifféremment les conventions proprement dites mais aussi les protocoles d'accord, les accords cadres et les accords spécifiques.

Les domaines dans lesquels peuvent être conclus des conventions, au sens, général du terme, sont très divers. En matière de coopération inter hospitalière, on peut citer :

- Les prestations sollicitées auprès de tiers (transferts de patients, recours compétences d'équipes spécialisées)
- Les prestations servies à des tiers (accueil de patients pour des examens spécialisés, co-utilisation d'équipement lourds, réalisation d'activités opératoires, d'examens de laboratoires, de prestations de stérilisation.....).

Sauf exception, toute convention est négociée, élaborée et signée au niveau local par le chef d'établissement. En revanche dès lors que la convention dont la conclusion revêt un intérêt tout particulier pour le SSA, elle doit être transmise pour approbation préalable à la DCSSA.

En application des textes en vigueur qui définissent la procédure et les principes qu'il convient d'appliquer en matière de rédaction et de validation des conventions signées par les établissements subordonnés à la DCSSA, certains nouveaux projets médicaux de coopération pourraient se développer dans ce cadre juridique existant.

Seulement, les ARS privilégient les modes de collaboration offerts par la loi HPST et sont fortement incitatives à la création de ces nouvelles coopérations.

Au regard de cette situation, il convient d'analyser et de recenser les outils les plus à même de répondre aux objectifs de coopération pour le SSA. Les outils les plus envisageables sont :

- le groupement d'intérêt Public (GIP).
- le groupement d'intérêt économique (GIE).
- la communauté hospitalière de territoire (CHT).
- les groupements de coopération sanitaire (GCS).

- **Le groupement d'intérêt public.**

Le GIP peut être créé pour une durée déterminée ou indéterminée¹². Les membres formant le GIP « exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice »¹³.

¹² Article 99 de la loi du 17 mai 2011, loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

Aussi souple soit cet outil, la constitution d'un GIP ne paraît elle pas être la plus adaptée au développement pérenne de coopération sanitaire dans le cas où le GIP est créé pour une durée déterminée. Dans ce cas le caractère temporaire de sa durée de vie ne lui permet de développer un projet médical partagé qu'il conviendrait de nourrir et de faire progresser. Un GIP peut toutefois permettre de mettre en commun des moyens propres à plusieurs hôpitaux pour atteindre un objectif.

- **Le groupement d'intérêt économique.**

Un GIE n'est concevable que pour des activités qui impliquent, à titre subsidiaire, un développement commercial dans les conditions du marché.

Ainsi, de la même manière que pour le GIP, la nature de la personnalité morale de cette structure et son objet plutôt économique ne permettent pas au GIE de constituer une structure adaptée au développement d'un projet médical commun avec un hôpital militaire.

- **La communauté hospitalière de territoire.**

Le cadre de la CHT ne peut être envisagé pour le développement d'un partenariat approfondi entre un établissement civil de santé et un hôpital militaire, du fait notamment de l'absence de statut d'établissement public de santé des HIA, organismes déconcentrés du ministère de la défense.

- **Le groupement de coopération sanitaire.**

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) constitue aujourd'hui, avec les conventions, l'outil juridique le plus utilisé par les établissements pour développer les relations sanitaires entre hôpitaux. Depuis la loi HPST, deux formes de GCS peuvent être mis en oeuvre :

- le GCS de moyens.
- le GCS établissements de soins.

- ✓ **Le GCS de moyens.**

Compte tenu du statut particulier du service de santé des armées, la question de la gouvernance présente un intérêt particulier. En effet, elle repose sur un organe délibérant incarné par l'assemblée générale composée de l'ensemble des membres et sur un organe exécutif incarné par un administrateur, représentant légal du groupement. Dans la pratique, l'assemblée générale peut être comparée à un conseil de surveillance qui détermine les axes stratégiques de la structure et

¹³ Article 98 de la loi du 17 mai 2011, loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

l'administrateur, à un directeur qui exécute les décisions de l'assemblée générale et représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. De plus, dans ce format, l'administrateur peut être un médecin, ce qui respecte la structure de gouvernance adoptée par le SSA.

L'intérêt de cet outil de coopération réside dans la souplesse de sa gestion et dans le caractère limité ou non de sa vocation. En effet, avec l'accord de la DCSSA, les HIA peuvent aisément développer de réelles coopérations avec les établissements environnants dans des domaines aussi divers que la logistique hospitalière (blanchisserie, cuisine, hôtellerie) que les services cliniques (vacations d'un établissement public ou privé dans l'utilisation d'un matériel coûteux détenu par un HIA : IRM, Scanner, robot chirurgical).

Mais quels sont les avantages pour les HIA par rapport à la convention traditionnelle?

La coopération conventionnelle signifie qu'elle se réalise sans constitution d'une personne juridique nouvelle. Une simple convention lie les partenaires et ce mécanisme, très fréquemment utilisé jusqu'alors dans le milieu sanitaire, est un procédé simple dont la mise en oeuvre est rapide et nécessite un minimum de formalités préalables. L'intérêt est néanmoins atténué par le fait que la coopération conventionnelle ne crée pas une personne juridique nouvelle ce qui n'est pas sans conséquence. En effet, les autorisations d'équipements voire même de soins, sont détenues par l'un des partenaires et pas de manière commune. Avec la convention, l'absence de budget propre oblige le financement par un partenaire et le remboursement par l'autre au travers de versements de redevances. Il en est de même pour le personnel, car sans personnel propre, la convention prévoit qu'un hôpital affecte du personnel sur le projet et l'autre le rembourse. Les HIA, avec leur statut d'établissement d'Etat sont bien souvent confrontés à des difficultés, dans les actes de gestion. Ainsi, l'engagement des dépenses ou le recrutement de personnel financé par ailleurs par des mesures de santé publique peut s'apparenter à un véritable chemin de croix. Le GCS, quant à lui, avec la personnalité juridique, peut recruter des personnels, réaliser des équipements tout en reposant sur une convention constitutive.

Le GCS peut être assimilé à une convention fortement structurée, avec une assemblée générale et un administrateur, qui répond à la politique publique de coopération par la loi HPST et qui pourrait offrir aux HIA une souplesse dans les actes de gestion. Ces derniers se complexifient de plus en plus avec la réforme générale des politiques Publiques.

Dès lors que la volonté de l'hôpital est d'aller au-delà de la simple convention de coopération occasionnelle, le GCS de moyens constitue le moyen le plus souple et le plus opérationnel pour créer un réseau de santé inter hospitalier. Il permet aux établissements membres de devenir compétitifs en développant de réelles mutualisations cliniques et logistiques dans le territoire de santé.

✓ **Le GCS établissement de soins.**

La constitution d'un GCS - établissement de soins peut constituer une vraie réponse aux enjeux auxquels sont confrontés les HIA. En mettant en commun, non seulement des moyens techniques mais un réel projet médical partagé, les HIA, s'inscriraient réellement dans une stratégie d'intégration des territoires de santé.

Au-delà des moyens, c'est bien d'une vision stratégique nouvelle dont bénéficierait le service de santé des armées à travers la construction conjointe de projets inter hospitaliers.

En conséquence, plusieurs outils peuvent être privilégiés par les HIA pour inscrire leur action dans une réelle démarche de coopération avec les établissements civils :

- la convention: outil simple et souple, bilatéral ou multilatéral, facilite les coopérations entre deux établissements sur tout type de projet ;

- le réseau de santé: cette formule permet aux praticiens hospitaliers de s'inscrire dans une dynamique de territoire qui, permet aux établissements de recruter des patients que les médecins de ville leur envoient. Dans le respect du principe du libre adressage d'un patient vers un confrère spécialiste hospitalier, le médecin exerce toujours une influence implicite sur le parcours du patient. Au titre de l'enjeu du recrutement des patients, cette formule doit donc faire l'objet d'une attention particulière de la part des Médecins-chefs des HIA.

- le groupement de coopération sanitaire: qu'il soit de moyens ou qu'il permette de construire une entité plus intégrée, cette formule plus structurée inscrit la démarche des HIA dans la durée et met en œuvre une formule dont l'image peut être valorisée auprès du public. En outre, s'inscrire dans ce type de démarche permet à l'hôpital d'approfondir les échanges de pratiques médicales avec les médecins civils, ce qui contribue à la fois à l'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, qu'ils soient civils ou militaires.

Les HIA doivent profiter des outils d'ouverture vers le dispositif hospitalier civil. Avant de s'intéresser aux coopérations que souhaitent mettre en œuvre les hôpitaux militaires, il est important de regarder la politique du service de santé dans ce domaine.

En effet, pour répondre aux critiques de la Cour des comptes, le service de santé des armées a engagé une importante réflexion sur les orientations stratégiques qu'il doit adopter et les actions qu'il devra mettre en œuvre au cours des dix prochaines années.

