

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2005 - 2007**

Date du Jury : **décembre 2006**

Hôpital de référence et hôpitaux de proximité : quel projet médical de territoire pour quelles coopérations ?

L'exemple de la périnatalité en sud-Alsace

Nicolas SCHANDLONG

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement M. Patrice LORSON pour son encadrement méthodologique et pour la richesse de son analyse de la thématique de mon mémoire. Mes remerciements s'adressent également à M. André FRITZ et M. François COURTOT, respectivement directeur et directeur-adjoint du centre hospitalier de Mulhouse, pour leur soutien dans mes travaux et leurs éclairages sur le sujet choisi.

Enfin, je tiens à témoigner ma gratitude à toutes les personnes qui ont répondu à mes entretiens et je tiens à souligner la sincérité de leurs propos, malgré le caractère parfois sensible du sujet.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	7
Le cadrage du sujet.....	7
La démarche inductive	8
La problématique	9
Les ressources et le traitement des données	10
Les limites et problèmes rencontrés	12
1 Politique hospitalière et aménagement du territoire : le rôle croissant de l'hôpital de référence	15
1.1 Le rôle de l'établissement de référence dans la recomposition de l'offre de soins : l'apport du territoire et du projet médical de territoire.....	15
1.1.1 L'évolution des SROS	16
A) La définition d'un SROS consacre le rôle de l'ARH dans la planification sanitaire	16
B) Du SROS 3 au projet médical de territoire : la déconcentration à l'échelon des territoires	17
1.1.2 Le projet médical de territoire, un mode de régulation qualitative équilibrant la régulation quantitative de la T2A ?	22
A) Une opposition entre projet médical de territoire et T2A qui doit être relativisée.....	22
B) Les limites de la méthode de recomposition de l'offre de soins.....	25
C) Le rôle du projet médical de territoire, un édifice à construire	25
1.1.3 Quelle place pour le projet médical de territoire dans un processus de « contractualisation en cascade » ?	30
1.2 Le contexte de la démarche contractualisée : l'offre de soins et les besoins de santé en matière de périnatalité en sud-Alsace.....	34
1.2.1 État des lieux de l'offre de soins dans le territoire.....	34
A) Une offre sanitaire dense.....	35
a) Des établissements de santé concentrés autour de Mulhouse	35
b) Une démographie médicale plutôt préoccupante, surtout dans le secteur libéral.....	38
B) La prise en compte de la géographie du territoire de santé conforte l'idée de la nécessité d'une meilleure allocation des moyens	39

C)	Quelle offre de santé pour quels besoins en périnatalité, en sud-Alsace ? .	41
1.2.2	Les grandes lignes du SROS 3 Alsace et le bilan des coopérations actuelles.....	42
1.2.3	Les enjeux en matière de périnatalité et le rôle du projet médical de territoire dans ce domaine	48
A)	La périnatalité : un domaine sous contraintes multiples.....	48
a)	Qui peut encore exercer une activité de gynécologie-obstétrique aujourd'hui ?	48
b)	La périnatalité, un domaine au cœur de la planification sanitaire.	50
B)	Les coopérations existantes en matière de périnatalité dans le territoire du sud-Alsace : la prépondérance des coopérations bilatérales.....	51
a)	De rares coopérations multilatérales en matière de gynécologie-obstétrique	51
b)	Les coopérations bilatérales autour du centre hospitalier de Mulhouse.....	52
Les coopérations public / public.....	52	
Les coopérations public / privé : le choix des créneaux de recherche.....	53	
C)	Le cahier des charges du SROS 3 périnatalité : des structures en sursis ?	53
2	Comment mettre en œuvre un projet médical de territoire ?	57
2.1	Un préalable : l'analyse du jeu des acteurs et leur positionnement par rapport à l'établissement de référence.....	57
2.1.1	Une démarche de diagnostic stratégique : pour quelles coopérations ?.....	57
A)	Le choix d'un diagnostic interne par les établissements	57
B)	L'analyse des positions des acteurs du territoire laisse entrevoir les divergences qu'il faudra surmonter	60
a)	L'avenir de la périnatalité en sud-Alsace	60
b)	L'avenir de la chirurgie en sud-Alsace : les ambiguïtés de la politique de planification sanitaire.....	60
c)	Les marges de manœuvre d'un projet médical de territoire : dirigisme ou liberté d'organisation pour un projet commun ?	62
d)	L'implication du corps médical dans la démarche de projet médical de territoire.....	62
C)	Les scénarii possibles	63
a)	Le scénario tendanciel	63
b)	Le scénario de rupture	64
c)	Le scénario volontariste	64
2.1.2	Enseignements sur le rôle de « référent » revu par le SROS et ses acteurs	65
A)	L'établissement de référence, sans arbitrer, se voit imposer un traitement différencié entre les différents établissements de santé du territoire.	65

B)	Le risque de blocages : l'action menée par l'hôpital de référence est-elle légitime ?.....	67
C)	De l'établissement au territoire : la mutation du rôle de directeur de l'hôpital de référence ?.....	68
2.1.3	Les problèmes actuels soulevés par la démarche de recomposition de l'offre de soins	69
A)	Les questions relatives à l'organisation de l'offre de soins sur un territoire .	69
a)	Le statut de directeur d'hôpital à l'épreuve d'une politique de territoire	69
b)	Une régulation quantitative balbutiante.....	70
B)	La question des leviers juridiques utiles à cette recomposition	70
a)	Le statut du projet médical de territoire est friable et trop dépendant de la bonne volonté des acteurs.....	70
b)	Rechercher une formule juridique de coopération.....	71
2.2	Des propositions en réponse à chaque problème soulevé	72
2.2.1	Au sujet de l'organisation de l'offre territoriale de soins	72
A)	Politique de territoire et fonction de direction : quels rôles futurs d'un directeur d'hôpital et de la conférence sanitaire ?.....	72
a)	Pour une équipe de dirigeants du territoire	72
b)	L'absorption des conseils d'administration par la conférence sanitaire de territoire	73
c)	Saisir l'opportunité immédiate des contrats pluri-établissements d'objectifs et de moyens.....	74
B)	Une régulation quantitative au service de la régulation qualitative : pour une réelle gradation de l'offre hospitalière.....	75
2.2.2	Au sujet des leviers juridiques utiles à cette recomposition	77
A)	Rendre le projet médical de territoire opposable.....	77
B)	L'hôpital de référence doit mettre l'accent sur les fonctions juridiques qui lui permettront de proposer et d'utiliser au mieux les dispositifs de coopérations existants.....	78
a)	Le groupement de coopération sanitaire, un dispositif en voie d'amélioration	79
b)	La fédération médicale inter-hospitalière, transposition du pôle à l'échelon inter-établissements.....	79
c)	Le développement sous contrainte de l'hospitalisation à domicile : « une place à prendre » pour l'hôpital de référence.....	80
d)	Le télé-médecine, outil complémentaire de la recomposition de l'offre sanitaire ?.....	81

Conclusion.....83

Bibliographie.....	85
Liste des annexes.....	89
ANNEXE 1 : REFERENCES REGLEMENTAIRES.....	90
ANNEXE 2 : CALENDRIER DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE EN SUD-ALSACE.....	92
ANNEXE 3 : TERRITOIRES DE SANTE EN ALSACE.....	93
ANNEXE 4 : ETABLISSEMENTS DE SANTE ET BASSINS DE RECRUTEMENT EN ALSACE.....	94
ANNEXE 5 : MATERNITES EN ALSACE.....	95
ANNEXE 6 : AIRES D'ATTRACTIVITE EN OBSTETRIQUE.....	96
ANNEXE 7 : TEMPS D'ACCES AUX POLES SAU.....	97
ANNEXE 8 : DEGRE DE VULNERABILITE DES ETABLISSEMENTS.....	98
ANNEXE 9 : DEMARCHE DE DIAGNOSTIC ET D'ANALYSE STRATEGIQUES.....	99

Liste des sigles utilisés

ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
BDHF :	Banque de données hospitalière de France
CA :	Conseil d'administration
CES :	Conseil économique et social
CH :	Centre hospitalier
CME :	Commission médicale d'établissement
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP :	Centre périnatal de proximité
CREDES :	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CRPP :	Compte de résultat prévisionnel principal
CSP :	Code de la santé publique
DATAR :	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
ENSP :	École nationale de la santé publique
EPRD :	État prévisionnel des recettes et des dépenses
FHF :	Fédération hospitalière de France
FMIH :	Fédération médicale inter-hospitalière
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
HAD :	Hospitalisation à domicile
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
MCO :	Médecine – chirurgie – obstétrique
ORSAL :	Observatoire régional de la santé d'Alsace
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH :	Participant au service public hospitalier
SAE :	Statistique annuelle des établissements de santé
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
SROS 2 :	Schéma régional d'organisation sanitaire dit de 2ème génération (1999-2004)
SROS 3 :	Schéma régional d'organisation sanitaire dit de 3ème génération (2006-2011)
T2A :	Tarifification à l'activité
URCAM :	Union régionale des caisses d'assurance-maladie
UPATOU :	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

INTRODUCTION

« *La complémentarité ne se décrète pas, elle est le fruit d'une réflexion stratégique entre les décideurs qui doivent y trouver leurs comptes respectifs*¹ ». Par ce constat, le rapport du Conseil économique et social (CES) sur l'aménagement du territoire en matière sanitaire prononce la fin des coopérations dites « forcées ». Cette évolution a été amorcée par l'ordonnance du 4 septembre 2003², qui a revu le contenu et les outils de la planification sanitaire en France. Ainsi, « *dans chaque territoire, les orientations générales du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) pourront se traduire par un projet médical de territoire*³ ». Le projet médical de territoire est conçu comme une innovation majeure de la réforme de la planification sanitaire, même s'il n'apparaît pour la première fois que dans une circulaire. Présenté comme un document d'orientation évolutif, destiné à rendre cohérents les projets individuels des établissements et des professionnels de santé, le projet médical de territoire concerne avant tout l'organisation des soins et peut se mettre en place progressivement ; il peut être étendu à des actions plus larges de santé publique si les acteurs le souhaitent. Pourtant la lettre de la circulaire le présente simplement comme un document facultatif, puisqu'il ne s'agit là que d'une *possibilité* offerte aux acteurs de santé. Il fait donc appel à la bonne volonté des acteurs de santé de chaque territoire ainsi qu'à la motivation des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Même lorsqu'il est réalisé, ce document n'a pas de valeur juridique opposable. Doit-on penser alors que le projet médical de territoire est vidé de son sens avant même d'avoir existé ? La rupture avec la période des coopérations forcées, telles les communautés d'établissements sanitaires⁴, aboutirait-elle à des coopérations facultatives, nécessairement aléatoires ? Le SROS 3 d'Alsace écarte cette option. « *Un projet médical de territoire doit être élaboré de manière à étayer le schéma régional d'organisation sanitaire, en relayer les préconisations et cadrer les différents projets d'établissement*⁵ ».

¹ CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL (CES). *Aménagement du territoire et établissements de santé*. Éditions Avis et Rapports, 2004, p.123

² Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

³ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p.2

⁴ Article L. 712-3-3 du code de la santé publique

⁵ ARH ALSACE. *Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011*, p.11

Même s'il reste non-opposable, le projet médical de territoire devient une « figure imposée » pour les établissements.

Si l'on analyse chaque terme de l'expression « projet médical de territoire », on se rend compte de l'ambition qui entoure ce nouvel outil de planification sanitaire. En tant que *projet*, il doit privilégier une perspective qualitative plutôt qu'une planification quantitative. Son orientation *médicale*⁶ pose la question de l'implication des praticiens dans la démarche. Enfin, son échelon géographique d'application démontre l'importance du *territoire* de santé aujourd'hui. Parmi les dix idées-force de la plate-forme de la conférence nationale des directeurs de centre hospitalier, le territoire est bien positionné et défini. « (II) *ne doit pas être le simple lieu d'exécution d'une politique décidée d'en haut. Il constitue le lieu légitime de rencontre entre une population identifiée et des professionnels organisés. La démocratie sanitaire doit s'exercer au niveau du bassin de santé, ce découpage territorial s'accompagnant d'un maillage de services qui garantissent l'égal accès aux soins* ». L'objectif d'un projet médical de territoire est une recombinaison concertée de l'offre de soins. La recombinaison de l'offre de soins est en réalité un ajustement visant à établir une cohérence entre les besoins de santé réels, évalués, d'une population donnée et les réponses disponibles, mais aussi celles à mettre en place en termes de compétences et de moyens techniques et humains. Elle s'inscrit par ailleurs dans le contexte d'une politique de réduction du déficit de l'assurance-maladie et de la recherche d'un optimum concerté d'offre de soins sur un territoire.

Le débat se porte alors essentiellement sur la chirurgie publique et les maternités de faible activité. C'est un débat national qui tient compte de la proximité des prochaines échéances électorales locales. Ce débat influence nécessairement le contenu d'un projet médical de territoire. Vitrites symboliques et financières de l'hôpital, la chirurgie et l'obstétrique des centres hospitaliers de taille modeste ne sont pas nécessairement remises en cause dans le SROS 3, notamment en Alsace. En revanche, le SROS 3 incite à un travail en commun avec le centre hospitalier de référence. Ce travail vise à mieux distinguer chirurgie réglée et chirurgie d'urgence, chirurgie d'hospitalisation et chirurgie ambulatoire ainsi qu'à répartir les rôles des établissements dans ces domaines. Les enjeux sont cruciaux pour les établissements de santé. Tel est le paradoxe du projet médical de territoire : sans avoir de valeur juridique opposable, il est omniprésent dans la

⁶ La tentation est toutefois grande pour les ARH de saisir l'occasion de l'élargir à des coopérations à orientation économique, tels les fonctions logistiques et les achats hospitaliers. Voir sur ce point la position de l'ARH d'Alsace (ARH ALSACE. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire : note de cadrage*. 2006, p.8)

circulaire de planification sanitaire⁷ et traitera des sujets qui engagent l'avenir de certains établissements. Le projet médical de territoire est-il réellement l'outil incontournable que l'on entrevoit ou un simple prétexte, systématiquement invoqué par les pouvoirs publics afin d'associer les établissements à un processus dans lequel l'ARH « garderait la main » ?