3. La politique du SSA et le bilan de coopération actuel avec la santé publique.

3.7. Coopérer en restant maître de ses moyens.

Si les HIA ont développé de nombreux axes de collaboration dans différents domaines, la position de la direction centrale n'a jamais été clairement affirmée. En effet, ces dernières années, les projets de convention transmis par les HIA étaient scrupuleusement analysés sur la forme par la sous direction «affaires juridiques et administratives», sans nécessité d'une véritable analyse sur le fond par la sous direction « hôpitaux ». Avec le rapport de la cour des comptes (médecins et hôpitaux des armées¹), la position du SSA a évolué et la directive du 17 janvier 2011¹⁴, renforcée par le projet de service du SSA est la traduction de cette volonté.

Les recommandations de la DCSSA aux HIA sont d'engager des conventions de coopération avec les établissements publics mais dans une politique de gagnant gagnant « Ils doivent impérativement poursuivre et renforcer leur collaboration avec des établissements ayant une activité complémentaire dans le cadre d'un partenariat innovant gagnant - gagnant entre établissements » et garantissant l'autonomie dans le cadre du respect de la mission prioritaire qui est le soutien des forces.

Pour répondre aux recommandations de la Cour des Comptes la DCSSA a fait parvenir aux établissements hospitaliers une directive² relative aux relations du SSA avec les ARS. Celle-ci présente les types de coopérations que la DCSSA souhaite envisager avec les établissements de santé, elle rappelle le cadre juridique des relations avec les ARS et elle fixe les modalités de relations entre les HIA et les ARS.

«..les médecins –chefs des hôpitaux des armées sont encouragés.....et doivent rechercher en permanence une meilleure intégration dans le système de santé local..... », c'est la première fois que le SSA affiche aussi clairement une politique d'ouverture même s'il est précisé que les représentants locaux du SSA doivent toujours prendre en compte « leur mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées ». Cette directive invite les représentants du SSA à avoir des relations régulières avec les ARS dans le cadre des dispositions du code de la santé publique qui fixe les missions des ARS (article L. 1431-2) et celles du service de santé des armées (article L. 6112-2). Pour cela, il est demandé aux HIA d'organiser au moins une rencontre par an avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS) et d'identifier leurs interlocuteurs au sein des ARS. Ceci prouve la volonté de répondre aux recommandations d'intégration des HIA dans le dispositif de santé publique, de la Cour des Comptes et non une démarche aboutie d'adossement au dispositif public de santé.

Par ailleurs, la directive rappelle que le code de la santé publique occulte la participation du SSA aux instances mises en place par les ARS telles que la conférence régionale de santé ou les conférences de territoire. La DCSSA demande aux HIA de convenir avec l'ARS locale des modalités selon lesquelles ils pourraient être associés aux travaux de ces structures. Cependant, force est de constater que les HIA sont déjà tous invités aux conférences de territoire, mais tant que la loi n'évoluera pas ou que les HIA n'auront pas changé de statut, leur rôle sera purement consultatif, sans voix représentative. Toutefois leur participation, même passive est une avancée nécessaire pour se positionner en tant qu'acteur de santé dans le territoire.

En 2011, le DCSSA a présenté au ministre de la défense un projet de service¹⁵ de collaboration interne en instituant un parcours de soins depuis les centres médicaux des armées (CMA) vers les HIA¹⁶. Le projet décliné en quatre axes développe plus particulièrement celui de l'amélioration de l'efficacité globale par l'augmentation des recettes de l'assurance maladie. Pour cela, le projet prévoit la poursuite de l'augmentation du volume d'activité en incitant les HIA à explorer toutes les pistes d'accroissement des recettes. Cependant, dans l'axe « Redéfinir une nouvelle offre de soins intégrant pleinement l'aspect « condition de vie du militaire » », le SSA annonce que son offre de soins vise à satisfaire en priorité les besoins exprimés par les forces mais également la communauté militaire et plus largement de défense et des autorités de l'Etat, c'est pourquoi, en matière d'offre de soins dans le cadre de la santé publique, le SSA « entend faire respecter l'exception militaire dans l'exercice professionnel...dans le cadre des évolutions récentes de la santé issues de la loi HPST ».

Le projet de service rappelle la volonté de « renforcer les échanges d'informations destinés à coordonner l'offre de soins vers le milieu civil et tenir compte, si possible, dans les activités des HIA des projets pilotés par les ARS ». Il y a donc bien une volonté de transparence et de prise en compte mesurée des politiques locales de santé. Mais, comme toujours, le SSA réaffirme qu'il souhaite garder « une autonomie de décision militaire » et qu'à ce titre « le pilotage des actions de concertation et de coopération est conservé au niveau central ». Le projet de service confirme les propos de la directive du 17 janvier 2011¹⁷.

En matière de coopération, on retiendra que le projet de service du SSA incite à la transparence vis-à-vis de la santé publique tout en préservant l'autonomie sur les moyens capacitaires dans le cadre du contrat opérationnel. Aussi, le SSA affiche une politique d'évolution dans la continuité. A partir de cette nouvelle politique annoncée, quels sont les types de coopérations que souhaite privilégier la direction centrale ?

¹⁵ Projet de service du SSA n° 8/DEF/DCSSA/TF2C/CDR du 7 avril 2011

¹⁶ Note n° 1293 DEF/DCSSA/AST du 30 juin 2011 « définition d'un parcours de soins au profit de la communauté de défense.

¹⁷ Directive n° 111/DEF/DCSSA/AJA/2D du 17 janvier 2011.

La DCSSA retient trois types de coopération applicables aux HIA :

La convention de coopération : ce type est le plus privilégié par la direction, puisque il préserve l'autonomie du service. Le dernier article des conventions est toujours « toutefois, si des impératifs de défense venaient à l'exiger, l'Etat (Ministère de la défense et des anciens combattants) pourra résilier cette présente convention sans préavis et sans que l'autre partie puisse prétendre à un quelconque dédommagement ».

Les réseaux de santé : avec la loi HPST, ces derniers ont remplacé les réseaux de soins. La directive donne toute latitude aux médecins-chefs à entreprendre les démarches pour intégrer les réseaux de santé et les HIA y participent déjà activement. En ce sens la directive n'apporte rien de nouveau.

Les groupements de coopérations sanitaires (GCS) : La loi HPST dispose que 1e GCS est ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux organismes médicaux-sociaux. En s'appuyant sur ce point que le service de santé des armées autorise les HIA à en être membres sans être fortement encouragés. Les médecins-chefs sont autorisés à entamer des négociations pour créer ou intégrer des GCS de moyens dans la mesure où ceux-ci peuvent représenter un intérêt pour le service dans des domaines comme le soutien (blanchisserie, traitement des déchets) ou l'utilisation partagée d'équipements lourds. La convention constitutive du GCS de moyens devra alors être transmise au préalable à la DCSSA pour approbation avant signature. Concernant le GCS titulaire d'une autorisation d'activité qui devient alors établissement de soins (GCS ES), la directive précise que « ce statut est a priori difficilement compatible avec les impératifs de gouvernance, et de mobilisation permettant au SSA de répondre à son contrat opérationnel ». Cependant, elle indique que 1es HIA peuvent entamer des discussions si le projet leur paraît présenter un intérêt particulier pour le service. Enfin, les dossiers seront transmis à la DCSSA qui, seul décideur, déterminera la conduite à tenir.

La DCSSA, et en particulier sa sous direction des affaires juridiques et administratives (AJA) craint de mettre en jeu ses autorisations d'activité en les transférant au GCS Etablissements de Santé. L'ARS serait en mesure de les retirer ou d'en modifier le périmètre. Cependant, il est aisé d'envisager que par la convention constitutive, les intérêts des HIA pourraient être préservés. Dans ce cas, la sous-direction AJA met en avant le risque de modification de la convention en cas de non représentativité de l'HIA d'autant plus que les médecins-chefs se succèdent au fil des mutations.

La directive du 17 janvier 2011 marque une évolution importante dans les relations que peuvent entretenir les HIA avec les ARS et les établissements de santé de leur territoire. Même si elle s'apparente plus à une réponse au rapport de la Cour des Comptes, il n'en demeure pas moins que c'est la première fois que les médecins-chefs sont encouragés à rapprocher des instances régionales de santé. Il aurait été préférable de dessiner les contours des dossiers à soumettre aux ARS dans le respect du contrat opérationnel en préalable aux contacts pour s'insérer dans la politique régionale de

santé, insertion soumise ensuite à la validation de la direction centrale. Cette directive fixe des mesures sans s'appuyer sur une véritable politique à moyen et long terme. Le fait qu'elle émane d'une sous-direction technique et transversale (AJA), et non de la sous-direction « hôpitaux » qui fixe la politique hospitalière du SSA, marque bien qu'il ne s'agit que d'un début en matière d'inscription dans le dispositif civil de santé. Si à l'échelon central, la volonté d'intégration dans le système de santé local est timidement affichée, il importe de s'intéresser aux stratégies développées localement par les différents HIA en matière de coopération et d'en faire l'analyse.

3.8. Les actions de coopérations des HIA : bilan positif.

Le bilan des actions de coopération développés par les neuf HIA s'articule autour de:

- la participation aux réseaux de santé et partenariats avec les établissements de santé dans les domaines des soins : on prend à titre d'exemple l'HIA Robert Picqué à Bordeaux qui est membre du réseau des urgences d'aquitaine (RESURA) ; tous les HIA adhèrent et participent aux réseaux 3C pour la cancérologie (participation de l'HIA BEGIN au réseau palliatifs « OCEANE » ou de Percy à « OSMOSE ») ; les HIA adhèrent aussi à des réseaux de santé en néphrologie, neurologie, gériatrie, greffe d'organes, diabétologie, addictologie, odontologie, etc.

dans le domaine du soin, les HIA mettent des personnels médicaux et paramédicaux à disposition de structures extérieures (ainsi pour l'HIA LAVERAN, effectue une vacation hebdomadaire de cardiologie interventionnelle et d'implantologie au CHU de la Timone à Marseille), les équipements des HIA en imagerie (TEP, Scanners ou IRM) peut être mis à disposition ou partagés avec des structures civiles publiques ou privées, ainsi l'HIA Robert Picqué Bordeaux est membre d'un GCS avec la Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle qui a pour objet de faciliter la mise en œuvre d'actions communes visant à développer l'activité de chacun des établissements pour répondre à la demande en soins de qualité conventionné de secteur 1, et sans « reste à charge » pour le patient, il contribue par la mise à disposition de deux salles de bloc opératoires. L'HIA Saint ANNE met à disposition son poste de dialyse au profit de l'association varoise pour l'organisation de la dialyse à domicile (AVODD) ; les HIA sont impliqués dans différents plans spécifiques : les plans « blanc » (canicule, inondation, etc.) et « gestion des crises » (des cellules PIRATOX (chaînes en dur) et chaînes sous tente sont mises à disposition des régions), le réseaux Biotox (des laboratoires de sécurité microbiologique LSB3 des HIA sont mis à la disposition, exemple : Val-de-Grâce avec Bichat, Necker et la Pitié), les HIA disposent de centres de traitements des blessés radio contaminés et de nombreuses conventions sont passées avec les centrales nucléaires ; les HIA accueil des structures civiles : exemple l'HIA LAVERAN accueille une association de médecins généralistes libéraux, SUMO (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens de Médecine Opérationnelle).

Les partenariats des HIA avec les structures civiles ne se limitent pas seulement aux soins, mais aussi aux différentes formes de coopérations de moyens logistiques et d'enseignement à la recherche.

- le domaine de l'enseignement à la recherche : les HIA sont quasiment tous agréés par l'ARS et les facultés pour recevoir des étudiants de professions médicales, de même pour les étudiants paramédicaux qu'ils soient militaires ou civils et d'autres types d'écoles (IFCS, EHESP, lycées, etc.), par exemple : à l'HIA Legouest 286 stagiaires civils en 2010 qui ont été reçus pour formation, et à l'HIA Saint-Anne a accueilli 322 élèves paramédicaux militaires et 346 élèves ou étudiants civils.

- le soutien logistique : des HIA ont développé des formes de coopérations en participant à des plateformes logistiques ou en pratiquant l'externalisation d'une partie du soutien, prenant par exemple : l'HIA Clermont-Tonnèrre a passé des conventions et protocoles avec diverses structures (prêt de salles, maintenance des matériels de cuisine de la direction du commissariat de la Marine) ; en matière d'externalisation du soutien logistique, de nombreux partenariats voient le jour dans des domaines divers, en particulier l'enlèvement et le traitement des déchets, la blanchisserie, la restauration et la stérilisation ainsi, l'HIA Legouest et l'HIA Saint-anne sont membre d'un SIH de blanchisserie et de linge, pour la stérilisation la mutualisation de HIAL avec l'HIA Saint Anne, et la convention de dépannage pour la stérilisation du HIAL par l'AP-HM.

Ces diverses collaborations témoignent de la volonté du SSA et de ses HIA de s'insérer dans le milieu de la santé publique et d'y participer.

Les externalisations peuvent prendre la forme de GCS de moyens, exemple le projet de HIA LAVERAN pour la location et le blanchissage du linge, qui actuellement est l'objet d'un marché public avec une société privé. Leur absence de personnalité morale et d'autonomie décisionnelle représentent un point faible dans la stratégie des HIA pour s'intégrer au sein des territoires de santé. Quelle stratégie donc va mener l'HIA LAVERAN pour adhérer à des GCS de moyens ? Quel est son plan d'actions ? Et quel genre de relation mène t il avec son territoire de santé ?

III. L'HIAL DEVELOPPE UNE DEMARCHE VOLONTAIRE DE COOPERATION.

L'hôpital militaire LAVERAN a ouvert ses portes en 1963, après la fin des opérations en Algérie en 1962. Il est comme tous les HIA confronté à des recompositions fortes du paysage hospitalier. Suite aux directives de la politique d'achat de la DCSSA dans le domaine de la blanchisserie (20 % de diminution des dépenses), l'HIA a décidé de rechercher une solution de coopération plus intégrée que les solutions de collaboration auxquelles il avait recours jusqu'à présent. L'HIAL maintient en effet, depuis longtemps, des liens étroits avec les établissements de son territoire de santé. Je vais aborder en premier temps la situation de l'HIAL dans son territoire de santé, ensuite recenser les coopérations de l'HIAL et ses autres projets de partenariat, et enfin les différentes pistes qui peuvent s'ouvrir à l'HIAL pour développer encore des formes de coopération, dont l'objectif est de réduire ses dépenses.

1. Situation de l'HIAL.

L'HIAL a pour mission prioritaire le soutien aux forces, notamment celles participant aux missions extérieures. Il a une seconde mission de service public et il participe aux plans gouvernementaux de santé. Les principales disciplines médicales et chirurgicales sont représentées dans l'hôpital qui par un plateau technique moderne leur autorise les explorations complémentaires actualisées les mieux adaptées.

L'HIAL, intimement associé à l'Institut de médecine tropicale du Pharo, est ouvert sur le monde. La médecine tropicale et les conseils aux voyageurs y restent une spécificité importante et ses spécialistes participant à la formation des médecins destinés à servir outre-mer. Par ailleurs, en conformité avec son titre d'hôpital d'instruction, de nombreux médecins d'Afrique et d'Asie viennent chaque année en stage à l'hôpital.

L'établissement, régulièrement audité, poursuit au profit du patient, sa démarche d'amélioration continue de la qualité notamment dans les domaines de l'accueil, de la sécurité et de la prise en charge des situations handicapantes.

3.9. Un environnement hautement concurrentiel.

C'est un hôpital de proximité ouvert sur son bassin de vie (population civile) et sur les unités qui lui sont abonnées pour l'aptitude, l'expertise et les soins aux militaires et à leur famille. Il est surtout largement ouvert à la communauté civile de la ville de Marseille (90 % des patients admis).

A part sa contribution de prise en charge de la population civile, l'HIAL soutient un large bassin de vie militaire qui représente une population d'environ 14 300 personnes (voir annexe II).

L'HIAL de 303 lits et places est parfaitement intégré dans le 13^{ème} arrondissement (voir annexe I) de la ville de Marseille avec un service d'urgence (SAMU 15) en coopération avec l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM). Situé au nord de la ville de Marseille, il est le seul établissement

hospitalier dans le 13^{ème} et le 14^{ème} arrondissement Son bassin de population est de 160 000 habitants qui représentent presque le 1/5 de celle de Marseille (847000 habitants).

Sa population civile est caractérisée par la présence d'une forte proportion de patientèle en situation de précarité (10 % des entrants de l'HIAL bénéficie de la CMU), une part de cette population est migrante et exposée aux pathologies tropicales.

L'HIAL est au sein d'un environnement concurrentiel (voir annexe III), composé d'établissements publics et privés. Les plus grands établissements sont l'hôpital Nord (900 lits), l'hôpital La Timone (793 lits) et la Conception qui sont des établissements publics de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) et l'hôpital privé voisin Beauregard (331 lits).

L'HIAL est reconnu pour les spécialités, de médecine tropicale, de chirurgie réparatrice (maxilo-facial), d'ophtalmologie, il est reconnu aussi pour les services des urgences et son plateau médico-techniques avec un centre de consultation ouvert à la population civile.

Au niveau des ressources humaines, l'HIAL présente un effectif d'environ 900 agents civils et militaires. L'HIAL a été certifié par la haute autorité de santé (HAS) sans recommandation en juin 2010 (V2010). Fortement implanté dans son environnement, il reste tributaire des moyens fournis par la DCSSA, tant au niveau des ressources humaines que du point de vue budgétaire.

3.10. Des contraintes poussant l'HIAL à la coopération.

L'HIAL est confronté à des contraintes de fonctionnement au niveau des ressources humaines, de gestion de budget et de politique d'achat. Ces contraintes sont indépendantes de sa volonté et sont le résultat des nouvelles mesures de la DCSSA dont l'objectif est la réduction du déficit budgétaire par la réorganisation des fonctions administratives et logistiques, la diminution des dépenses et l'optimisation des ressources.

En effet, le SSA et ses HIA sont considérés comme une seule entité dont le centre de décision est la DCSSA. Et par conséquent, les principales décisions ou leur validation relèvent de la DCSSA.