Le projet médical de territoire présente l'intérêt d'une démarche contractualisée multilatérale. En amont d'une négociation bilatérale entre établissements et ARH pour la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), le choix est fait d'une régulation par le « contrat » plutôt que par la « bi », confirmant ainsi la tendance récente des réformes hospitalières vers une plus grande autonomie des établissements de santé⁸. Plus précisément, le SROS sera décliné de façon opérationnelle dans le territoire à la suite d'une négociation multilatérale, dont l'ARH est absente. Les ARH gardent certes la capacité de fixer les objectifs quantifiés d'activités de soins dans un territoire. Cela constitue une tentative d'objectivation de décisions fondamentalement politiques. Mais le retrait relatif de l'ARH a pour corollaire un rôle accru de l'hôpital de référence dans la politique de planification sanitaire. Le projet médical de territoire s'apparente à un « contrat de territoire ». Il s'établit autour d'un site-pivot, l'hôpital de référence, et d'une conférence sanitaire, qui réunit les acteurs de santé du territoire⁹. Le directeur de l'hôpital de référence mène les travaux du projet médical de territoire, oriente les débats, établit les priorités et soumet des projets de coopérations à la conférence sanitaire de territoire. D'une certaine façon, on pourrait parler ici de principe de subsidiarité en matière sanitaire. Certaines mesures de planification deviennent maintenant la compétence des établissements dans un projet médical de territoire. Prenons l'exemple de l'hospitalisation à domicile : « *devant le constat d'une insuffisance de lits d'hospitalisation de médecine, de consultations de médecine non-programmées et d'hospitalisation à domicile, (les ARH) veiller(ont) à ce que les projets médicaux de territoire permettent de combler ces manques afin de mieux répondre aux besoins de proximité*¹⁰ ». Contrairement aux précédents outils de planification imposés aux établissements, plutôt statiques et juridiques, le projet médical de territoire est surtout fondé sur une négociation politique,

⁷ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

⁸ Cf sur ce point, les fondements théoriques de la nouvelle gouvernance et de la réforme de la tarification à l'activité.

⁹ Cf *infra*, p.19-20

¹⁰ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p.8

dynamique, dont le calendrier peut être fixé par le directeur de l'hôpital de référence. Le directeur du centre hospitalier de référence est missionné par l'ARH pour « tenir la plume » du projet médical de territoire. La préparation du SROS 3 avait surtout associé des médecins, dont les avis avaient été diversement suivis. A présent, la déclinaison du SROS 3 replace la décision dans les mains des représentants des établissements, réunis dans le territoire de santé.

Dans cette perspective, le territoire peut être un levier pour fédérer les professionnels de santé, hospitaliers, mais aussi libéraux, autour de projets communs. Le projet médical de territoire pourrait ainsi matérialiser une évolution vers une responsabilisation collective des acteurs de santé vis-à-vis du service rendu à la population, au-delà du soin individuel à chaque patient. Il demande des réponses apportées par les acteurs de santé pour prendre en charge les besoins de santé d'une population globale et non d'une clientèle particulière. Il pourrait progressivement impliquer les services sociaux, les élus locaux, les usagers. Il présente la particularité d'intervenir à deux stades : en amont du SROS, il porte des propositions pour en alimenter l'élaboration ; une fois le schéma adopté, il en détaille l'application sur le territoire. En suivant la lettre de la réglementation, il n'y a donc pas un projet médical de territoire mais au moins deux projets médicaux. Quelle est donc la cohérence de ce dispositif ? Quel peut en être l'impact réel ? Sa faisabilité peut être contrainte par certaines incohérences de la recomposition de l'offre de soins, processus encore trop politisé. La planification en santé publique est essentiellement une planification hospitalière. Les besoins de santé sont pour l'instant moins considérés que l'offre de soins. La planification hospitalière par les établissements met en valeur le rôle de l'hôpital de référence mais elle déclenche aussi des conflits d'intérêt, qui font parfois abstraction des objectifs de santé publique.

Il n'est pas question d'affirmer que les coopérations inter-hospitalières naissent avec la création d'un projet médical de territoire. A l'image du domaine de la politique-qualité où les exigences sont celles d'une formalisation des actions engagées, le projet médical de territoire demande surtout une démarche *écrite* de projets et de structuration des actions déjà menées. A cet égard, la périnatalité¹¹ est un exemple révélateur. Coopérer en matière de périnatalité n'est pas chose nouvelle. Des maternités de niveaux différents ont été amenées à organiser leurs relations pour une prise en charge de qualité des patientes

¹¹ On définira ici la périnatalité au sens large du terme : il s'agit de la prise en charge nécessitée par la période qui précède la naissance de l'enfant et celle qui la suit immédiatement. Elle concerne la prise en charge de l'enfant et de la mère : la chirurgie gynécologique est donc directement concernée par la périnatalité. Elle sera donc incluse dans cette étude.

à risque. Dans ce domaine, les pratiques ont souvent devancé les textes, pour une meilleure prise en charge des parturientes. Est-ce à dire que ce domaine est dépourvu d'enjeux pour le projet médical de territoire ? La sensibilité politique du sujet a généré de nombreux débats à la suite de la publication du SROS 3 d'Alsace. Les questions soulevées ne seront vraisemblablement tranchées qu'avec la formalisation d'un projet médical de territoire. Le SROS se refuse à effectuer certains arbitrages quant à la survie d'activités de soins dans des structures à faible activité. Aussi, l'arbitrage se fera par le biais d'une décision collective des chefs d'établissements du territoire.

Dans ce cas, on peut se demander en quoi le SROS 3 et le projet médical de territoire modifient-ils le rôle d'un établissement de référence, et de son directeur, dans un territoire de santé ? Comment le droit hospitalier peut-il suivre cette évolution et lui donner une légitimité juridique ? Quels sont les outils de coopération qui guideront la décision collective des établissements, afin d'organiser la recombinaison de l'offre de soins dans le territoire ? Quel mode d'analyse et de décision doit-on privilégier afin que le projet médical de territoire ne reste pas lettre morte ? Telles sont les questions qui seront au cœur de cette étude.

Nouveauté du SROS 3, le projet médical de territoire démontre une volonté de déconcentration de la planification hospitalière au niveau des territoires (1.1). Dans le territoire de santé n°4 d'Alsace, la démarche de concertation est d'autant plus nécessaire que l'offre est dense, ce qui peut représenter une situation sous-optimale dans le contexte de la tarification à l'activité (1.2).

Pour autant, il ne s'agit pas simplement de décréter une démarche de projet médical de territoire. Sa réussite est nettement dépendante du degré d'implication de l'établissement de référence. Son rôle est largement modifié par la démarche de « contrat de territoire ». Il devient animateur et concepteur d'une politique de territoire dans le cadre de la conférence sanitaire (2.1). Pour mener à bien la concertation et la mise en oeuvre des restructurations, il est important de créer de nouvelles structures de décision, positionnées au niveau du territoire. La conférence sanitaire et son bureau seront ici sollicités. Il serait alors possible d'éviter de stériles conflits d'intérêts entre établissements et de promouvoir une « politique de groupe » des hôpitaux publics. En développant leurs fonctions juridiques, ces structures pourraient mobiliser les outils de coopération déjà disponibles (2.2).

MÉTHODOLOGIE

Le cadrage du sujet

Le projet médical de territoire est un outil nouveau de prospective en matière de coopérations hospitalières. Il se décline sous deux formes, présentant deux fonctions différentes :

- en amont de l'élaboration du SROS, il a pour but d'en être le « cahier des charges »
- en aval du SROS, il en est « l'applicatif ».

En 2005, la phase d'élaboration du SROS 3 a permis d'expérimenter le projet médical de territoire comme « cahier des charges ». En 2006, la publication du SROS 3 déclenche la seconde phase du projet médical du territoire. C'est ce second aspect qui sera l'objet d'étude de ce mémoire parce qu'il est en cours d'expérimentation, qu'il contient de nombreux enjeux et qu'il représente la principale plus-value du projet médical du territoire. Le terrain d'étude est le territoire de santé n°4 de l'Alsace, qui correspond au sud de la région et dont l'établissement de référence est le centre hospitalier de Mulhouse. Il s'est très tôt engagé dans la démarche d'expérimentation du projet médical de territoire. En octobre 2005, la conférence sanitaire du territoire n°4 prenait quatre axes d'orientation pour un projet médical de territoire. Ces quatre axes ont été choisis car ils sont transversaux et n'avaient pas été l'objet d'une annexe thématique du SROS, de deuxième et troisième générations. Il s'agit de :

- la trajectoire du patient
- la prise en charge du cancer
- la prise en charge du handicap
- la prévention.

Le travail de ce mémoire offrait alors une alternative : englober la totalité des domaines choisis par le projet médical de territoire ou partir d'un domaine particulièrement éclairant. Le choix d'un seul thème, à savoir la périnatalité, s'est rapidement imposé. Parmi les quatre axes du projet médical de territoire, deux concernent la périnatalité : la trajectoire du patient et la prévention. En outre, la publication du SROS 3 a concentré tous les débats sur le domaine de la périnatalité car le SROS 3 y établit un certain nombre d'objectifs de restructurations à l'horizon 2011. Enfin, la périnatalité est probablement l'une des thématiques médicales pour laquelle le territoire de santé est l'échelon d'analyse le plus pertinent :

- le taux de fuite en dehors du territoire est faible

- l'offre privée de santé concurrence véritablement l'offre publique sur le territoire : trois maternités privées côtoient trois maternités publiques
- la maternité de niveau 3 du centre hospitalier de Mulhouse présente une activité dynamique.

La démarche inductive

Le sujet étant expérimental et peu exploré par la littérature, il semble difficile de l'appréhender selon une méthode hypothético-déductive nécessitant des hypothèses de travail. La démarche inductive est donc la plus pertinente. Par définition, le projet médical de territoire présente de nombreuses spécificités locales. Néanmoins, la démarche de coopérations négociées qu'entreprend le projet médical de territoire peut permettre de tirer des enseignements généraux, qui dépassent le cadre du sud-Alsace. De même, le jeu des acteurs à l'œuvre en sud-Alsace peut faire l'objet d'une description plus générale par typologies de comportements.

La démarche inductive a permis de débiter par une observation de terrain. Une fois les premières données analysées, le questionnement qui était présenté dans le **projet de mémoire** a pu être progressivement rectifié à trois égards :

- le thème du projet médical de territoire est resté central mais le questionnement s'est porté sur le rôle spécifique de l'hôpital de référence et non sur la plus-value intrinsèque du projet médical de territoire au regard des coopérations antérieures,
- les premiers entretiens et les premières réactions suscitées par le SROS 3 ont été à l'origine d'une focalisation de cette étude sur le domaine de la périnatalité,
- en conséquence, le titre du mémoire a été progressivement modifié.

Dans une démarche inductive, il s'agira de partir de l'étude du terrain d'observation pour en tirer les conclusions générales qui s'imposent. L'étude doit s'appuyer sur un état des lieux de l'épidémiologie, des modes de prise en charge et des coopérations en cours en matière de périnatalité dans le territoire de santé n°4. Dès lors, il s'agira de voir les modifications initiées par le SROS 3 et les objectifs qui seront dès lors assignés au projet médical de territoire. Ces éléments serviront de fondement à un « diagnostic stratégique », centré autour du jeu des acteurs, et permettant l'élaboration de différents scénarii possibles pour l'élaboration et la réussite du projet médical de territoire.

La problématique

Au sein de ce domaine d'étude, le choix est fait de se concentrer sur la position de l'hôpital de référence et sur le rôle de son chef d'établissement. La territorialisation des politiques de santé et la déclinaison de la politique hospitalière régionale au sein d'un projet médical de territoire peuvent modifier le rôle du directeur d'hôpital, en tant que chef d'établissement et en tant qu'acteur local de santé publique. Cette évolution déjà en cours concerne la fonction de directeur d'hôpital public, quels que soient le statut et la taille de l'hôpital, mais elle se pose tout particulièrement pour le directeur de l'hôpital de référence d'un territoire de santé. En effet, l'hôpital de référence est le pivot naturel de l'offre de soins dans un territoire de santé.

Ce rôle émane naturellement de celui de la conférence sanitaire de territoire et de la volonté supposée de l'ARH d'inciter les établissements à trouver les moyens d'organiser leurs coopérations externes et leurs restructurations internes futures. Menant les travaux qui préparent la réorganisation d'une offre territoriale de soins, le directeur de l'hôpital de référence doit se positionner par rapport à tous ses partenaires et surtout, par rapport aux autres hôpitaux publics du territoire. Pour autant, sa position peut varier d'un établissement à l'autre, en fonction de critères de décision objectifs, qu'il s'agira de mettre en lumière.