« Un effort est particulièrement porté la fonction achats dans son coeur de métier, dont la centralisation par la Direction des approvisionnements en produits de santé des armées est pleinement opérationnelle depuis le 1er janvier 2011, date à laquelle cette direction est devenue l'unique opérateur des achats « santé » du ministère de la défense » a déclaré le directeur central du SSA devant la commission de la défense de l'assemblée nationale¹⁸. Ainsi la fonction achat n'est plus gérée par les HIA, mais centralisée à la DAPSA. Cette décision limite la liberté d'action de l'HIAL en matière d'achat.

Un contrat de retour à l'équilibre 2011-2015 a été signé entre le directeur central et le médecin-chef, afin de réduire le déséquilibre d'exploitation de l'HIAL.

¹⁸ Rapport du DCSSA devant La Commission de la Défense de l'Assemblée Nationale le 02 novembre 2011.

Dans ce cadre, pour diminuer ses charges d'exploitation et respecter les limites du plafond d'emploi que lui fixe le ministère de la défense, le SSA doit restreindre les effectifs et stabiliser les budgets alloués aux HIA. Ainsi, l'HIAL, qui ne gère pas ses ressources humaines, voit ces dernières fortement contraintes, avec des difficultés de remplacement des personnels partants, y compris par des recrutements de contractuels.

En outre, l'enveloppe budgétaire allouée par la DCSSA à l'HIAL reste constante sur les derniers exercices, alors que l'HIAL a besoin de financer des besoins d'entretiens d'infrastructure et d'investissement dans le domaine médico-technique. En raison de l'objectif de réduction du déficit de l'Etat, l'HIAL connaît, comme tous les organisations du ministère de la défense, de fortes contraintes financières. Le budget prévu pour 2013 devrait être identique à celui de 2012. Ceci peut présenter un handicap pour le développement de l'activité. Aussi, il doit trouver des solutions adéquates pour réduire autant que possible ses charges d'exploitation, dans le but de générer des ressources pour financer ses projets, avec une validation par la DCSSA. Parmi ces solutions, il s'est orienté vers un développement de ses relations de collaboration avec les établissements de santé publics se trouvant dans son territoire de santé pour mettre sur pied une forme de coopération qui pourrait être une réponse aux difficultés d'effectif et aux objectifs de réduction des dépenses.

2. Une volonté de coopération de l'HIA LAVERAN.

La nouvelle politique de coopération du SSA prévoit aussi bien une collaboration interne au ministère de défense entre les HIA, qu'externe avec les établissements de santé.

3.11. Les coopérations internes au ministère de la défense.

L'HIAL, soucieux de développer son activité pour répondre aux exigences de qualité et de performance économique, a déjà exploré des pistes de collaboration avec les HIA qu'avec les établissements de santé.

De façon logique, l'HIAL a développé des relations de coopération avec ses homologues du SSA ou des établissements relevant du Ministère de la défense. On peut citer deux exemples de cette coopération interne :

Un protocole-cadre dont l'objet est la prise en charge de la fonction de restauration par l'établissement logistique du commissariat des armées (ELOCA) de Toulon. Les prestations de la fonction de restauration de l'HIAL sont assurées par l'ELOCA de Toulon, sauf pour les repas des patients hospitalisés auxquels les diététiciennes ont émis des recommandations, qui sont encore préparés par le service restauration de l'HIAL, et les petits-déjeuners qui sont fournis une société privée via un marché.

- En s'appuyant sur la loi 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de la santé publique¹⁹, la DCSSA a décidé que l'HIAL signe une convention d'accord cadre avec l'HIA Saint-Anne (HIASA) de Toulon dans le cadre d'une mutualisation des activités de stérilisation (04 août 2008)²⁰. Les prestations de stérilisation du matériel réutilisable sont assurées par l'unité centrale de stérilisation hospitalière (UCSH) de l'HIASA. Le transport du matériel traité est assuré par le Groupement de soutien de la Base de Défense (GSBDD) de Toulon dans le cadre d'un protocole, tandis que, l'HIASA de Toulon assure les prestations et la traçabilité du matériel traité tous les jours de la semaine.

3.12. Les coopérations avec les établissements de santé.

La majorité des collaborations entre l'HIAL et les différents établissements de santé de son territoire prennent la forme de convention. Ceci est logique, puisque avant la loi HPST, l'outil de coopération le plus classique et plus facile à établir était « la convention ». Ces conventions concernaient surtout les collaborations entre professionnel médicaux, et paramédicaux et l'utilisation de matériel technique. Ces conventions se répartissent en quatre domaines :

- Collaboration au niveau de la prise en charge des patients : 77 au total ,41 publics et 36 privées.
- Mise à disposition de personnel médical : 4 au total, 3 pour
- Collaboration scientifique.
- Mise à disposition de moyens : 8 au total, 7 publics et 1 privé.

192 conventions de coopérations sont actuellement signées par l'HIAL. Parmi ces conventions 35 sont avec l'AP-HM (18 %), 20 (10%) avec des unités de forces (coopération interne) et 172 (90 %) avec des établissements de santé, 81 (42 %) effectués avec des établissements privés de santé et 111 (58 %) avec des établissements publics de santé.

En analysant les conventions signées par l'HIAL avec les établissements de santé privés et publics, on peut constater sa volonté d'intégration dans le système de son territoire de santé. L'AP-HM est l'établissement avec qui l'HIAL collabore le plus. Il est plus dirigé vers la coopération avec les établissements publics qu'avec les coopérations avec les unités de défense. Il importe de s'intéresser aux projets développés par l'HIAL en matière de coopération en moyens logistiques.

Le projet de service présenté par le Directeur Central du SSA au ministre de la défense²¹ prévoit la poursuite de l'augmentation du volume d'activité en incitant les HIA à explorer toutes les pistes d'accroissement des recettes et de réduction des dépenses. Les coopérations peuvent être un moyen

¹⁹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, art 47 II.

²⁰ Protocole d'accord de mutualisation des activités de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables de l'HIAL au sein de l'Unité Centrale de stérilisation hospitalière de l'HIA Saint-Anne.

²¹ Projet de service du SSA n° 8/DEF/DCSSA/TF2/DR du 07 avril 2011.

pour les HIA d'y parvenir. Pour cela l'HIAL a envisagé de s'orienter vers une coopération de moyens logistiques.

On peut citer le projet en cours de validation de coopération conventionnelle entre l'HIAL et l'AP-HM, dont l'objet est d'assurer la fonction de stérilisation de l'HIAL par l'AP-HM dans le cas où l'HIA de Toulon ne pourrait pas assurer cette fonction occasionnellement.

Le bilan de coopération est donc important. On constate néanmoins que les motifs économiques ont rarement primé dans ces choix de rapprochement.

Les contraintes internes, décrites plus haut, ainsi que les objectifs d'efficience auxquels ne peut plus échapper l'HIAL, comme ses autres homologues, devraient le conduire à s'adresser plus encore aux hôpitaux publics ou aux structures sanitaires de coopération, pour ses fonctions support. Son projet actuel pour la fonction blanchisserie illustre cette nouvelle orientation.

3. Etude de cas de mise en place d'une coopération pour la gestion du linge de l'HIAL.

Pour présenter cette étude de dossier lié à la fonction blanchisserie, et qui m'a conduit au sujet de mémoire, je compte décrire l'objet du dossier et la situation actuelle de la gestion de la fonction blanchisserie, ensuite les différentes pistes explorées pour trouver une solution envisageable pour l'HIAL qui lui permettra de réduire les charges d'exploitation de la gestion du linge. Enfin, sera analysée l'opportunité de chacune des solutions envisagées en fonction des éléments de terrain.

3.13. Contexte du sujet.

- ***Une problématique pour des raisons économiques.***

Suite à des décisions de réduction des charges d'exploitation de la fonction blanchisserie externalisée par l'HIAL, ce dernier se voit dans l'obligation de trouver une solution pour diminuer ses charges en préservant la qualité du service, bien que le détenteur actuel du marché de gestion du linge fournit des prestations de bonnes qualités, et satisfaisant parfaitement les besoins de l'hôpital.

Le dossier qui m'a été confié, en tant que chef de projet, a pour objectif « ***l'optimisation des dépenses de la fonction blanchisserie de l'HIAL*** ».

Ainsi, le contexte du dossier est le suivant « ***La localisation et le nettoyage du linge dans un hôpital constituent un poste de dépenses important. Le SSA a souhaité optimiser ses dépenses dans ce domaine. Il a défini pour une mise en service achevée en 2014 une politique d'achat propre à ce segment, qui correspond à une fonction sensible dans un hôpital. Les choix retenus comportent***

l'adhésion à un groupement de coopération sanitaire lorsque cette solution est localement envisageable, tout en maintenant la qualité de la prestation tant pour les patients que pour les personnels, ainsi que d'autres pistes d'amélioration comme la révision des protocoles d'usage ».

Cette étude de dossier doit être finalisée pour application d'ici 2014. Outre le bilan financier, elle devra en faire apparaître les avantages et inconvénients, en réalisant une comparaison exhaustive entre la prestation actuelle et la prestation proposée.

Pour cela, il fallait :

- Etudier l'organisation économique et administrative de l'HIAL et plus largement, celle du SSA. Ceci m'a permis de comprendre l'organisation du SSA et de ses HIA (II), et faire une comparaison avec les établissements publics de santé (I). Cette comparaison a permis de conclure que l'HIAL n'a pas une liberté d'action comme un établissement public de santé. Adhérer à une forme de coopération avec les établissements de santé de son territoire présente des contraintes en raison de la non homogénéité du système de santé militaire avec celui de la santé publique, sur le plan juridique, et sur le plan de l'organisation économique et administrative. En effet, les HIA présentent des limites juridiques à l'utilisation des outils de coopérations (II, 2.2), soumis à deux missions : la première, prioritaire qui est le soutien des forces armées dans le cadre de la politique du SSA (II, 3.1), et la deuxième qui est la prise en charge de la population civile en respectant les conditions et les règles sanitaires de santé publique (II, 1.2).
- Analyser le marché de la fonction de blanchisserie²² et observer le circuit de gestion de linge sur le terrain, en effectuant des entretiens semi-directifs avec les acteurs qui sont concernés par le suivi et la réalisation de cette prestation. Le but a été de comparer les prestations actuelles de gestion du linge avec celles des pistes envisageables dans l'environnement externe de l'HIAL, de trouver les établissements avec lesquels l'HIAL peut adhérer sous une forme de coopération sanitaire de moyens logistiques de fonction de blanchisserie et de préparer les entretiens avec les responsables des GCS et de la fonction blanchisserie. Des visites guidées ont été effectuées à la blanchisserie du SIH de Pays d'Aix (SIPHA) et au Service Central de blanchisserie (SCB) de l'AP-HP à l'hôpital Pitié Salpêtrière. J'ai eu des entretiens avec l'administrateur du SIPHA, le directeur du SCB de l'AP-HP, et l'attaché d'administration hospitalière (AAH) de la future plateforme logistique (PFL) de l'AP-HM. Les visites et les entretiens sont essentiels dans la préparation des projets, ils permettent de nouer des relations et avoir des informations sur d'autres établissements. Le but est qui nous mène à une analyse de comparaison. Pour cela il

²² Marché N° 12JB4658/DAPSA/AM/SMG du 07 février 2012 relatif à « l'exécution des prestations de location entretien des articles textiles utilisés par l'hôpital d'instruction des armées Laveran de Marseille (13) ».

faut user de des relations professionnelles acquises, préparer les mots et les paroles qui vont aider à communiquer avec les acteurs extérieure et intérieur du projet, et avoir de la patience pour obtenir l'accord des entretiens. En effet, Les responsables n'ont pas toujours le temps pour accorder des entretiens, comme pour avoir un entretien de une heure avec l'AAH de la PFL de l'AP-HM le 28 septembre 2012, j'ai commencé au mois de juin 2012, à effectuer des communications téléphoniques et à envoyer des mails aux responsables.

- Utiliser la méthode de l'observation, de l'entretien avec la méthode semi directif et aussi assisté aux réunions dans le but de prendre connaissance de l'environnement interne et externe de l'HIAL et analyser les informations recueillies. J'ai effectué des entretiens avec un cadre du service d'informations médicales, des techniciens de santé, des personnels administratifs de différents niveaux, des patients et avec mon maître de stage qui est responsable de la gestion économique et administrative de l'HIAL et en qui je me référais.

• Un marché qui satisfait les besoins de l'HIAL.

A l'heure actuelle, la fonction blanchisserie de l'HIAL est totalement externalisée. La gestion du linge a été confiée à une société privée par le biais d'un marché passé sur appel d'offre ouvert pour une période de quatre ans. L'hôpital en assure uniquement le suivi, en partenariat avec le prestataire, et la surveillance. En effet, l'HIAL ne dispose ni des moyens matériels ni des ressources en personnel pour assurer une quelconque partie de la prestation de blanchissage, il ne dispose pas non plus d'article personnalisé ni de linge plat. L'ensemble fait l'objet de location.

La quantité de linge traitée en 2009 est de 240 tonnes, et en 2010 elle est de 254 tonnes, répartie comme suit :

| | 2009 | | 2010 | |
|-------------------|----------|---------|----------|---------|
| | Quantité | Kg | Quantité | Kg |
| Linge plat | 325 778 | 198 763 | 344 917 | 210 608 |
| Tenues | 136 641 | 41 730 | 144 602 | 43 666 |
| TOTAL | 462 419 | 240 493 | 489 519 | 254 274 |

La quantité du linge traité est la variable qui permettra, en fonction des personnels présents, du taux d'occupation des lits et du nombre d'actes techniques effectués, de fixer le montant à payer au fournisseur de la prestation. En effet, le marché est à bons de commande avec un minimum de 373 000 € et un maximum de 916 000 €. D'après le tableau ci-dessus et les informations que j'ai eu des services

économiques et logistique, le poids moyen prit en charge annuellement est de 250 tonnes pour un montant de bon de commandes de 600 000 € par an (en moyenne).

Le transport du linge, dans les deux sens, est assuré par le titulaire actuel du marché, auprès de tous les services médicaux.

Le matériel et le linge mis à disposition est la propriété du prestataire. Il s'agit de :

- Pour les articles personnalisés : un automate de distributions personnalisées des personnels médicaux et paramédicaux et les tenues de travail de ces derniers.
- Les articles fongibles ou linges plats : Les draps, couvertures, couettes, oreiller, taie d'oreiller et des réceptacles pour le stockage des articles utilisés, tandis que pour le linge propre ou traité c'est l'HIAL qui fournit le local et les armoires ou étagères réservées au stockage. Le stock assure une gestion pour trois jours.

3.14. Les opportunités trouvées pour une coopération de moyens logistiques.

En raison du gain économique important que peut représenter l'adhésion à une blanchisserie hospitalière publique (exonération de TVA, absence de marge et un coût de prestations moins cher), des contacts ont été pris avec l'AP-HM et deux GCS pour étudier les conditions d'un soutien au profit de l'hôpital :

Le Syndicat Inter-Hospitalier du Pays d'Aix (SIPHA), Le Syndicat Inter-Hospitalier Varois d'Approvisionnement et d'Entretien du Linge (SIVAEL) de Toulon, enfin, la future plateforme logistique (PFL) de l'AP-HM.

Pour l'élaboration d'un projet d'adhésion à un GCS, un HIA devrait passer par les étapes suivantes :

- étude préalable par l'HIA, où ce dernier va s'interroger sur l'opportunité de la coopération, et toutes les informations sur le groupement ou l'établissement public ou privé. C'est une étape informelle, à ce stade, les personnels des différents établissements seront amenés à se rencontrer pour vérifier la viabilité du projet et échanger leurs modes opératoires.
- Demande d'avis à la DCSSA sur l'opportunité de cette coopération.
- Elaboration du dossier constitutif.
- Validation du dossier par la DCSSA.
- Signature de la convention constitutive ;
- Transmission du projet à l'ARS.
- Approbation et publication par l'ARS.

Hypothèse du SIPHA : La blanchisserie du SIPHA se trouve au CH du pays d'Aix, à environ 30 Km (temps de trajet : une demi-heure) de l'HIAL.

Les adhérents au GCS pour la fonction blanchisserie sont : CH du pays d'Aix-CH intercommunal d'Aix Pertuis (avec trois sites distincts CHPA, Centre Roger Duquesne et CH pertuis), CH Montperrin (AIX), CH de salon de Provence, CH de pertuis, CH Edouard Toulouse (Marseille).

Les prestations proposées par la blanchisserie du groupement sont les suivantes :

- Entretien et location du linge hôtelier : le poids de linge traité représente en moyenne 7,5 tonnes par jour.
- Entretien des vêtements de travail.
- Traitement du linge des patients hébergés.
- Marquage et identification des vêtements de travail.
- Marquage de linge de patients hébergés.
- Marquage de textiles divers.
- Collecte du linge et livraison du linge propre.
- Possibilité de livraison des armoires dans les unités de soins.

Une visite des représentants du SIPHA à l'HIAL a eu lieu en 2010. Le projet est dans sa première étape qui est l'étude préalable. J'ai rencontré l'administrateur du SIPHA. L'entretien que j'ai effectué était semi directif, j'ai demandé à visiter la blanchisserie, avoir une représentation sur le SIPHA, et enfin un entretien avec l'administrateur. Pendant cette entretien l'administrateur m'a indiqué que le conseil d'administration du SIPHA avait décidé de ne pas accepter la demande d'adhésion de l'HIAL, en sachant que ce dernier était du même avis et ceci pour les raisons suivantes :

La capacité et le matériel de la blanchisserie du SIPHA ne permettent de prendre en charge le linge de l'HIAL, l'extension de la blanchisserie n'était pas envisagée.

Du côté de l'HIAL, cette solution ne répondait pas à son besoins d'une prestation « tout compris » : le SIPHA ne pouvait prendre en charge tout son linge, il ne louait pas des vêtements de travail, ne fournissait pas un automate de distribution de linge et le personnel devait se déplacer jusqu'au siège du SIPHA pour les mesures des vêtements.

On peut donc conclure que les conditions de modes opératoires ne sont pas compatibles des deux côtés. Et que le projet s'est arrêté à la première étape.