L'échec des « coopérations forcées » incite à repenser la façon de réorganiser l'offre de soins au niveau d'un territoire de santé. Si les objectifs et les conditions d'évaluation restent fixés par l'ARH, il est primordial que les modalités de mise en œuvre des recompositions de l'offre de soins émanent d'une concertation entre établissements, représentés par leur directeur, et discutée dans le cadre de la conférence sanitaire de territoire, dont la composition a été revue afin d'associer le panel le plus large possible d'acteurs de santé du territoire. C'est ici qu'intervient le projet médical de territoire. Quelles sont toutefois les marges de manœuvre dont disposent les établissements dans la rédaction d'un projet médical de territoire, une fois le SROS arrêté ?

Le contexte des réformes hospitalières incite également les établissements à être acteurs des réorganisations nécessaires de l'offre de soins sur leur territoire de santé. L'accent est mis sur les conditions de sécurité et de qualité de l'exercice d'une spécialité médicale. Ces conditions concernent l'équipement biomédical, les effectifs requis et leur qualification. Ces éléments incitent les établissements à se poser la question des conditions réglementaires d'exercice viable d'une activité. Par ailleurs, la tarification à l'activité et la réforme budgétaire et comptable de l'état prévisionnel des recettes et

dépenses (EPRD) les amènent à observer les conditions financières d'exercice de leurs activités. La recomposition de l'offre de soins est donc le fruit du SROS mais aussi des conditions actuelles et futures d'exercice de chaque spécialité médicale au sein de chaque établissement. Dans ces conditions, vers quels scénarii de recomposition de l'offre de soins et de nouvelles coopérations se dirige-t-on dans le territoire de santé n°4 ?

Les ressources et le traitement des données

Le choix de la thématique et de la problématique a permis d'identifier progressivement les acteurs qui ont été sollicités pour répondre à un entretien.

Les « acteurs de terrain » sont choisis pour répondre aux différentes facettes d'un projet médical de territoire :

- « administrative » : les directeurs des hôpitaux publics du territoire, les directeurs des cliniques privées
- médicale : des médecins des spécialités concernées dans les établissements du territoire, des médecins-coordonnateurs de réseaux de périnatalité
- politique : des élus locaux, au titre de leurs fonctions au conseil d'administration (CA) des établissements et dans la conférence sanitaire de territoire.

Les entretiens avec les directeurs des centres hospitaliers de Thann et d'Altkirch et de la clinique du Saint-Sauveur, à Mulhouse, ont été complétés par une présentation générale de l'établissement et une visite sur site.

Par ailleurs, des acteurs de niveaux régional et national ont pu être sollicités au titre de leur implication sur le sujet :

- ARH d'Alsace
- pôle « organisation sanitaire » au sein de la Fédération Hospitalière de France
- groupe Montaigne.

Les entretiens ont duré en moyenne entre une heure et demie et deux heures et se sont déroulés dans les bureaux professionnels des personnes interrogées ou au cours de leur passage au centre hospitalier de Mulhouse.

Le choix méthodologique s'est porté sur des entretiens *semi-directifs* car le sujet du projet médical de territoire devait être appréhendé selon différentes thématiques, théoriques et pratiques. De plus, la diversité des acteurs rencontrés appelait une liberté de parole pour qualifier les intérêts de la personne interrogée, la démarche en cours en sud-Alsace et le rôle descriptif et normatif de l'hôpital de référence dans cette démarche. A ce stade, on peut noter qu'il était impossible d'utiliser un guide d'entretien unique et rigide en raison des fonctions très variées des personnes rencontrées et de leur angle d'approche du sujet

(directeur d'établissement, médecin, élu local). Le guide d'entretien a donc été adapté à la fonction de l'interlocuteur mais le traitement des résultats des entretiens est toujours resté qualitatif. Il semblait difficile, sur ce sujet, d'adopter un questionnaire monolithique, composé de questions fermées qui auraient fait l'objet d'un traitement quantitatif par le biais de statistiques.

Les données des entretiens ont été recueillies selon le principe dit de la « main enregistreuse ». Le contenu des entretiens a été traité selon une grille d'analyse thématique et fréquentielle, qui aura par ailleurs permis de mettre en évidence les analyses divergentes et convergentes selon les acteurs, sur les principales thématiques abordées au cours des entretiens. Peu de nouveaux thèmes ont été ajoutés au guide d'entretien à l'issue des premiers entretiens. En revanche, certains thèmes ont finalement été peu évoqués car leur développement était encore embryonnaire (« stratégie de groupe » des hôpitaux publics promue par la Fédération hospitalière de France (FHF), par exemple).

Les entretiens ont été la matière première de l'analyse du jeu des acteurs. Les entretiens ont été complétés par des réunions de travail et des conférences qui ont suivi l'adoption du SROS 3, en Alsace ou sur un plan national. Dans le territoire de santé n°4, ces réunions ont pu concerner la création d'une structure d'hospitalisation à domicile de territoire en Sud-Alsace, l'évaluation de l'action des réseaux alsaciens de périnatalité, la préparation de la conférence sanitaire par les principaux chefs d'établissement du territoire ou la préparation du « tour de France de la FHF et du groupe Montaigne » en Alsace.

Les sources orales (entretiens, réunions de travail, conférences) ont été des ressources essentielles d'un mémoire dont le sujet est encore peu documenté. En effet, la bibliographie concernant le projet médical de territoire est encore peu structurée et les analyses « stratégiques » appliquées à l'hôpital public sont plutôt rares. Le projet médical de territoire est un sujet neuf et non-opposable juridiquement. Selon certains textes, il ne serait même que facultatif. Il n'a pas fait l'objet d'un développement homogène selon les régions françaises.

La bibliographie a donc répondu à quatre axes de recherche :

- la notion de territoire en matière de politique de santé et la planification dont elle a fait l'objet
- la politique en matière de périnatalité

- l'analyse théorique du jeu des acteurs afin d'élaborer un diagnostic stratégique et de suivre une démarche de prospective.
- les documents produits en Alsace autour de l'élaboration et de la mise en œuvre du SROS 3

La doctrine sur un sujet neuf et en cours d'expérimentation est cruciale. L'importance future du projet médical de territoire dans l'organisation territoriale de l'offre de soins reste encore hypothétique. Dans ce contexte, une première source d'information est constituée par des articles de périodiques consacrés aux SROS 3. Une seconde source d'information provient de la production documentaire des ARH, disponible sur leur site internet. Mais les documents sont assez généraux et rares sont ceux qui sont focalisés sur le sujet du projet médical de territoire.

Enfin, le caractère politique et parfois polémique du sujet peut expliquer, en partie, le manque de littérature sur ce sujet. Ainsi, il est révélateur de constater que le seul mémoire de l'École nationale de la santé publique (ENSP) consacré au projet médical de territoire, en 2005, n'a pas fait l'objet d'une autorisation de publication, en raison du caractère confidentiel de la plupart des informations qu'il contient...

Les annexes ont été choisies afin d'illustrer ou de développer certains aspects du mémoire :

- une annexe de la réglementation relative au thème d'étude
- une annexe retraçant le calendrier du sujet et son actualité dans le territoire d'étude.
- des cartes de la répartition des activités en sud-Alsace permettent de localiser les hôpitaux et les cliniques de l'étude. Des cartes descriptives sont complétées par des cartes d'analyse, réalisées par le groupe Montaigne, dans le cadre du « tour de France des régions de la FHF »
- une analyse stratégique du jeu des acteurs dans le territoire. Cette annexe est très développée. Son interprétation et les conclusions qu'elle impose sont synthétisées dans la seconde partie du mémoire.

Les limites et problèmes rencontrés

La première limite concerne la chronologie du sujet¹². Certaines échéances importantes pour ce sujet n'ont pu se tenir qu'à partir de l'automne 2006. Ces développements

¹² Cf annexe n°2

importants n'ont donc pas pu être intégrés dans la version écrite du mémoire. Par exemple, dans le cadre de leur « tour de France », la FHF et le groupe Montaigne ont organisé leur passage en Alsace en septembre 2006, pour des réunions préparatoires, et en octobre 2006 pour l'élaboration d'un « diagnostic stratégique » à l'attention des hôpitaux publics.

La seconde limite rencontrée tient à l'absence ponctuelle d'un chargé de mission en matière d'organisation sanitaire au sein de l'ARH d'Alsace. La production bibliographique de l'ARH sur ce sujet s'est donc quelque peu tarie en 2006.

La troisième limite tient à la nature politique du sujet. Le versant « périnatalité » du SROS 3 a été largement débattu. Le projet médical du territoire peut alors devenir l'objet de nombreuses polémiques, voire de certains blocages. Dans ce contexte, il faut souligner la grande liberté de propos de mes interlocuteurs et la grande qualité de leurs analyses du sujet étudié. Néanmoins, certaines opinions développées n'ont pu être retranscrites, à la demande de la personne interrogée. Par ailleurs, certaines informations, jugées confidentielles lors des entretiens, ne pouvaient pas être divulguées lors d'entretiens ultérieurs et n'ont donc pas pu faire l'objet d'une analyse croisée entre différents interlocuteurs. Mais certaines limites constituent aussi un apport positif pour l'analyse :

- les asymétries d'information entre les différents acteurs sont riches d'enseignements.
- l'absence de prise de position de certaines personnes sur le cœur du sujet peut également être révélatrice.

1 POLITIQUE HOSPITALIERE ET AMENAGEMENT DU TERRITOIRE : LE ROLE CROISSANT DE L'HOPITAL DE REFERENCE

1.1 Le rôle de l'établissement de référence dans la recomposition de l'offre de soins : l'apport du territoire et du projet médical de territoire

La recomposition de l'offre de soins dans le SROS 3 se fait grâce à une autonomie croissante des établissements de santé. Leur concertation dans le projet médical de territoire vise à compenser la régulation quantitative de la tarification à l'activité. Au final, un édifice de contractualisation en cascade se constitue, dans lequel l'impact et la place du projet médical de territoire sont à questionner.

Dans ce contexte, le rôle de l'établissement de référence dans le territoire est amené à évoluer. Ce n'est pourtant pas la réglementation en matière de planification sanitaire, notamment les SROS, qui fait explicitement et directement évoluer le rôle de l'établissement de référence. Cette évolution est plutôt de facto. Dans une politique de regroupement des moyens et de recomposition de l'offre de soins, l'hôpital de référence est nécessairement sollicité car il bénéficie de moyens humains et matériels importants.

La recomposition de l'offre de soins souffre toutefois d'un certain nombre de limites et de blocages. D'abord, si l'hôpital doit jouer un rôle dans l'aménagement du territoire, il n'est pas possible d'envisager la concentration massive des moyens et des activités uniquement dans les grandes villes du territoire, où se situent l'hôpital de référence et l'offre privée et libérale de soins. Dans le cas de la périnatalité, il ne serait alors pas nécessaire de n'avoir des maternités qu'à Mulhouse. En outre, on peut se demander si la volonté d'équilibre entre les directions d'établissement, les pouvoirs politiques et les professionnels de santé n'est pas trop forte, rendant plus complexes les démarches de négociations préalables à toute coopération. Enfin, il existe peu de dispositifs d'intéressement aux coopérations. Si les contrats d'objectifs et de moyens peuvent comporter ce type de clauses, on ne peut ignorer que tous les établissements n'ont pas encore signé leur CPOM.

1.1.1 L'évolution des SROS

Les deux premières générations de SROS ont rarement fait l'objet d'évaluations¹³. Il semble donc difficile de connaître les faiblesses des SROS 2 et les réponses que les SROS 3 pourraient y apporter. Par conséquent, les nouveautés des SROS 3 ne sont pas longuement argumentées. En créant un projet médical de territoire, l'ordonnance du 4 septembre 2003¹⁴ tire toutefois implicitement les leçons de l'échec global des coopérations obligatoires, notamment les communautés d'établissements sanitaires¹⁵, dispositifs peu sollicités par les établissements.

A) La définition d'un SROS consacre le rôle de l'ARH dans la planification sanitaire

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière crée le SROS. A l'origine, le SROS détermine la répartition géographique des installations et activités de soins qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. L'ordonnance du 4 septembre 2003 réforme son statut et dispose que « *le SROS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins curatifs et palliatifs mais aussi préventifs, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations notamment avec les établissements de santé*¹⁶ ». Dans le cadre de la politique de périnatalité, le SROS « *inclut la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés*¹⁷ ». Chargée d'élaborer le SROS en concertation avec les professionnels de santé, l'ARH en est la garante. Elle est chargée de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer une partie de leurs ressources. Or, en contrôlant les budgets hospitaliers, l'ARH s'arroge la maîtrise des outils de géographie sanitaire. Elle détermine ainsi l'offre de soins, estime les besoins, autorise les programmes d'équipement, prévoit les contrats d'objectifs et de moyens et vise les projets d'établissements.

¹³ BELLET, CADENNES, CHARVET et alii. *L'évaluation des politiques de santé : l'exemple des SROS*. Rapport de module interprofessionnel : École nationale de la santé publique, 2006, p.16-20

¹⁴ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

¹⁵ Article L. 712-3-3 du code de la santé publique

¹⁶ Article L. 712-3 du code de la santé publique

¹⁷ Article L. 6121-1 du code de la santé publique

Le SROS participe à l'aménagement du territoire même s'il n'entre pas dans les missions de l'assurance-maladie de financer la politique d'aménagement du territoire. Le service public de la santé obéit à des logiques géographiques assez proches de celles d'autres services publics. Par exemple, les réseaux de transports sont un élément essentiel pour l'accès aux soins hospitaliers. Le SROS témoigne de deux démarches conjointes : une démarche verticale et une démarche horizontale. Une démarche *verticale* d'aménagement du territoire consiste en l'organisation d'une prise en charge graduée en trois niveaux¹⁸ :

- le niveau de proximité : il s'articule avec le secteur médico-social et permet la constitution d'une plate-forme avancée pour les réseaux. Toutefois, il ne dispose pas de plateau technique pluridisciplinaire.
- le niveau du territoire de santé : c'est le niveau qui dispose d'un plateau technique ouvert en continu, avec une capacité d'expertise.
- le niveau de référence : il comporte les activités de pointe ou de recours

En outre, une démarche *horizontale* permet une dynamique de développement local articulée autour des filières et de mise en oeuvre de projets de coopération répondant à ces impératifs dans le projet médical de territoire.

B) Du SROS 3 au projet médical de territoire : la déconcentration à l'échelon des territoires

En apparence, l'échelon mis en valeur par la réforme de la planification sanitaire, dans l'ordonnance du 4 septembre 2003, est la région. En effet, le principe de compétence régionale du directeur d'ARH est renforcé et le SROS devient l'outil unique de planification sanitaire, à la suite de la suppression de la carte sanitaire. Le SROS doit à présent être entendu dans sa conception la plus large possible puisque ses annexes ont un caractère opposable et qu'elles contiennent les objectifs quantifiés d'activité par territoire de santé, les créations et suppressions d'activités et les transformations dans l'organisation des établissements. Le projet médical de territoire n'est donc pas réellement promu comme « outil » de planification sanitaire. Il n'apparaît pas dans l'ordonnance du 4 septembre 2003.

¹⁸ Il s'agit là d'une classification courante dans la doctrine. En revanche, la déconcentration de la planification hospitalière a permis de proposer d'autres classifications, en fonction des régions. Ainsi l'ARH d'Alsace, dans le SROS 3, conserve le niveau de proximité, regroupe niveau de territoire de santé et niveau de référence et individualise le niveau de recours comme troisième niveau de prise en charge graduée.

Pourtant, le territoire est bien l'innovation majeure de la démarche du SROS 3. La dimension territoriale de l'offre sanitaire est renforcée et cela a un impact direct sur le rôle de l'hôpital de référence. Le secteur sanitaire a vécu plus de trente ans avant d'être remplacé par le territoire de santé. Le passage de l'un à l'autre s'est effectué grâce à l'outil Mirabel de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), une méthode d'agrégation de zones géographiques contiguës en fonction de l'intensité des liens existants entre ces zones¹⁹. Finalement, cette démarche conforte largement les frontières des anciens secteurs sanitaires. C'est pourquoi les ARH ont arrêté des découpages de territoire de santé calqués sur celui des secteurs sanitaires. L'évaluation du tracé des anciens secteurs sanitaires à la lumière de la méthode de l'INSEE montre qu'il n'y a guère que 2% de zones dites de « discordance »²⁰. Comme le mentionne la circulaire du 5 mars 2004, « *l'objectif (de ce nouveau découpage) est de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives*²¹ ». Le « territoire pertinent » reste une notion discutable. En quoi le secteur sanitaire n'était-il pas pertinent ? S'agit-il du territoire pertinent pour un hôpital, selon une logique de l'offre, ou pour une pathologie, selon une logique de besoins ?

Par ailleurs, si les territoires de santé épousent les frontières des anciens secteurs sanitaires, où leur plus-value réside-t-elle ? Trois réponses peuvent ici être avancées. D'abord, l'évaluation des besoins, à l'aide d'études épidémiologiques et démographiques, devient plus performante. Le SROS diversifie les sources d'évaluation des besoins par un diagnostic partagé, réalisé conjointement par l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (URCAM)²², ou discuté lors des réunions de la conférence sanitaire de territoire. En outre, le secteur sanitaire était considéré comme un découpage administratif alors que le territoire de santé est doté des moyens lui permettant de devenir un véritable espace politique. Ainsi, la conférence sanitaire intègre à présent élus locaux

¹⁹ La méthode de l'INSEE s'étudie à partir des aires urbaines, découpées en fonction des migrations pendulaires vers le lieu de travail, ou des bassins de vie, qui y ajoutent les déplacements pour accéder aux principaux services.

²⁰ Une zone de discordance est un espace rattaché administrativement à un secteur sanitaire mais dont la méthode de l'INSEE révèle qu'il aurait vocation, de par les flux qu'il génère, à être rattaché à un autre secteur et donc, à présent, à un autre territoire.

²¹ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p.3

²² ARH ALSACE, URCAM ALSACE. *Santé et soins en Alsace : un diagnostic partagé ARH / URCAM*. Janvier 2005. 156 p.

et représentants des usagers. Enfin, le territoire s'accompagne d'un projet médical de territoire, véritable plus-value théorique du SROS 3. Le projet médical de territoire est un levier pour faire du territoire un échelon de décision. Le territoire n'est pas uniquement un échelon institutionnel, dont les instances seraient purement consultatives. Il a le potentiel pour devenir un échelon de décision et permettant d'améliorer le service rendu à une population.

Le territoire se doit d'être une construction concertée entre les acteurs locaux de santé. « *Le meilleur territoire est celui qui résulte d'une construction collective, appuyée sur une analyse technique pertinente des réalités géographiques*²³ ». La conférence sanitaire a pour objectif de rapprocher les zones qui pourraient subdiviser un territoire. La composition élargie de la conférence sanitaire²⁴ pourrait créer une inefficacité dans la prise de décision. Ses réunions ne sont prévues que deux fois par an. Son périmètre est limité à 75 personnes. Elle regroupe effectivement les chefs d'établissements de santé du territoire ainsi que les présidents de commission médicale d'établissement, dix maires du territoire, des représentants de communauté de communes, du conseil général et du conseil régional, des représentants des professions de santé libérales et deux à cinq représentants des usagers désignés par l'ARH. Le mandat des membres de la conférence sanitaire dure cinq ans et le président en est élu parmi les représentants des collectivités territoriales. La capacité de créer un bureau de la conférence afin d'instruire les dossiers est une piste intéressante. Ainsi, les discussions qui auront lieu au sein du bureau permettront de préparer la présentation de projets en assemblée et un vote de validation par l'assemblée. On retrouve ici une logique de fonctionnement connue des hôpitaux publics, lorsque le conseil d'administration valide un travail largement préparé en amont. La seule différence notable entre les deux logiques de fonctionnement, en établissement ou au sein de la conférence sanitaire, est la suivante : le président de la conférence sanitaire n'a pas de pouvoir sur les membres du bureau et notamment sur leur nomination. L'avis du président de la conférence sanitaire n'est pas recueilli avant la nomination d'un chef d'établissement. Le bureau de la conférence sanitaire est généralement piloté par le directeur de l'établissement de référence mais n'a pas véritablement de comptes à rendre au président de la conférence.

²³ CENTRE DE RECHERCHE, D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES). *Territoires et accès aux soins*. Janvier 2003, p.38.

²⁴ Décret n°2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et l'équipement sanitaires.

La première fonction de la conférence sanitaire, c'est-à-dire l'association des professionnels pluridisciplinaires, des élus et des usagers en amont et en aval du SROS, peut permettre de faire l'économie de la constitution d'un bureau. En revanche, la fonction d'animation de la mise en oeuvre du SROS par les projets médicaux de territoire nécessite une démarche nettement plus structurée et la création d'un bureau d'experts, directeurs et médecins. L'implication de l'hôpital de référence représente ici un enjeu. Grâce à ses moyens humains et matériels, il peut soutenir l'activité des hôpitaux de proximité et organiser une réponse aux besoins de santé publique du territoire de santé en intégralité, au delà de son aire d'attractivité propre.

Quel est le cahier des charges global du SROS 3 auquel une conférence sanitaire doit répondre ? Les objectifs du SROS 2 démontraient une démarche descendante de l'ARH vers les établissements et une contractualisation bilatérale entre l'ARH et chaque établissement pris individuellement. Ainsi le SROS 2 affichait trois objectifs : améliorer la prise en compte des besoins de santé, promouvoir la coordination des soins et accélérer la réorganisation du tissu hospitalier. Les SROS 2 ont effectivement rempli leur rôle d'orientation stratégique en privilégiant la « planification contractuelle ». Mais les résultats ont été peu évalués²⁵.

Les quatre objectifs des SROS 3 étaient les suivants : accessibilité, qualité des soins, sécurité des soins, efficience. Sous l'effet d'une démographie médicale préoccupante²⁶ et d'une évolution des pratiques médicales, les trois derniers objectifs du SROS 3 conduisent à la concentration des plateaux techniques. Dans ce cas, le « point mort » d'une activité est atteint. La gradation de l'offre de soins se traduit donc par une gradation théorique des plateaux techniques, qui nécessite une complémentarité organisée et formalisée. La formule de groupement de coopération sanitaire (GCS) renouvelée²⁷ se veut l'outil de co-utilisation d'un équipement. Alors que les conditions de financement des établissements pourraient laisser penser qu'une concurrence se crée entre

²⁵ BELLET, CADENNES, CHARVET et alii. *L'évaluation des politiques de santé : l'exemple des SROS*, Rapport de module interprofessionnel : ENSP, 2006, p.16-20

²⁶ Notamment dans les professions de radiologues et d'anesthésistes. Cf par exemple : BESSIERE, BREUIL-GENIER, DARRINE. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections. *Etudes et résultats de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*, n°353, novembre 2004, 12 p.

²⁷ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

établissements, le SROS 3 défend la thèse des rapprochements des structures afin d'établir un « chaînage de l'offre de soins »²⁸.

Ainsi comme l'annonce le Ministre de la santé et des solidarités, en mai 2006, « *les SROS 3 ont précisément organisé cette complémentarité : ils garantissent l'accès de toute la population à des soins de proximité : aux urgences, à la médecine, en particulier pour la prise en charge des personnes âgées, aux soins de suite et de réadaptation et aux transports sanitaires. Pour les activités qui nécessitent des équipes plus spécialisées et des techniques plus lourdes, l'activité doit être positionnée sur le territoire en tenant compte avant tout de la sécurité des soins. (...) Il ne saurait être question de fermer tel ou tel établissement sur des bases statistiques. En revanche, il est nécessaire d'adapter les offres de soins aux critères de proximité et de sécurité, notamment dans les établissements publics concernés par le rapport du Pr Vallancien, mais aussi dans un certain nombre de cliniques privées*²⁹ ». Dans le futur plan Hôpital 2012, le ministère devrait porter une « *attention particulière aux établissements de proximité pour parvenir à une meilleure mutualisation des moyens*³⁰ ».

L'ambition du SROS 3 était de changer le paradigme de la planification sanitaire en passant d'une logique centrée sur l'offre existante à une logique fondée sur les besoins, et leur dynamique. Or on constate bien dans le discours de M. Xavier Bertrand que le changement est relatif car l'essentiel du discours porte sur l'offre et ses évolutions dans un contexte financier tentant d'ajuster « en temps réel » les moyens aux besoins. D'une régulation de l'offre par les budgets et le régime des autorisations, dans le SROS 2, on passe à une régulation de la production de soins sur un territoire donné, en volume. La régulation de la production de soins se fait à l'échelon du territoire dans le SROS 3. C'est pour cela que le projet médical de territoire doit dessiner les ajustements de l'offre à même d'approcher les objectifs quantifiés fixés. Comme le note l'ARH d'Alsace, « *désormais le découpage territorial adopté, les zones de proximité délimitées, il appartient aux hospitaliers, aux professionnels libéraux, et aux opérateurs du secteur médico-social, en liaison avec les élus et les associations d'usagers d'explorer les voies des possibles en termes de coopération et d'applications concrètes de leurs complémentarités. Tel sera l'objet des projets médicaux de territoires, vecteurs*

²⁸ Cf *infra*, p.43.

²⁹ Salon Hôpital expo FHF-Intermédiaca, discours inaugural par M. Xavier Bertrand, le 16 mai 2006.

³⁰ *Ibid.*

d'émergence d'une organisation coopérante que les SROS de 3ème génération ont vocation à favoriser³¹ ».

Quelles sont dès lors les conditions de réussite du SROS 3 ? Tirant les leçons de l'échec des coopérations forcées et des fusions obligatoires, les SROS 3 font le pari d'un renforcement de l'autonomie des établissements de santé et sont donc dépendants des modalités de cette autonomie. Les coopérations deviennent une nécessité issue des conditions de financement des activités et de sécurité réglementaire. Les établissements, par un projet médical de territoire, doivent prendre les devants. On peut difficilement concevoir un projet médical de territoire unique en raison des situations très différentes que connaissent les différentes spécialités médicales et chirurgicales sur le territoire. Les outils juridiques de coopérations et les établissements coopérants vont donc varier en fonction de chaque thématique choisie.

La « réussite (des SROS 3) dépend donc fortement d'un projet médical cohérent, permettant une régulation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population et pas seulement de la régulation financière liée à la tarification à l'activité³² », même si les deux dimensions sont plus complémentaires qu'antithétiques.

1.1.2 Le projet médical de territoire, un mode de régulation qualitative équilibrant la régulation quantitative de la T2A ?

A) Une opposition entre projet médical de territoire et T2A qui doit être relativisée

L'interrogation sur la conciliation d'un mode de régulation quantitative, de type « tarification à l'activité », et d'un mode de régulation qualitative, de type « projet médical de territoire », est fréquente. Ils sont facilement décrits comme antinomiques. Ainsi, la tarification à l'activité ne serait pas incitative à une implication dans le projet médical de territoire car le financement est alloué aux établissements, et non au territoire. Par ailleurs, les objectifs quantifiés d'activité dans le territoire sont fixés à « enveloppe fermée », afin d'éviter un effet inflationniste de la tarification à l'activité et « une course aux armements » pour les équipements lourds. Une augmentation de l'activité d'un établissement dans une spécialité définie, dans le respect de la borne supérieure des objectifs quantifiés de la spécialité, se fera nécessairement au détriment des « parts de marché » d'au moins un autre établissement du territoire.