- **Hypothèse du SIVAEL de Toulon** : il est un établissement public situé dans la zone industrielle de Toulon-Est sur la commune de la Garde à environ 80 Km (01h) de l'HIAL. La blanchisserie du SIVAEL assure chaque jour l'enlèvement, le traitement et la livraison de 12 à 15 tonnes de linge auprès des principaux établissements hospitalier du Var qui sont au nombre de dix (10). Les adhérents au SIVAEL sont les suivant :
 - Le CHI Toulon-La Seyne (membre fondateur) : il comporte 4 établissements répartis sur les communes de Toulon, La Seyne-sur-Mer et La Garde.
 - Le CHS Pierrefeu (membre fondateur).
 - Le CH d'Hyères (1996).

- **L'HIA Sainte-Anne à Toulon (1998).**
- Le CHI Fréjus Saint-Raphaël (1999).
- Le CH de Brignoles (2003).
- Les Hospices Civils de Lyon à travers leur établissement du site de l'hôpital Renée Sabran à Giens (2005).
- La Clinique Mutualiste Malartic, à Ollioules (juillet 2005).
- Le Centre de Rééducation Pomponiana-Olbia, à Hyères (2008).
- L'hôpital Léon Bérard à Hyères (2008).

Il fournit les prestations suivantes à ses établissements membres :

- L'enlèvement du linge sale et livraison du linge propre : livraison en armoire de dotation, avec gestion informatisée des échanges et retour de linge, modalités spécifiques de livraison, livraison de l'armoire de linge jusque dans les services.
- Blanchissage du linge.
- Location-entretien de linge pour l'hébergement des patients.
- Location des tenues professionnelles, avec traçabilité des mouvements par puce radiofréquence.
- Il propose presque toute la gamme d'article de tenue de travail hospitalier en entretien-location, ainsi que tout le linge destiné à l'hébergement des patients.

Le SIVAEL dispose d'équipements de production de technologie récente, associant productivité, qualité et ergonomie. Plusieurs convoyeurs assurent le transport automatisé du linge tout le long du processus, qui réduit au minimum la manutention du linge et assurent la traçabilité client sur l'ensemble du processus. Le SIVAEL assure par ses propres moyens les enlèvements et livraisons de linge. Les rotations sont quotidiennes pour la quasi-totalité des établissements hospitaliers, hormis le week-end, mais spécialement pour l'HIAL il peut effectuer une livraison double le samedi.

Les règles de qualité du système sont appliquées sur les bases de la norme ISO9001, avec des contrôles bactériologiques sur le linge trimestrielle, dont les résultats sont mis à la disposition des adhérents.

En revanche, ne pourrait être réalisée pour l'HIAL : la mise à disposition des personnels sur le site de l'hôpital, le marquage du nom de l'HIAL sur le linge, le lavage à sec, nettoyage des couettes, un stock de sécurité de 3 jours.

Le SIVAEL accepterait de prendre l'HIAL comme membre, ce dernier contribuera aux dépenses de fonctionnement de la blanchisserie. Il peut mettre en place et financer l'achat d'un distributeur automatique de vêtements pliés et non nominatifs avec des tailles convenues. Le remboursement de ce distributeur serait inclus dans la contribution par amortissement pluri annuel. Ainsi l'HIAL pourrait

bénéficiaire des coûts réduits pour la prise en charge de son linge, par l'exonération de la TVA, et par le coût réduit (coût de la production).

Ce projet d'adhésion en est à sa première étape, qui est l'étude préalable et la prise de contact entre les deux contractants. Mais, le SIVAEL a choisi comme le SIPHA de se transformer en GCS à compter du 23 juillet 2012. Ce changement va présenter une problématique sur le plan du personnel. En effet le GCS ne peut pas être employeur de fonctionnaire titulaire, et par suite le nouveau GCS doit choisir l'un des deux solutions suivantes :

- Soit le rattachement des fonctionnaires aux établissements publics adhérents, et l'HIAL n'est pas concerné, puis leur mise à disposition auprès de la blanchisserie. Cette mise à disposition présente un risque latent : la maîtrise des ressources humaines de la blanchisserie (plan de formation, plan de promotion, pouvoir disciplinaire....) échappera à la blanchisserie pour être transférée aux directions des ressources humaines des établissements adhérents, et dans ce cas, le GCS ne peut pas être garant de la performance économique de la structure et de la qualité de service sans avoir la main sur le personnel.
- Soit le rattachement des fonctionnaires aux établissements publics adhérents, l'HIAL n'est pas concerné, puis leur mise en détachement à la blanchisserie. Dans ce cas l'intégralité des ressources humaines resterait du ressort de la blanchisserie. Cette position est jugée moins protectrice par les anciens agents du SIVAEL, sauf si on les incitait moyennant une augmentation salariale (détachement dans un grade supérieur). Cette solution va changer le coût prévisionnel qui a été présenté lors des négociations avec l'HIAL, et la détermination du coût ne sera pas immédiate. Et par suite le rapport qualité/prix sera remis en cause.

En attente de décision le secrétaire général du SIVAEL propose une position d'attente à l'HIAL.

L'adhésion de l'HIAL à ce GCS serait d'un apport positif, car quelque soit le choix des solutions citées ci-dessus, le coût des prestations serait inférieur à ceux d'une société privée. Et donc, le but de réduction des dépenses de la fonction blanchisserie (traitement du linge) serait normalement atteint. Mais, en l'absence de stock de sécurité, la distance qui sépare l'HIAL présente un risque pour la continuité de la prestation (exemple : ne pouvoir transporter le linge sale ou le linge propre pour des conditions météorologiques), le lavage des couettes des patients, et surtout le non marquage du linge ne permet d'avoir une traçabilité de ce dernier.

Une autre approche est visée par l'HIAL, c'est la future plateforme logistique de l'AP-HM. Une adhésion à cette dernière présente une opportunité pour la fonction blanchisserie de l'HIAL.

- **Hypothèse de la plateforme logistique de l'AP-HM :** elle sera fonctionnelle en avril 2013 : elle regroupera, sur un seul terrain situé à Marseille (16^{ème} arrondissement) et à environ un quart d'heure de l'HIAL (10 km), les fonctions logistiques de la restauration, de la blanchisserie et de la stérilisation, ainsi que les magasins hôteliers. Dotés de technologies nouvelles et avancées, la blanchisserie permettra l'emballage du linge, la mise à disposition de distributeurs de vêtements sur site, la gestion du stockage

en « dynamique » et automatisation en entrée et en sortie, la traçabilité des sacs de linge et des vêtements de travail. Elle aura une capacité de traitement de 17 tonnes par jour et 25 tonnes de stockage de linge sale. La PFL assurera le transport du linge propre jusqu'aux points de distribution finaux dans les unités, ainsi que le prélèvement du linge sale des services médicaux. La traçabilité est assurée par des liaisons informatiques entre les processus et les points de distribution finaux par des liaisons informatiques.

Un premier contact a été établi par l'HIAL durant l'année 2010 avec le responsable de la PFL, dans le but d'adhérer à cette dernière via une forme de coopération. Mais l'AP-HM ne s'est pas prononcée préférant attendre que le projet de PFL soit plus avancé. Cependant, les discussions entre les deux établissements en sont restées là.

Alors, j'ai relancé le projet en demandant un premier contact avec le responsable de la PFL. Pour avoir les coordonnées téléphoniques des responsables directs de cette plateforme je me suis adressé à l'établissement de mon premier terrain de stage, qui est l'hôpital Sainte-Marguerite de l'AP-HM. Le premier contact a été difficile, en effet, j'ai commencé à envoyer des mails avec des relances depuis le mois de juin 2012, et j'ai essayé en parallèle d'avoir des contacts téléphoniques, pour que enfin, j'eue l'accord d'un entretien (enregistré) avec l'attaché de direction de la PFL le 28 septembre 2012. J'ai préparé en amont l'entretien en utilisant la méthode semi directif.

L'entretien a pour but de renouer les relations avec la PFL, recueillir des informations, et relancer les négociations entre les deux établissements (la première étape d'adhésion via une forme de coopération). Le résultat était satisfaisant, en effet, l'entretien m'a permis de compléter les informations que j'ai eu en amont sur la PFL (consultation Internet, informations recueillies auprès du Gestionnaire de l'HIAL, lectures des médias...). D'autre part, l'entretien m'a permis de faire avancer le dossier de la blanchisserie, et ceci en rapprochant les deux parties et en réengageant les négociations. En effet, à la fin de l'entretien le responsable de la PFL m'a invité à visiter la PFL, accompagné des responsables administratifs et logistiques de l'HIAL.

La PFL est le fruit d'un partenariat public privé (PPP). Les partenaires privés vont financer, entretenir, construire et fournir les équipements pour les fonctions techniques. Les partenaires vont être rémunérés par l'AP-HM par le biais de loyers sur la durée du contrat qui est de 25 ans ; L'AP-HM va exploiter les fonctions de la PFL pendant la durée du contrat, à l'issue duquel la PFL sera sa propriété. Le projet doit s'autofinancer par les économies réalisées et dégager des excédents d'exploitation, et par suite l'AP-HM compte optimiser les ressources de cette plateforme en recrutant des clients extérieurs et non pas des partenaires qui feront partie du PPP. si l'HIAL souhaite profiter des prestations de la PFL, il sera contraint de passer un marché. Mais, la PFL n'est pas une entreprise privée à but lucratif ou commerciale, donc les coûts des prestations seront avantageux par rapport aux offres de prix des sociétés privées à but lucratif, dans le cas d'un marché public lancé par le SSA pour le compte de l'HIAL.