³¹ ARH Alsace. *SROS 3 : cadrage, orientations et avancement*, avril 2005, p.2

³² *Ibid*, p.3

Mais cette opposition est relative. D'abord, le *case-mix* des établissements est assez figé et peu de domaines sont réellement concurrentiels sur un territoire de santé. Si l'analyse se concentre sur un territoire urbain, présentant une offre de santé dense, la notion de concurrence présente un intérêt supérieur. A cet égard, l'exemple de l'agglomération mulhousienne, que l'on développera plus loin³³, est assez révélateur. Cette concurrence exposera le plus souvent l'hôpital de référence, qui est généralement l'établissement public situé dans une zone fortement peuplée. Par ailleurs, le *case-mix* des établissements publics est toujours large et peu adaptatif car les missions de service public obligent les établissements à offrir un certain nombre de services à la population prise en charge.

Des activités peuvent aussi être réalisées par plusieurs établissements d'un territoire, apparemment concurrents, mais qui collaborent sur quelques aspects de la prise en charge (par exemple, les gardes et astreintes ou l'éducation sanitaire). L'obstétrique fournit ici un exemple révélateur. La planification ne peut empêcher la concurrence des cliniques et des hôpitaux mais les collaborations entre les établissements existent, du fait de la réglementation. La poursuite d'une activité dans les maternités de niveau 1 est conditionnée par la signature d'une convention de transfert pour les grossesses à risque, vers une maternité de niveau 3, comportant une unité de réanimation néonatale, généralement à un niveau de recours³⁴, voire de référence, comme cela est le cas dans notre territoire d'étude, le territoire de santé n°4 d'Alsace.

Enfin, de nombreux domaines subsistent, dans lesquels la planification et les autorisations restent plus influentes que la tarification à l'activité. On peut considérer que les réflexions sur les parts de marché et sur les coopérations ne sont pas antithétiques. Les coopérations sont difficilement concevables dans les secteurs directement concurrentiels du fait d'un rapport de forces inégal où un établissement peut absorber l'activité d'un autre, dont le volume est relativement faible. Lorsque la survie d'un secteur n'est pas en jeu, l'entente est possible entre acteurs de santé. Il n'y a pas d'intérêt à vouloir créer un pôle d'excellence de territoire dans une spécialité qui serait exercée dans plusieurs établissements, dans des conditions de volume d'actes et de qualité des actes acceptables. Ce type de situation peut d'une certaine façon s'analyser selon les

³³ Cf *infra*, p.34-42

³⁴ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

développements de la théorie des jeux³⁵. Dans une situation équilibrée, aucun acteur n'a d'intérêt à bouger. Selon M. Philippe Marchand, directeur de la clinique du Saint-Sauveur de Mulhouse, « *une situation équilibrée de l'offre de soins doit amener les établissements à ne pas répondre aux stratégies offensives des uns et des autres : au mieux, les établissements du territoire se neutralisent ; au pire, chacun y perd*³⁶ ». La dynamique des parts de marché de chaque établissement est ambiguë car les établissements d'un territoire de santé deviennent solidaires d'un même objectif quantifié et de sa nécessaire correction en cas de dépassement. La dynamique d'un établissement dans son territoire de santé subit deux incertitudes : une incertitude sur l'effet-prix, du fait de l'évolution des tarifs ; une incertitude sur l'effet-volume de l'activité des autres établissements et donc celle du territoire. Il ne semble donc pas opportun de rechercher des « niches d'activités » pour un établissement, *a fortiori* pour l'établissement de référence du territoire. En revanche, la tarification à l'activité oblige les établissements à se poser la question de l'adéquation entre l'activité et les moyens mis en oeuvre pour l'assurer. Affirmer que la tarification à l'activité est le facteur le plus puissant de restructuration hospitalière est vrai si l'on se place au niveau des établissements pris individuellement car la réforme du financement des hôpitaux publics les incite surtout à analyser les causes endogènes de leurs éventuelles difficultés. En cela, le projet médical de territoire les amène à trouver d'éventuelles solutions à ces problèmes ou, plus modestement, à comparer des pratiques professionnelles. S'il se concrétise et promeut un partage d'activités, le projet médical de territoire peut permettre au bout du compte de trouver ensemble le « point mort » d'une activité et sa « rentabilité » à partir d'un certain nombre d'actes. La recomposition de l'offre de soins est aussi impulsée par une démographie médicale préoccupante.

L'effet conjugué de la tarification à l'activité et de la démographie médicale ne suffit pas à aboutir à une véritable restructuration de l'offre de soins car ces deux évolutions ne permettront pas de formaliser les coopérations. Or, la formalisation des coopérations est nécessaire. Elle permet la concertation et la viabilité juridique et financière des activités partagées. Selon M. André Aoun, directeur de l'ARH d'Alsace, « *c'est la finalité du SROS et du projet médical de territoire que de poser le cadre favorable à ces évolutions. Cela favorisera l'adéquation des charges exposées et des recettes dégagées par l'activité*³⁷ ».

³⁵ MORGENSTERN O., VON NEUMANN J. *Theory of games and economic behaviour*. Princeton : Princeton University Press, 1947, 704 p.

³⁶ Entretien du 12 juillet 2006.

³⁷ AOUN A., *Introduction au SROS 3* [en ligne]. Forum des groupes thématiques du Schéma régional d'organisation sanitaire. 2005 [visité le 30 mars 2006]. Strasbourg.

B) Les limites de la méthode de recombinaison de l'offre de soins

L'économie de la santé est un secteur où l'offre crée la demande. Ceci explique que la planification sanitaire se fonde encore largement sur l'offre existante. Les indicateurs retenus sont encore les capacités d'accueil de l'établissement et le taux d'occupation de ses lits. Les indicateurs de besoin sont moins développés. La question de la pertinence des objectifs quantifiés se pose alors, parce qu'ils sont trop centrés sur l'offre existante. Cette question revient à évaluer la pertinence de l'offre existante. Deux éléments peuvent fournir un début de réponse. D'abord, on peut se demander s'il existe des territoires dont les taux de fuite sont suffisamment forts pour que les objectifs quantifiés soient fortement modifiés par rapport à l'offre existante dans le territoire. Par ailleurs, il est possible d'estimer la cohérence de l'offre sanitaire actuelle en la confrontant à d'autres logiques de structuration des territoires (par exemple, les zones d'emploi ou les bassins d'attraction des pôles de services).

Dans un contexte de réduction du déficit de l'assurance-maladie et de fixation d'objectifs quantifiés, le maintien d'activités partout sur un territoire est impossible car cela conforterait les déficits structurels de chacun et créerait un contexte où tous les établissements seraient perdants. Mais il est nécessaire aussi de laisser une certaine liberté de choix au patient. Les facteurs d'évolution des aires d'attractivité des établissements dépendent de la distribution de l'offre, des connaissances des usagers et du comportement des prescripteurs. Il est difficile à ce stade³⁸ d'approfondir les éléments théoriques d'une recombinaison de l'offre de soins, hors de tout contexte local. Comme le mentionne M. Jacquet, « *l'adaptation de l'offre de soins passe par des évolutions sur mesure qui sont fonction des attentes locales, des ressources humaines et des savoir-faire disponibles, de la configuration de chaque établissement et des possibilités matérielles de la réaménager. Il n'existe assurément pas de formation unique, valable en tous points du territoire (national)*³⁹ ».

C) Le rôle du projet médical de territoire, un édifice à construire

Le projet médical de territoire a cette capacité à recentrer le débat sur l'offre de soins dans un cadre de décision. Au fondement, le projet médical de territoire est créé ex-nihilo,

³⁸ Cf *infra*, p.57-65

³⁹ JACQUET N. « Dossier SROS 3 ». *Revue Hospitalière de France*, n°497, mars-avril 2004, p.5

dans le cadre général du « Plan hôpital 2007 », dont deux objectifs concernent notre réflexion :

- une coopération sanitaire dynamisée
- une organisation interne des hôpitaux repensée, renforçant le pouvoir des conseils d'administration et la contractualisation interne afin que « *le conseil d'administration délibère sur la mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (...) et d'action de coopération, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens*⁴⁰ ».

Selon les termes de la circulaire du 5 mars 2004, « *le projet médical de territoire est un document d'orientation évolutif, non-opposable juridiquement (qui) contribue (...) à l'élaboration du SROS et fait vivre, ensuite ce dernier pour en traduire les orientations stratégiques sur un plan opérationnel*⁴¹ ». Les deux fonctions du projet médical de territoire se résument, selon le vocabulaire de l'ARH d'Alsace, à un « *cahier des charges* », en amont du SROS, et à un « *applicatif* », en aval du SROS. Une troisième fonction du projet médical de territoire est moins connue : être un moyen d'évaluation du SROS. Cette troisième fonction est encore peu développée. Cette évaluation médico-économique partagée a été une lacune des SROS 2, que le projet médical de territoire tente de combler⁴².

Les ARH ont souvent négligé la phase de « cahier des charges » du projet médical de territoire afin de tenir les délais de réalisation et de publication du SROS 3. Elles ont donc adopté une démarche descendante. Seule l'ARH de Bretagne a véritablement pris l'option d'une démarche ascendante, très avancée, avec l'objectif de véritables projets médicaux de territoire. L'ARH d'Alsace, quant à elle, demandait des délais irréalistes pour la restitution des premiers projets médicaux de territoire (mai 2005). Une critique similaire pourrait être émise à l'encontre de la seconde vague de projets médicaux de territoire, à délivrer avant le 15 décembre 2006...⁴³

⁴⁰ Article L. 6143-1 du code de la santé publique

⁴¹ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p.4

⁴² BELLET S, CADENNES J, CHARVET H et al. *L'évaluation des politiques de santé : l'exemple des SROS*. Rapport de module interprofessionnel : ENSP, 2006, p.19

⁴³ ARH ALSACE. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire : note de cadrage*. 2006, p.9

Les travaux préparatoires du projet médical de territoire sont l'occasion de dresser un état des forces et faiblesses de l'offre de soins sur le territoire à l'occasion d'une conférence sanitaire de territoire. Cette réflexion, pour être opérationnelle, doit se décliner spécialité par spécialité. Elle s'appuiera donc nécessairement sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins, dont le niveau peut encore paraître aléatoire. Les objectifs quantifiés des équipements matériels lourds sont plus prévisibles. La préparation des projets et des demandes d'autorisation permet des tractations préalables entre établissements, notamment dans une période où la co-utilisation d'équipements de plateau technique devient pratique courante. En revanche, les objectifs quantifiés pour les activités de soins font plus facilement l'objet d'une analyse *a posteriori* et d'une nécessité pour les établissements de rechercher des mesures correctives en cas de dépassement de l'objectif. Il existe trois niveaux d'objectifs quantifiés pour les activités de soins et les équipements lourds :

- le maillage et la gradation des soins, dont le niveau défini est opposable.
- le volume d'activité par spécialité, par territoire (nombre de séjours, de patients, de venues, de places), dont le niveau défini est opposable.
- les conditions d'accessibilité (délais, permanence des soins), dont la fixation est facultative.

Certaines activités sont toutefois exclues de la quantification des activités en volume. Cela s'explique par la volonté de ne pas restreindre certaines activités d'alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile, par exemple). L'explication peut aussi être liée à l'incapacité de limiter, au moins à la hausse, certains actes (obstétrique, néonatalogie). Même non-quantifiées, ces activités restent organisées dans le cadre du territoire et sont intégrées au projet médical de territoire. Par ailleurs, une activité non-soumise aux objectifs quantifiés peut être liée de très près à une activité sous objectifs quantifiés. Par exemple, l'obstétrique ne peut être analysée indépendamment d'un plateau technique et de l'activité de chirurgie gynécologique.

Les activités de soins sont placées sous objectifs quantifiés au niveau du territoire et ce sont les CPOM qui devraient partager les objectifs du territoire en objectifs d'établissement. Les volumes d'activité des établissements sont agglomérés dans un territoire de santé puis gérés au niveau régional. Ils constituent donc une variable exogène pour le décideur national, qui n'a que les tarifs comme variable d'ajustement. La liberté d'action des établissements est donc certaine mais elle fait l'objet d'une contractualisation, avec les ARH ainsi qu'entre établissements d'un même territoire. La contractualisation bilatérale entre l'ARH et un établissement, dans le CPOM, est placée en aval de la contractualisation multilatérale, au sein de la conférence sanitaire de territoire, et doit en refléter les objectifs qualitatifs et quantitatifs. Mais, comme le souligne

le Ministre de la santé et des solidarités, « *cette logique de territoires de santé doit encore être perfectionnée : nous devons davantage prendre en compte les indicateurs de santé pour organiser l'offre de soins en fonction de nos objectifs de santé publique et de réduction des écarts de mortalité et de morbidité entre les régions*⁴⁴ ». Le territoire est aujourd'hui considéré comme pertinent pour l'hôpital, en lien avec ses aires d'attractivité. Il convient à terme d'arriver à un découpage à géométrie variable, qui serait pertinent pathologie par pathologie. Un établissement peut, de fait, être établissement d'expertise et de référence dans la prise en charge de certaines pathologies et conserver uniquement des fonctions de proximité dans un autre type de prise en charge.

On comprend alors que le mot le plus important de l'expression « projet médical de territoire », est sûrement le « territoire » et sa définition. Il devient un espace politique dans lequel l'hôpital est un service public parmi d'autres services publics (éducation, transports) mais dont les conditions de fonctionnement doivent être plus objectivées, en raison des obligations de sécurité qui l'encadrent. Or, certains découpages répondant à une logique de services locaux sont organisés autour de l'agglomération, voire du « pays ». Pourtant force est de constater que la rationalité politique qui préside à ces découpages empêche parfois qu'ils soient transposés à une organisation rationnelle de l'offre de soins. Dans ce cas, quel peut être l'intérêt des zones de proximité, qui composent un territoire de santé ? Le choix pourrait être fait d'assumer la logique de territoire jusqu'au bout, sans accepter de subdivision. Cela est souvent présenté comme le point de vue des directeurs de centres hospitaliers de référence. Selon M. André Fritz, directeur du centre hospitalier de Mulhouse, le périmètre du territoire oblige réellement aux coopérations, ce qui n'est pas le cas de celui de la zone de proximité⁴⁵. L'exemple du territoire de santé n°4 d'Alsace est à cet égard éclairant. Le territoire est divisé en quatre zones de proximité. Dans l'une d'entre elles, il n'y a qu'un établissement de santé, privé à but lucratif. Il n'y a guère que l'agglomération de Mulhouse où trois établissements de taille importante sont installés. La zone de proximité est une zone de concertation mais elle ne permet pas le développement d'une politique de planification sanitaire. Comme l'écrit le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire, dans sa lettre du 24 octobre 2005 aux ARH concernant l'élaboration des SROS 3, « *le territoire de proximité mentionné par la circulaire du 5 mars 2004 n'est pas un territoire de planification*⁴⁶ ». L'ARH d'Alsace semble avoir pris une option différente, en 2006, car elle estime que le

⁴⁴ Salon Hôpital expo FHF-Intermédiaca, discours inaugural par M. Xavier Bertrand, le 16 mai 2006.

⁴⁵ Entretien du 24 avril 2006.

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Solidarités, DHOS. *Lettre aux ARH relative à l'élaboration des SROS 3*. p.2

projet médical de territoire est « *une déclinaison du nouveau SROS dans chaque zone de proximité avec des groupes de travail issus de la conférence sanitaire⁴⁷ » ». Toutefois, cette position n'a pas été approfondie et les travaux concernant le projet médical de territoire s'inscrivent bien à l'échelon du territoire, pilotés par le centre hospitalier (CH) de référence. Le territoire de proximité peut recouvrir une identité collective bien établie et correspondant à un bassin propre, à même de regrouper les opérateurs assurant la prise en charge de première intention, le suivi dans les intervalles d'interventions tierces plus spécialisées effectuées à distance et les moyens de l'assistance gériatrique à domicile ou en institution.*

Nouveauté majeure de la démarche des SROS 3, le projet médical de territoire se construit selon la démarche suivante⁴⁸ :

- l'évocation de l'ensemble des disciplines du plateau technique
- l'identification du champ d'intervention des établissements et des équipes
- la détermination des modalités de recours à l'établissement
- la détermination des modalités de transferts entre établissements
- l'évaluation du risque à conserver une activité, de la capacité de réactivité en urgence, de la capacité à assurer la télémédecine et les transports sanitaires.

La réflexion autour d'un projet médical de territoire portera donc sur les missions, les activités et les ressources de l'ensemble des établissements du territoire. Il s'agira, dans la mesure du possible, de confronter les points de vue pour arriver à une position commune sur les missions de chacun. Cette réflexion doit être menée par le directeur de l'hôpital de référence, dans la mesure où son rôle de pivot dans le territoire lui permet d'assurer la pérennité d'un large panel d'activités. L'enjeu sera de dessiner les modalités de fonctionnement après la redéfinition des missions de chacun et des transferts éventuels d'activités entre établissements... « *En effet, pour assurer la qualité et la sécurité des soins du plateau technique H 24 et l'attractivité des postes hospitaliers, il importe de ne mobiliser des ressources médicales et paramédicales que si l'activité le justifie, sauf exception géographique avérée, et de mutualiser les permanences du secteur public et du secteur privé participant au service public hospitalier* ». Cette citation n'est pas extraite du rapport Vallancien⁴⁹ mais de la circulaire du 6 mars 2004 relative à

⁴⁷ ARH ALSACE. SROS III 2006-2011. p.6

⁴⁸ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p.5

⁴⁹ VALLANCIEN G. L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, Avril 2006, 77 p.

l'élaboration des SROS 3⁵⁰... La recomposition de l'offre de soins subit donc un processus ambigu. Même si les coopérations forcées ont été officiellement abandonnées, la recomposition de l'offre de soins se fait à marche forcée, selon des critères dits scientifiques, mais qui ne sont qu'un prétexte à une recomposition politique de l'offre de soins qui n'a jamais vraiment été assumée par les pouvoirs publics. On attend donc que les ratios de personnels ou de vétusté des équipements atteignent le seuil critique établi par la réglementation pour tracer les mesures d'une coopération nouvelle. La caution scientifique, même réelle, évite de penser la recomposition de l'offre de soins comme une démarche des pouvoirs administratifs ou politiques. Pour consolider la perspective de la restructuration, la démarche est contractualisée entre établissements, ce qui permet ensuite à l'ARH de mettre le CPOM et le projet d'établissement en conformité avec les préconisations du projet médical de territoire. La contractualisation n'est pas qu'une formalisation de la démarche ou un engagement entre parties. C'est un engagement à conserver la cohérence du système juridique entre le « contrat », et la « loi » qui l'a précédé, le SROS en l'occurrence. Ce constat rend fondamentale la bonne marche d'une conférence sanitaire et de son bureau.

1.1.3 Quelle place pour le projet médical de territoire dans un processus de « contractualisation en cascade » ?

La contractualisation entre établissements de santé est la preuve d'une déconcentration de la planification et du pilotage du système de santé vers les établissements, ou du moins, les plus influents d'entre eux. Néanmoins, tous les établissements ont intérêt à s'engager dans la démarche car leur CPOM sera clairement évalué à la lumière de leur implication dans le projet médical de territoire⁵¹.

A partir du niveau régional, la hiérarchie des normes sanitaires se décline selon l'ordre et le calendrier suivants⁵². Le SROS a été arrêté avant le 31 mars 2006. Le projet médical de territoire suivra en 2006, voire au début de l'année 2007. Les CPOM seront ensuite signés entre les ARH et les établissements, avant le 31 mars 2007. Les CPOM permettront de décliner les objectifs quantifiés par établissement, en fonction notamment des autorisations délivrées. Le projet d'établissement pourra alors être revu, selon un

⁵⁰ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, p.11

⁵¹ Cf le projet de décret relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (2006)

⁵² Certaines dates sont ici indicatives, dans la mesure où elles s'inscrivent dans le cadre local de l'Alsace.

calendrier propre à chaque établissement, lorsque l'établissement a déjà adopté un projet d'établissement par le passé. Enfin, le niveau le plus subsidiaire est le contrat de pôle, établi en conformité avec les dispositions du projet d'établissement.

Comme tout système de hiérarchie de normes, la cohérence de l'édifice juridique a pour conséquence que le CPOM et le projet d'établissement sont conformes au projet médical de territoire. Cependant, on peut se demander si le projet médical de territoire s'établit en référence aux contrats actuels ou futurs ? On peut considérer que l'exercice de prospective auquel se livre le projet médical de territoire lui donne la primeur des préconisations qui y figureront et, par conséquent, le CPOM qui le suivra directement devra lui être conforme. Cela suppose une capacité des établissements à élaborer un projet médical de territoire, ou plutôt des projets médicaux de territoire selon les spécialités, dans de très brefs délais. Puis les autres « *éléments de contractualisation doivent contribuer à la mise en oeuvre du projet médical de territoire*⁵³ ».

Le processus de « contractualisation en cascade » est toutefois imparfait car la négociation du CPOM doit se fonder sur la prise en compte des besoins de soins de la population et démontrer une complémentarité et des coopérations plutôt qu'une concurrence sur le territoire ou le bassin de vie. On constate donc que l'élément de départ de la démarche d'un projet médical de territoire est défaillant : les besoins de santé ne sont pas toujours précisément connus. Un travail a toutefois été réalisé dans le cadre de l'élaboration des SROS 3. En Alsace, les publications croissantes de l'Observatoire régional de la santé d'Alsace (ORSAL) et le diagnostic partagé de l'ARH et de l'URCAM constituent des documents de grande qualité. Ils permettent la mise en évidence de données quantitatives fondées sur des éléments généraux de démographie, les causes médicales de mortalité et de morbidité. Le diagnostic régional des besoins de santé est donc ainsi confronté à un bilan de l'offre existante, en matière hospitalière et libérale. La région ayant le plus abouti dans la définition des besoins de santé est la Bretagne. L'ARH de Bretagne a calculé les besoins à partir des analyses démographiques, des taux de recours aux établissements de santé corrigés par les taux de fuite, l'effet des restructurations territoriales, l'émergence de besoins nouveaux et le taux de développement des alternatives à l'hospitalisation. Dès lors, il est prévu que les « fourchettes » des objectifs quantifiés seront revues annuellement à partir des données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁵⁴.

⁵³ JACQUET N. « Dossier SROS III ». *Revue Hospitalière de France*, n°497, mars-avril 2004, p.22

⁵⁴ Site www.arh-bretagne.fr

En aval du projet médical de territoire, les CPOM, instaurés en 1996, auront déjà connu deux modifications de leur régime juridique⁵⁵. Ils déterminent les orientations stratégiques par rapport au SROS et les objectifs en matière de sécurité de soins, tout en cherchant la participation des établissements aux actions de coopération. Des dispositions pragmatiques permettent à présent la signature d'un CPOM, même en l'absence d'un projet d'établissement, avant la date-butoir du 31 mars 2007. Grâce aux CPOM, les établissements peuvent à présent négocier des restructurations que les tutelles auraient pu leur imposer par un pouvoir d'action unilatéral, avant 1996. Cependant, l'effet peut en être limité car tous les établissements ne se sont pas également impliqués dans la réforme. Les prochains CPOM tentent de recentrer les enjeux. Les CPOM seront négociés sur la base de la contribution de chaque établissement au projet médical de territoire. Si le projet médical de territoire n'est pas obligatoire, les dispositions juridiques qui l'entourent y sont clairement incitatives. Enfin, pour les établissements sans CPOM et sans projet d'établissement, le projet médical de territoire les inscrit dans une démarche de contractualisation qu'ils intègrent à marché forcée, du fait d'une démarche collective, au cours de laquelle l'ARH missionne l'hôpital de référence.

Dans une logique de « contractualisation en cascade », les CPOM sont d'autant plus nécessaires à réaliser qu'ils conditionnent la déclinaison des objectifs quantifiés appliqués établissement par établissement⁵⁶. Puis les objectifs quantifiés conditionnent eux-mêmes la mise en œuvre des autorisations d'activité⁵⁷ et la possible révision de ces autorisations par le directeur de l'ARH si les objectifs ne sont pas atteints⁵⁸. Si tous les CPOM d'un territoire de santé sont réalisés, l'agrégation de leurs aspects quantitatifs doit permettre de retrouver le niveau des objectifs quantifiés d'activité par territoire, conformément aux éléments chiffrés du SROS. Enfin, les objectifs quantifiés sont très souvent mis en évidence pour leur tendance à créer un phénomène « d'enveloppe fermée », au niveau du territoire, mais ils jouent aussi le rôle de contrôle d'une activité minimale à réaliser pour des conditions de sécurité. En ce sens, ils sont progressivement renforcés par des décrets établissant des seuils d'activité à atteindre pour recevoir une autorisation

⁵⁵ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Puis projet de décret relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (2006)

⁵⁶ Décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique.

⁵⁷ Article L. 6114-2 du code de la santé publique

⁵⁸ Article L. 6122-12 du code de la santé publique

d'activité. Ses chiffres sont évalués par établissement et non par praticien. Les deux dernières spécialités à avoir connu cette mutation sont les urgences⁵⁹ et la cancérologie⁶⁰. Enfin, l'obstétrique a été très tôt soumise à des minima d'activités. Le seuil de 300 accouchements annuels est devenu une barrière symbolique depuis 1998⁶¹ pour envisager la fermeture d'une maternité, quel que soit son statut. Il semble également de plus en plus logique d'imposer les seuils de 2000 interventions chirurgicales annuelles et de 6 équivalents temps plein médicaux pour pouvoir envisager de continuer une activité opératoire dans un établissement⁶². En deçà de 2000 interventions, la permanence des soins est imparfaite. Outre les exigences quantitatives, les demandes d'autorisations, surtout d'équipement lourd, seront tributaires de projets qualitatifs de coopérations formalisées, tels le GCS. L'attribution des appareils de tomographies à émissions de positons (tepscan) à des centres hospitaliers non-universitaires en est l'exemple le plus significatif aujourd'hui.

Dans cette pyramide théorique de « contractualisation en cascade » entre SROS, projet médical de territoire, CPOM, projet d'établissement et contrat de pôle, le projet médical de territoire reste l'échelon le plus problématique. Mais il est parfois difficile de se repérer dans cette hiérarchie des normes sanitaires. En effet, le SROS HAD dispose même que « *toute création ou extension (d'activité d'HAD) devra être conforme au projet médical de territoire*⁶³ ». La nouveauté du projet médical de territoire le rend forcément difficilement « classable ». Le corps médical le voit parfois comme une « couche de mille-feuilles supplémentaire »... De plus, c'est un document non-opposable donc on ne peut pas véritablement l'intégrer dans une hiérarchie des normes car il n'est pas normatif. Enfin, le projet médical de territoire n'est pas suffisamment neutre pour trouver aisément une place dans l'ordonnancement juridique. Les élus locaux en ont bien compris l'enjeu et tentent de se positionner au sein de la conférence sanitaire. Tous ces éléments mis bout à bout ne clarifient pas la position et l'impact potentiel d'un projet médical de territoire. Quoi qu'il en soit, le rôle du projet médical de territoire renforce la place de l'établissement de référence dans un contexte politique, réglementaire et médical contraint. Le projet médical de

⁵⁹ Décret n°2006-578 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

⁶⁰ Cf projet de décrets sur les autorisations de traitement du cancer (2006)

⁶¹ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale

⁶² VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Avril 2006, 77 p.