Le cas du PFL présente des opportunités pour l'HIAL qui sont les suivantes :

- Un prestataire public de proximité, et avec qui il entretient de bonnes relations de collaboration et de coopération.
- Il a toutes les garanties de qualités, de suivi et de traçabilité, vu que le matériel utilisé est nouveau et présente un niveau de technologie avancé, ainsi que le suivi des prestations fournies, qui permet d'avoir une traçabilité du linge traité. Les liaisons entre le processus et les points de distribution finaux dans les unités de soins sont informatisées.
- Les prestations fournies pour l'AP-HM seront les mêmes que celles qui vont être fournies aux clients.
- La gestion de la logistique et du transport du linge, ainsi que les ressources humaines seront à la charge de la PFL.
- La mise en service de la PFL est prévue pour le mois d'avril 2013, et le marché du linge de l'HIAL se termine au mois de septembre 2014. Ce dernier aura donc les délais nécessaires pour lancer les procédures d'un nouveau marché public et aura tous les atouts de réduire les dépenses du linge en 2014 et atteindre les objectifs recommandés par la DCSSA.

Cependant, des contraintes informatiques sont à prendre en compte. En effet, il conviendrait de mutualiser les supports, ainsi que les programmes et les logiciels informatiques.

Après avoir analysé les trois cas (SIPHA, SIVAEL, PFL) qui se présentent à l'HIAL on peut conclure ce qui suit :

- L'HIAL ne peut pas adhérer au SIPHA, compte tenu de sa capacité de prise en charge qui d'absorber ne permet pas d'assurer la gestion du linge de l'hôpital, et de la décision négative qui en découle prise par le conseil d'administration.
- L'HIAL peut adhérer au SIVAEL, qui va se transformer en GCS, en ayant l'avantage d'avoir une réduction des dépenses pour la gestion du linge, mais il faut diminuer les charges de transport et trouver une solution pour les prestations que le GCS ne pourra pas assurer, comme le traitement des couettes des patients. Enfin, la distance qui sépare l'HIAL et la blanchisserie du SIVAEL représente un inconvénient à prendre en considération.
- La PFL de l'AP-HM est une bonne opportunité pour l'HIAL et ceci pour les raisons suivantes :
 - La PFL est une structure nouvelle dotée de nouveau matériel performant avec les nouvelles technologies.
 - Une cellule de suivi et de contrôle de qualité est implantée sur le site de la PFL. logiquement, les conditions de qualité des prestations sont assurées.
 - La capacité de traitement du linge est suffisante pour prendre en charge celui de l'HIAL.
 - Le transport du linge depuis la PFL jusqu'au services médicaux sont à la charge de la PFL.
 - La PFL assure le traitement du linge plat (draps...) et les vêtements de travail des personnels médicaux et paramédicaux de l'hôpital, avec mise en place d'un distributeur de vêtement personnalisé.

- Gestion informatisée de toutes les fonctions de la blanchisserie. Ceci nous permet d'avoir une traçabilité du parcours du linge traité.
- La PFL se trouve à 10 Km de l'HIAL et à un quart d'heure pour un parcours de véhicule.
- Des relations de partenariats et de coopérations de santé existent déjà entre les deux établissements. Ceci facilitera de mutualiser les modes de fonctionnements des deux établissements.

Le seul inconvénient est que l'AP-HM ne compte pas rentabiliser l'investissement de la PFL par le biais de la coopération, mais en recrutant des clients. Donc, pour bénéficier des prestations de la PFL, l'HIAL devrait passer un marché public. Le marché pourrait conclure sur un autre prestataire. Si ce prestataire présentera une offre technique et financière meilleure que celle de la PFL, l'HIAL bénéficiera des avantages. L'HIAL devrait à chaque fin de contrat renouveler les procédures de marché. Mais logiquement, les offres techniques et financières de la PFL seront les meilleurs, car l'AP-HM est établissement public donc à but non lucratif.

Un autre inconvénient par rapport à l'adhésion à un GCS serait le paiement de la TVA ; néanmoins, la pérennité de cette exonération n'est pas certaine pour l'avenir.

Des trois hypothèses qu'on vient d'analyser, la PFL semble présenter le plus d'avantages à l'HIAL aux niveaux de la qualité des services qu'elle pourra fournir, et logiquement au niveau des offres financières. L'HIAL pourrait être un grand partenaire pour l'AP-HM à travers la PFL. En effet, les fonctions de restauration et de stérilisation sont déjà entrées dans une démarche d'externalisation. L'HIAL peut trouver dans la futur PFL l'opportunité d'avoir un seul prestataire public (non lucratif) qui lui assurera ses trois fonctions logistiques. Ceci lui permettrait de réduire les charges d'exploitation de la fonction restauration et de la stérilisation. En effet, la PFL est moins éloignée que l'ELOCA de Toulon et l'UCSH de l'HIASA de Toulon. La PFL est gérée par l'AP-HM donc ses prestations seront conformes aux recommandations et aux réglementations de la santé publique. Enfin l'HIAL n'aurait plus de charges de transport puisque qu'ils seront assurés par la PFL pour toutes les prestations.

CONCLUSION

Le législateur, avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, a décidé que le système de santé devait évoluer pour offrir des soins égaux, accessibles à tous et de qualité, et cela dans le souci de maîtriser les dépenses. Nous assistons ainsi à des transformations de statut juridique et organisationnelles, des fusions, des regroupements d'établissements de santé, qui sont en train de changer le paysage hospitalier. La loi HPST a levé les obstacles juridiques qui empêchaient les HIA du SSA à participer et à s'intégrer dans le territoire de la santé publique.

Les HIA actuellement soumis à la pression économique de ses deux financeurs, l'Etat en période de contraintes économiques et financières et l'assurance maladie, dont le déficit ne cesse de s'accroître, doivent prouver leur efficacité dans un monde hospitalier en voie de changement et aussi répondre aux critiques et recommandations adressées par la Cour des Comptes. Cette dernière reproche au SSA et ses HIA le manque d'intégration dans le système de la santé publique et leur demande de réduire leur déficit budgétaire.

En réponse à ces critiques, le SSA a accéléré sa nouvelle politique de retour à l'équilibre. Il a donné comme instructions aux HIA de chercher toutes les solutions envisageables pour réduire leurs dépenses en utilisant les outils de coopération avec les établissements de proximité de la santé publique. Mais, en même temps, il émet des réserves de validation sur les projets qui amèneraient un HIA à se déposséder d'une partie de ses moyens nécessaires à la bonne conduite de ses missions.

Les HIA, non dotés de la personnalité morale, sont amenés, d'une part, à appliquer les instructions et à satisfaire les recommandations de la DCSSA et d'autre part, à respecter les réglementations et satisfaire les exigences de la santé publique. Soumis à cette double contrainte, ils doivent trouver les solutions envisageables pour accroître leurs activités et réduire leurs dépenses.

Le GCS se détache comme le mode de coopération inter hospitalier le plus approprié et le plus avantageux, de part la souplesse que le législateur a apporté à cet outil de coopération et les avantages fiscaux apportés à ce dernier.

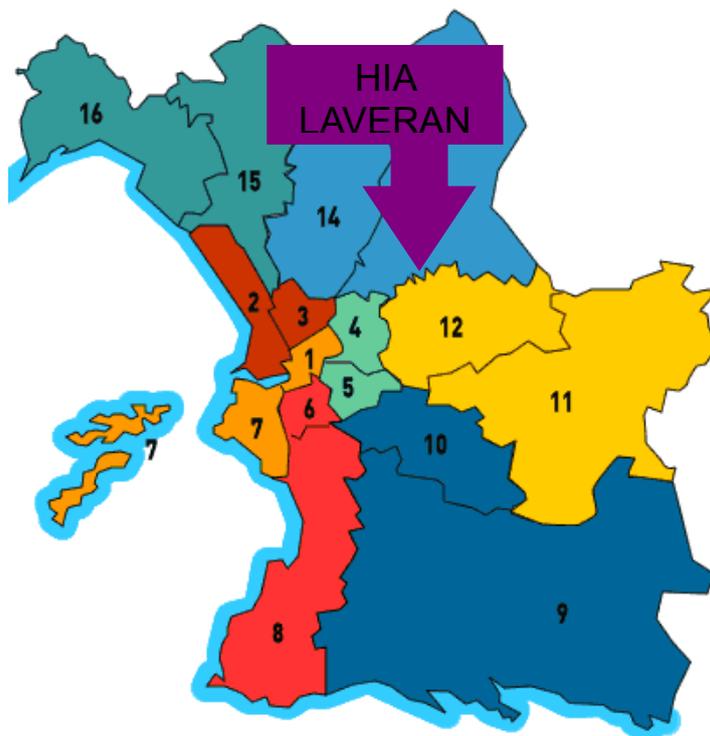
L'HAL, développant déjà de bonnes relations de collaborations avec ses homologues de proximité de santé publique, projette de réduire les charges d'exploitations de ses fonctions logistiques par le biais de la coopération. Il souhaite adhérer à un GCS de moyens pour la fonction blanchisserie, qui présente une source d'économie résultant des avantages de son régime fiscal et financier. Mais ces avantages risquent d'être remis en cause par une réforme de fiscalité. Pour cette raison l'adhésion à un GCS ne peut être observée comme une solution miracle à toutes les difficultés que pourrait connaître l'HAL,

mais comme un outil à mettre en œuvre dans le cadre d'un plan d'action complémentaire à une stratégie d'achat.