⁶³ ARH ALSACE. *SROS 2006-2011 : annexe HAD*, p.17

territoire doit permettre de faire du territoire de santé un espace de décision. Les CPOM et les objectifs quantifiés feront le lien entre logique de territoire et politique d'établissement.

Malgré l'incertitude quant à l'impact réel d'un projet médical de territoire, le SROS 3 est resté suffisamment général pour permettre une véritable plus-value des discussions multilatérales qui sont engagées. En effet, les SROS 3 sont parfois jugés peu restructurants : *« il existe des établissements ayant des activités qui ne sont plus en concordance avec les besoins de leur territoire mais à qui on alloue des crédits pour maintenir leurs services. Parallèlement d'autres établissements ont des activités nécessaires mais déficitaires en raison de l'existence de coûts de production incompressibles⁶⁴ »*. Le territoire de santé n°4 d'Alsace n'échappe pas à certaines de ces caractéristiques.

1.2 Le contexte de la démarche contractualisée : l'offre de soins et les besoins de santé en matière de périnatalité en sud-Alsace

L'Alsace est une région dont l'offre sanitaire, essentiellement hospitalière, est très dense. Mais ce constat n'est pas validé de façon homogène sur tout le territoire de l'Alsace. Il convient notamment de le relativiser, dans le cas qui nous intéresse, dans le territoire de santé n°4. Cette offre répond à des besoins bien identifiés qualitativement mais qui sont assez peu évalués quantitativement. La démographie médicale du secteur privé et des centres hospitaliers de proximité est préoccupante, dès aujourd'hui et à l'horizon de départs en retraite à partir de 2010. L'annexe n°9 met en évidence que la démographie médicale est le facteur qui influence le plus fortement la recomposition de l'offre de soins.

1.2.1 État des lieux de l'offre de soins dans le territoire

La comparaison de l'offre et des besoins de santé dans la région Alsace n'incite pas à un diagnostic alarmiste. Les besoins de santé sont assez similaires à la moyenne nationale. Il subsiste toutefois trois spécialités où la demande est relativement forte : le traitement des cancers, les maladies cardio-vasculaires et la périnatalité.

⁶⁴ AGENCE DE PRESSE MEDICALE. « Les SROS 3 ne sont pas assez centrés sur les restructurations, déplorent des responsables de la conférence des directeurs de centres hospitaliers », Paris, dépêche du 6 avril 2006.

Face à ces demandes, l'offre sanitaire est très importante. L'offre hospitalière est la plus dense. En moins de cent kilomètres d'autoroute entre Strasbourg et Mulhouse, on trouve un centre hospitalier universitaire (les hôpitaux universitaires de Strasbourg) et deux des huit plus grands centres hospitaliers (le centre hospitalier de Mulhouse et les hospices civils de Colmar). L'Alsace est divisée en quatre territoires de santé, du nord au sud de la région⁶⁵. Le territoire de Mulhouse est le territoire n°4, dit du sud-Alsace. Il représente la moitié sud du Haut-Rhin.

A) Une offre sanitaire dense

a) *Des établissements de santé concentrés autour de Mulhouse*

Malgré l'étendue du territoire de santé n°4, chacun e des quatre zones de proximité qui le composent est centrée autour d'un établissement, dont la proximité avec Mulhouse est évidente, tant en kilométrage qu'en temps d'accès. Trois zones de proximité sont centrées autour du seul établissement de santé de la zone :

- la zone de Thann, centrée autour du CH de Thann – Cernay – Bitschwiller-les-Thann
- la zone d'Altkirch, centrée autour du CH Saint-Morand d'Altkirch
- la zone de Saint-Louis (banlieue française de Bâle), centrée autour de la clinique des Trois frontières de Saint-Louis.

La quatrième zone est la zone urbaine de Mulhouse. Le CH de Mulhouse y côtoie deux cliniques, la clinique du Saint-Sauveur et la clinique du Diaconat. Ces deux cliniques ont un statut particulier, issu du droit local d'Alsace-Moselle, du fait de leur lien étroit avec des congrégations religieuses. Leur statut n'est pas celui d'établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH), même si la clinique du Saint-Sauveur possède une unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Leur statut n'est pas non plus celui de cliniques à but lucratif car elles n'ont pas d'actionnaires. Pourtant, leurs médecins sont rémunérés à l'acte. On les qualifie donc de secteur « privé non-participant, non-lucratif ».

Le territoire de santé n°4 présente une cohérence sanitaire certaine. Ses taux de fuite sont restreints. Seule la population du sud-ouest du territoire se dirige vers le CH de Belfort-Montbéliard. A contrario, le secteur libéral du nord du territoire attire une population située au sud du territoire de santé n°3 d'Alsace. Enfin, l'offre hospitalière est complétée par une forte densité d'hôpitaux locaux, notamment dans les espaces les plus

⁶⁵ Cf annexe n°3

enclavés de certaines zones de proximité : l'hôpital local de Masevaux est situé au sud-ouest de Thann, l'hôpital local de Dannemarie est situé à l'ouest d'Altkirch, l'hôpital local de Rixheim et le CH de Pfastatt, à vocation gériatrique, sont situés autour de Mulhouse.

Nous détaillerons ici le profil des seuls établissements réalisant des actes de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Le CH de Mulhouse est l'établissement de référence du territoire. D'une capacité de 1850 lits et places, il assure toute la gamme d'activités de MCO, à l'exception des greffes d'organes, du traitement des grands brûlés et de la neurochirurgie. Ses lits de MCO se répartissent comme suit : 550 lits de médecine, 325 lits de chirurgie et 130 lits de gynécologie-obstétrique. Le CH de Mulhouse est réparti sur deux sites principaux : l'hôpital du Hasenrain, site historique de l'hôpital, et l'hôpital Émile Muller, qui concentre à présent la plupart des activités de médecine et de chirurgie. La maternité de l'hôpital est située sur le site du Hasenrain mais elle a vocation à constituer un pôle femme-mère-enfant, sur le site de l'hôpital Émile Muller. C'est notamment ce que sous-entend le SROS 3 d'Alsace lorsqu'il dispose « *la poursuite de la restructuration des sites du centre hospitalier de Mulhouse*⁶⁶ ». Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) du CH de Mulhouse s'élève à 245 millions d'euros.

Le CH de Thann – Cernay – Bitschwiller-les-Thann est constitué de trois sites : la maison de retraite de Bitschwiller-les-Thann, le CH de Cernay, à vocation gériatrique, et le CH de Thann. Le CH de Thann compte 190 lits de MCO. La spécialité de l'hôpital est la chirurgie orthopédique, qui repose sur l'activité d'un praticien hospitalier. L'établissement compte quatre praticiens hospitaliers. Au prix d'une politique active de recrutement, il a pu assurer la continuité de son bloc opératoire grâce à la présence d'anesthésistes. Le CH de Thann assure près de 2600 actes classants de chirurgie par an⁶⁷. La périnatalité dans la zone de proximité de Thann est bien structurée, autour d'un réseau efficace piloté par un médecin de ville, par ailleurs membre du conseil d'administration du CH de Thann. La préoccupation principale concerne la présence future de pédiatres autour de Thann. Thann souffre de la proximité de la ville de Mulhouse où les médecins et chirurgiens trouvent une qualité de travail supérieure car la densité médicale leur offre une fréquence moindre de leurs gardes.

⁶⁶ ARH ALSACE. *SROS 2006-2011*, p.46

⁶⁷ VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Avril 2006, p.70

Le CH Saint-Morand d'Altkirch est dans une situation plus délicate. Il compte 250 lits mais seulement 115 en MCO. Son activité de médecine interne est très dynamique mais dépend également de la réputation d'un praticien hospitalier. Un réseau ville-hôpital en diabétologie, orienté vers tout le sud du territoire de santé, constitue également l'une des raisons d'être du CH d'Altkirch. Ses 40 lits de chirurgie se répartissent entre traumatologie et chirurgie digestive générale. L'établissement réalise 1650 actes classants de chirurgie annuels⁶⁸. Enfin, 15 lits de gynécologie-obstétrique complètent l'offre de MCO du CH d'Altkirch. L'établissement souffre de la faiblesse du nombre d'actes de chirurgie et surtout du nombre restreint d'accouchements dans sa maternité (360 par an). Un seul gynécologue libéral est installé dans la zone de proximité d'Altkirch. La maternité du CH d'Altkirch est remise en cause depuis l'élaboration du SROS 2 mais le départ d'un gynécologue-obstétricien vers le CH de Mulhouse en 2003 a accéléré le débat. L'UPATOU du CH d'Altkirch enregistre tout de même 20 000 passages annuels pour un bassin de population de 70 000 habitants. L'établissement présente un CRPP de 23,5 millions d'euros, dont le déficit a décliné depuis la réforme de la tarification à l'activité. Le contexte qui entoure le CH d'Altkirch est emblématique des possibles incohérences de la « contractualisation en cascade » et des vicissitudes de la planification sanitaire. L'établissement se fonde encore sur un projet d'établissement arrivé à échéance en 2002 et qui était focalisé sur la construction d'un nouveau plateau technique de blocs opératoires et stérilisation, de radiologie conventionnelle et de soins continus. En 2005, en l'absence d'un projet d'établissement, un CPOM a été signé entre l'ARH et le CH d'Altkirch, qui jetait le doute sur la viabilité du projet de nouveau plateau technique. Pourtant, fin 2006, ce nouveau plateau technique est en cours de construction et le SROS 3 en prend acte. L'avenir de la chirurgie à Altkirch est donc flou, ce qui fausse les discussions autour du projet médical du territoire n°4.

L'offre privée dans le territoire est surtout concentrée à Mulhouse. La clinique du Saint-Sauveur compte 180 lits de MCO. Aux 38 lits de médecine polyvalente s'ajoutent 103 lits de chirurgie orthopédique et 16 lits de chirurgie ambulatoire. Les 23 lits de maternité permettent d'enregistrer 1100 naissances annuelles. En 2005, la clinique du Saint-Sauveur a reçu l'autorisation d'exercer une activité d'UPATOU. Avec 4 médecins libéraux de garde et 4 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée, l'UPATOU enregistre 22 000 passages par an.

⁶⁸ *Ibid*, p.70

La clinique du Diaconat compte 212 lits de chirurgie et d'obstétrique. Elle a développé un pôle d'excellence en matière d'assistance médicale à la procréation, en lien avec le directeur médical du pôle femme-mère-enfant du CH de Mulhouse. Enfin, à l'extrémité sud-est de la région, la clinique des Trois frontières de Saint-Louis compte 130 lits de MCO. Il s'agit d'un établissement privé à but lucratif mais qui, de fait, remplit des fonctions d'accueil très large, car il s'agit du seul établissement de santé positionné sur la zone de proximité de Saint-Louis.

b) Une démographie médicale plutôt préoccupante, surtout dans le secteur libéral

La baisse de la démographie médicale sera effective à partir de 2011 en Alsace. Toutefois elle sera moins importante que celle de la moyenne nationale. Mais, dans le même temps, la population alsacienne va continuer de croître. La densité médicale par habitant va donc baisser, de façon très préoccupante. Les prévisions font état d'une baisse de la densité médicale de 10% en 10 ans et de 18 % en 15 ans⁶⁹. Pour l'instant, l'accès théorique aux soins est globalement bon en Alsace puisque 99% de la population alsacienne accèdent à un médecin généraliste en moins de vingt minutes. Toutefois il convient de distinguer le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, le Bas-Rhin étant moins menacé que le Haut-Rhin. Il convient également d'isoler la situation du territoire de santé n°4 au sein du Haut-Rhin car la situation y est plus préoccupante.

La dépense de santé par habitant du territoire n°4 est deux fois inférieure à celle du territoire n°2 d'Alsace, centré autour de Strasbourg. Cette faiblesse est compensée par un maillage très dense d'établissements médico-sociaux. Mais certaines spécialités sont désertées. La pédiatrie en secteur libéral est la plus touchée. Le Haut-Rhin compte 41 % de la population alsacienne de moins de 15 ans mais seulement 28 % des pédiatres libéraux. Cette donnée est un obstacle quasi-insurmontable à la mise en place d'une hospitalisation à domicile à vocation obstétricale. Le Haut-Rhin est aussi confronté à la faiblesse de la densité de l'offre infirmière libérale : la moyenne nationale se situe à 83 professionnels pour 10 000 habitants contre 47, en Alsace⁷⁰. Ainsi, la mission régionale de santé place certaines parties enclavées du territoire 4 en niveau 4 de fragilité, sur une échelle de 1 à 5. La démographie médicale en établissement de santé est principalement préoccupante dans les centres hospitaliers dits de proximité (Thann et Altkirch), dont

⁶⁹ ARH ALSACE, URCAM ALSACE. *Santé et soins en Alsace : un diagnostic partagé ARH / URCAM*. Janvier 2005. p.18

⁷⁰ MISSION REGIONALE DE SANTE D'ALSACE. *L'accès aux soins de proximité : les zones déficitaires et les zones fragiles*. Strasbourg, 2005, p.2

l'activité de chirurgie est dépendante d'un ou deux chirurgiens par service, dont la succession est problématique, en raison de la faible attractivité des villes en question et de la concurrence du secteur privé. La forte densité de l'offre de soins en sud-Alsace, garante actuelle d'un accès aux soins optimal pour les patients, sera à terme un handicap majeur pour les établissements. Elle crée à l'heure actuelle une vraie concurrence du secteur privé envers le secteur public, surtout dans l'agglomération mulhousienne.