Parmi les différentes hypothèses envisageables trouvées pour l'achat des prestations de services de la fonction blanchisserie, la PFL pourrait être une autre solution répondant aux attentes de l'HIAL. Elle lui ouvrirait une possibilité d'adossement à un établissement de santé public, conformément aux préconisations de la Cour des Comptes. Actuellement une solution d'adhésion par le biais d'un mode de coopération, entre l'HIAL et l'AP-HM (tutelle de la PFL), ne semble pas envisageable, compte tenu du statut juridique du PPP. Ce partenariat nécessiterait certainement un marché public de prestations de services pour bénéficier des prestations de la PFL, en supposant que l'AP-HM présente l'offre la plus satisfaisante.

L'HIAL a externalisé ses fonctions de blanchisserie, de restauration et de stérilisation de façon aujourd'hui dispersée. La PFL pourrait être pour lui une base logistique unique prenant en charge ces mêmes fonctions. Un objectif serait ainsi atteint par chaque partenaire, l'AP-HM quant à la rentabilité de la nouvelle PFL, l'HIAL quant à l'efficacité de ses fonctions support.

Annexe I : CARTE DE DEPARTEMENTALE DE MARSEILLE



Annexe II : CARTE REPRESENTATIVE DU BASSIN DE VIE MILITAIRE DE L'HIAL.



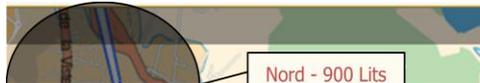
Annexe III : CARTE REPRESENTATIVE DE L'ENVIRONNEMENT DE L'HIAL

Base de défense

BMPM

Gendarmerie

Textes officiels :



- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire.
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 97-1019 du 28 octobre 1997 portant réforme du service national.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation du service sociale.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n°99-643 du 21 juillet 1999 fixant les conditions d'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 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.

- Décret n°74-431 du 14 mai 1974 abrogeant certaines dispositions du code de la santé publique et fixant les conditions de la coopération du service de santé des armées et du service public hospitalier.
- Décret n° 84-856 du 9 juillet 1984 fixant à titre transitoire, l'organisation du troisième cycle des études médicales.
- Décret n° 2009-869 du 15 juillet 2009 relatif aux attributions du ministre de la défense, du chef d'état major des armées et des chefs d'état major de l'armée de terre, de la marine et de l'armée de l'air.
- Circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.
- Décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire, JORF du 25 juillet 2010.
- Directive n° 111/DEF/DCSSA/AJA/2D du 17 janvier 2011.
- Projet de service du SSA n° 8/DEF/DCSSA/TF2C/CDR du 7 avril 2011.
- Note n° 1293 DEF/DCSSA/AST du 30 juin 2011 « définition d'un parcours de soins au profit de la communauté de défense

Ouvrages :

- Didier FASSIN, 2008, « Faire de la santé publique », 2^{ème} édition révisée : EHESP, 70 pages.
- Bruno GALLET, 2011, « La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social », édition heurs de France, 213 pages.
- Anes, « Raison de santé, guide d'évaluation », juillet 2004
- Guide méthodologique des coopérations hospitalières-ANAP, mars 2011.
- Guide méthodologique des coopérations territoriale « approfondissement thématique », ANAP, janvier 2011 (volume 3).
- Guide méthodologique des coopérations territoriales « formes juridiques », ANAP, janvier 2011 (volume 2).
- Guide méthodologique des coopérations territoriales, janvier 2011 (volume 1).

Articles périodiques :

- Kurl SALMON, Dossier n° 512 - janvier 2012 **Gestions hospitalières**, « Coopérations et organisations hospitalières ».
- HAS, « Les réseaux de santé », Evaluation et amélioration des pratiques, juin 2006.
- TH 735, septembre-octobre 2012, logistique, « La plateforme logistique de l'AP-HM ».

Mémoires :

- François xavier Baudes, « Les enjeux et les contraintes de l'ouverture d'une plateforme logistique hospitalière : l'exemple du CHU de DIJON », mémoire de l'EHESP, 2009.
- Lyannaz S, « Contraintes et leviers de la coopération inter-établissements. Elément de réflexion à partir de l'exemple du CHU de Grenoble », mémoire de l'EHESP, 2010.
- Michel MELITE, « Les axes d'amélioration économique offerts aux HIA par la coopération inter hospitalière dans le cadre des outils développés dans la loi HPST », Mémoire, 2012.
- Eric WABLE, « Intégration des hôpitaux d'instruction des armées dans le territoire de santé par la coopération, Val-de-grâce, 2011.

Rapports :

- Rapport Cour de comptes, Médecins et hôpitaux des armées. Octobre 2010.
- Territoire et santé, RDSS, numéro hors série, mars-avril 2009.

Conférences :

- « Place des hôpitaux des armées dans le service public », 30^e session des trinômes académiques de Lorraine Metz 7 décembre 2010.

Sites internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&page
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_HPST_-_Le_groupement_de_cooperation_sanitaire-3.pdf
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022512406&dateTexte=&categorieLien=id>
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022512434&dateTexte=&categorieLien=id>
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000742206&fastPos=1&fastReqId=1417452657&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/09/cir_29589.pdf
http://www.weka.fr/actualite/sante-thematique_7850/debut-d-une-cooperation-etroite-entre-hopitaux-militaires-et-publics-article_73839/
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_GCS.pdf
<file:///H:/LES%20ANNEXES%20DU%20MEMOIRE/fermeture-de-laveran-population-alarmee-28121.html>
<file:///H:/LES%20ANNEXES%20DU%20MEMOIRE/marseille-laveran-vers-la-mort-subite.htm>
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.defense.gouv.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F139330%2F1381441%2Ffile%2F1316601_21092011_intervention_reorg_dcssa_vf.pdf&ei=N-16UOvnFIPT0QWP8oGACg&usg=AFQjCNHuvPoIKZt7WblV2rIv0agKGr8JQA

Autres documents :

- Conventions GCS de moyens HIA Robert picquet à Bordeaux avec la Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle.
- Marchés publics de fournitures courantes et de services « fourniture de bols pre doses pour le petit déjeuner et mise à disposition de chariots de distributions.
- Protocole cadre organisant le soutien d'un centre de restauration par l'établissement logistique du commissariat de Toulon au sein du ministère de la Défense.(ELOCA).
- Accord spécifique SMUR (HIAL et AP-HM).
- Note n° 820/DEF/DCSSA/HOP du 26 juillet 2012, Directive de politique de santé.
- Marché relatif à l'exécution des prestations de location entretien des articles textiles utilisés par l'hôpital d'instruction des armées Laveran.
- Présentation réunion de commandement, « GCS et actions de coopération », 14 décembre 2011.
- Note n°2011 /DEF /DCCA /AJAAP du 24 novembre 2010, « plan d'action relatif à la stratégie d'achat du segment blanchisserie entretien linge hospitalier 2010-2014.
- Entretien avec AAH de la PFL de l'AP-HM.
- Entretien avec l'administrateur du SIPHA.
- Entretien avec le responsable de la Blanchisserie centrale de l'AP-HP.

Sujet : LA COOPERATION ENTRE HÔPITAUX D'INSTRUCTION DES ARMEES ET ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE: « Projet de rapprochement de l'Hôpital d'Instruction des armées Alphonse LAVERAN du tissu hospitalier local de son territoire de santé pour optimiser ses fonctions logistiques»

Diplôme : mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital.

RESUME : la loi HPST a changé le paysage hospitalier en venant appuyer l'outil de la coopération dans la santé publique. Le SSA et ses HIA doivent s'intégrer d'avantage dans le système de la santé publique par le biais de la coopération, sinon ils risquent de se trouver isolés, et voir leur activité diminuée. Le statut juridique des HIA présente une limite à l'utilisation de l'ensemble des outils de coopération. La politique du SSA incite les HIA à la coopération mais en même temps veut rester maître de ses moyens. L'HIAL envisage d'adhérer à une forme de coopération pour réduire ses dépenses de traitement de linge. la PFL pourrait être une solution répondant aux attentes de l'HIAL. Limité par son statut juridique, l'HIAL ne pourrait accéder au service de la PFL que par le biais d'un marché public de prestations de services. Mais un projet de partenariat pourrait être envisageable si l'HIAL prend la PFL comme base de ses fonctions logistiques, et ainsi il deviendrait un objectif de rentabilité pour l'AP-HM.

Mots clés :

SSA, HIAL, coopération, PFL, loi HPST, GCS, plateforme, AP-HM, logistique, linge, blanchisserie, juridique, dépenses, marché, projet.