- B) La prise en compte de la géographie du territoire de santé conforte l'idée de la nécessité d'une meilleure allocation des moyens

L'Alsace est une région avec une forte densité de population (210 habitants par km²) et fortement urbanisée (avec un taux d'urbanisation de 93%). « *Ce territoire dense, restreint et bien desservi, présente un avantage en matière d'accès géographique aux dispositifs de soins*⁷¹ ». De manière générale, la géographie est trop peu prise en compte dans la planification sanitaire. La géographie doit s'analyser sous l'œil du temps d'accès aux structures de soins, surtout lorsque les conditions météorologiques rendent la circulation difficile. Cependant, ces indicateurs n'ont pas été utilisés dans le dessin des aires d'attractivité des hôpitaux. La preuve, le rapport Vallancien intègre ces données en interrogeant la Direction départementale de l'équipement. En moyenne, la distance entre un hôpital de proximité et un autre établissement public mieux doté est de 35 km, soit un trajet de 30 minutes. La géographie du territoire de santé n°4 confirme cette analyse et doit permettre de questionner la structure actuelle de l'offre de soins dans le territoire⁷².

L'organisation hospitalière s'appuie largement sur le réseau des villes, lui-même structuré selon la géographie et l'histoire des territoires⁷³. Les identités locales y sont certes fortes. Le sud des Vosges structure les vallées de la Thur et de la Doller qui débouchent naturellement sur la ville de Thann. De même, le pays du Sundgau, extrémité sud de la région, possède une véritable identité, dans un bassin de population de 70 000 habitants, très rural et qui débouche naturellement sur la ville d'Altkirch. Mais, conformément au constat partagé de l'ARH et de l'URCAM, les villes sont très bien reliées entre elles. Thann est situé à 30 kilomètres de Mulhouse et les deux villes sont reliées par une voie rapide. Altkirch est à 18 kilomètres de Mulhouse. La situation est un peu différente pour

⁷¹ ARH ALSACE, URCAM ALSACE. *Santé et soins en Alsace : un diagnostic partagé ARH / URCAM*. Janvier 2005. p. 13

⁷² Cf annexe n°7

⁷³ DELEGATION A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET A L'ACTION REGIONALE (DATAR). *Territoires de l'hôpital et territoires des projets de santé*, 2004, 86 p.

Saint-Louis, à 35 kilomètres d'autoroute de Mulhouse mais positionné à l'extrémité de sa zone de proximité. L'interrogation de la direction départementale de l'équipement relativise les difficultés géo-climatiques d'accès à ces hôpitaux. Par exemple, la voie d'accès de Thann à Mulhouse n'est jamais fermée au cours d'une année⁷⁴. Thann et Altkirch sont donc très proches de Mulhouse mais ces deux villes sont des « bases avancées » de leur zone de proximité, ce qui signifie que la majeure partie des communes de leur zone de proximité sont situées à plus de 45 minutes de Mulhouse et que les zones les plus enclavées restent à plus d'une heure de Mulhouse. L'analyse géographique du territoire doit effectivement privilégier la distance-temps, qui doit donc être prise en compte pour le choix d'un établissement. Or, les patients choisissent peu l'établissement le plus proche s'ils sont mobiles⁷⁵. La distance parcourue dans l'accès aux soins est même plus socioculturelle que géographique car la distance parcourue augmente avec le niveau d'instruction⁷⁶. Cette analyse est confortée par l'absence de relation démontrée entre distance parcourue et baisse de la qualité des soins, sauf pour l'urgence vitale. Or, le domaine de l'urgence vitale amène souvent les établissements de proximité à transférer les patients vers l'établissement de référence. Donc la proximité à tout prix et en toutes circonstances est un faux débat, en ce qui concerne les activités de MCO. La prise en compte de la dimension géographique d'un territoire de santé incite à penser qu'il faut créer des outils géographiques d'aide à la décision pour la planification sanitaire et dont les acteurs pourraient disposer dans le cadre de l'élaboration d'un projet médical de territoire.

En matière de périnatalité, la question de la proximité peut présenter un intérêt supérieur, dans les cas des accouchements ne présentant pas de risque. Néanmoins, l'obstétrique présente, pour les établissements de proximité, l'inconvénient de la nécessaire permanence des soins, dans la mesure où il s'agit d'une activité non-programmée par excellence. Or la spécialité est soumise à une démographie médicale particulièrement contrainte et nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (obstétricien, anesthésiste, sage-femme, pédiatre). Assurer cette activité, pour un établissement de proximité, est donc l'objet de nombreuses contraintes.

⁷⁴ VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Avril 2006, p.24

⁷⁵ CREDES, *Territoires et accès aux soins*. Janvier 2003. p.23

⁷⁶ *Ibid*, p.25

C) Quelle offre de santé pour quels besoins en périnatalité, en sud-Alsace ?

Le territoire de santé n°4 connaît une démographie relativement dynamique. Pour y répondre, l'offre de soins est également très dense. Le taux d'accroissement naturel y est deux fois supérieur à la moyenne nationale. L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,88 pour le Haut-Rhin, ce qui est équivalent à la moyenne nationale. Le nombre de naissances est relativement stable mais un transfert d'activité s'effectue au profit de la maternité du CH de Mulhouse, dont le nombre d'accouchements augmente régulièrement d'1% par an. L'Alsace est une exception parmi les régions du nord-est dont la démographie décline.

Pour répondre à ce besoin de santé particulier, la région Alsace est bien dotée en professionnels de la naissance (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs). L'Alsace est la région avec la plus forte densité de gynécologues-obstétriciens pour 100 000 habitants. Cependant, le territoire n°4 est loin de refléter la situation globale de la région. En sud-Alsace, la situation est jugée très préoccupante car 54% des pédiatres et 45% des gynécologues-obstétriciens alsaciens sont installés en territoire de santé n°2, autour de Strasbourg, alors que seuls 5 pédiatres libéraux sont installés à Mulhouse et 15% des gynécologues-obstétriciens exercent dans l'agglomération mulhousienne. L'Alsace compte 17 maternités et 90% des patientes habitent à moins d'une heure d'une maternité.

Le territoire de santé n°4 compte six maternités : trois maternités publiques et trois maternités privées. Leur répartition géographique est caractéristique de la concentration des activités à Mulhouse. L'offre d'obstétrique du territoire comporte deux spécificités : l'absence de maternités de niveau 2⁷⁷ est une spécificité du territoire ; l'absence de centre périnatal de proximité (CPP). Cinq maternités de niveau 1⁷⁸ côtoient une maternité de niveau 3⁷⁹. La maternité de niveau 3 est celle du CH de Mulhouse. Elle est la seule à

⁷⁷ Une maternité de niveau 2 accueille des femmes dont la grossesse est normale ainsi qu'une unité de néonatalogie assurant en continu la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés à risque et de ceux dont l'état de santé s'est dégradé, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement.

⁷⁸ Une maternité de niveau 1 accueille des femmes dont la grossesse est normale et dont les nouveaux-nés ne présentent pas de difficultés particulières.

⁷⁹ Une maternité de niveau 3 remplit des missions identiques à celles d'une maternité de niveau 2 mais elle comporte aussi une réanimation néonatale, qui permet d'assurer en continu la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés qui présentent des détresses graves et des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement.

comporter des activités de réanimation néonatale et d'orthogénie. Elle développe un pôle de compétence en génétique et foeto-pathologie. Les trois cliniques privées ainsi que les CH de Thann et d'Altkirch comportent tous une maternité, dont l'activité est très variable. Selon les données de l'annexe « périnatalité » du SROS 3 d'Alsace, le territoire de santé n°4 enregistre près de 6 000 accouchements par an, soit 27% des naissances de la région alors que le territoire n°2 en assume 41%. La répartition des naissances témoigne de l'importance de l'activité de la maternité du CH de Mulhouse, qui développe une activité supérieure à celle des deux cliniques mulhousiennes réunies. En 2004, 2 545 naissances ont eu lieu à la maternité du CH de Mulhouse, 1 063 à la clinique du Saint-Sauveur, 1026 à la clinique du Diaconat, 475 à la maternité du CH de Thann, 420 à la clinique de Saint-Louis et 364 à la maternité d'Altkirch. Aucune maternité n'est donc inférieure à 300 accouchements. Depuis quelques années, la tendance est à la hausse de l'activité de la maternité de Mulhouse, au détriment du nombre de naissances enregistrées dans celles d'Altkirch et de Saint-Louis.

1.2.2 Les grandes lignes du SROS 3 Alsace et le bilan des coopérations actuelles

Le SROS 3 d'Alsace définit précisément la notion d'hôpital de proximité et ses conditions d'existence. Le rapport Picard du Conseil économique et social (CES) démontre que la proximité ne peut être un but en soi⁸⁰. Elle n'a de sens que lorsque les liens avec les autres hôpitaux de proximité et l'hôpital de référence sont protocolisés. Le SROS 3 d'Alsace et les préconisations de l'ARH en matière de projet médical de territoire⁸¹ insistent sur la nécessaire « *affiliation* » entre hôpitaux. L'affiliation doit dépasser le simple cadre de conventions de coopération. L'exemple de la périnatalité est une fois de plus très révélateur. Les conventions de transferts de grossesses à risque ne suffiront donc plus à gérer les relations entre les maternités de niveau 1 et la maternité du CH de Mulhouse. Une plus grande formalisation des relations entre les services de gynécologie-obstétrique de différents établissements, leurs équipes médicales et l'utilisation des plateaux techniques est nécessaire. Le cadre favorable à la formalisation et à l'approfondissement des coopérations est le projet médical de territoire. C'est dans cette perspective que l'ARH insiste sur la possibilité de constituer des fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH). Elle cite notamment le sud-Alsace comme priorité d'action. Une FMIH entre le CH d'Altkirch et le CH de Mulhouse est préconisée dans certaines

⁸⁰ CES. *Aménagement du territoire et établissements de santé*. Éditions Avis et Rapports, 2004, 246 p.

⁸¹ ARH ALSACE. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire : note de cadrage*. 2006, p.9

spécialités. « *Altkirch est dans une vallée enclavée et pendant de longs mois, l'accès quand il est possible à Altkirch, n'est pas forcément facile au-delà (...)* Les évolutions pourront consister en des rapprochements assortis de la répartition des activités ou donner lieu à des mises en commun de ressources humaines principalement et matérielles le cas échéant, pour organiser les activités sur plusieurs sites⁸² ».

La FMIH pourrait certes permettre la poursuite d'une activité opératoire ou d'obstétrique au CH d'Altkirch mais elle constitue déjà une atténuation de la position défendue par l'ARH dans le SROS 3. En effet, le SROS 3 dispose que le « *CH d'Altkirch a des atouts et est doté d'un bloc opératoire que (l'ARH est) en train de finir de rénover : (l'ARH a) donc besoin de le préserver et de le soutenir*⁸³ ». Néanmoins, on peut estimer que la position de l'ARH n'est pas paradoxale : elle révèle peut-être simplement le fait que le projet médical de territoire est l'applicatif du SROS mais peut aussi être « un additif au SROS ».

Cet additif démontre que l'hôpital de référence est le maillon commun des principaux dispositifs de « *chaînage de l'offre de soins*⁸⁴ ». Par « chaînage de l'offre de soins », il faut comprendre que l'objectif premier porte sur la réponse organisée aux besoins de proximité avec une permanence d'accueil, de diagnostic et de soins. Il se complète par un dispositif d'orientation favorisant l'accès aux structures de référence et de recours, fluidifiant l'enchaînement des adressages successifs en recherchant notamment le meilleur relais de prise en charge en suite d'hospitalisation aiguë.

Selon le directeur de l'ARH d'Alsace, des objectifs sont fixés dans le SROS puis « *l'hôpital de référence ne décide pas ... il initie le débat au sein de la conférence sanitaire, discute avec les différentes structures et fait des propositions*⁸⁵ ». L'exemple des urgences est ici éclairant. Le SROS préconise un groupement de coopération sanitaire (GCS) chargé d'organiser et de répartir les urgences, territoire par territoire. Au projet médical de territoire de décrire ensuite les modalités de fonctionnement du GCS, les équipements dont il bénéficiera site par site, les fiches de dysfonctionnement des adressages en

⁸² *Ibid*, p.6

⁸³ ARH ALSACE. SROS 2006-2011, p.23

⁸⁴ ARH ALSACE. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire : note de cadrage*. 2006, p.1

⁸⁵ *Ibid*, p.4

matières d'urgences⁸⁶. « *C'est une façon de dire que tous les établissements d'un même territoire sont concernés par l'urgence, même chirurgicale et seront obligés d'y participer. Il y aura un chef de file (l'hôpital de référence) pour proposer mais les autres ne pourront pas se défilier, on ne se contentera plus de déclarations d'intentions⁸⁷* ». La relation d'affiliation est à double sens puisque l'hôpital de proximité doit aussi constituer un relais, par exemple pour l'aval des soins aigus de l'hôpital de référence.

Comment qualifier et entrevoir les coopérations dans le SROS 3 ? Fidèle à son objectif de définir la notion d'hôpital de proximité et d'en préciser les conditions d'existence, la note de cadrage de l'ARH établit que l'hôpital de proximité bénéficie d'un service de médecine polyvalente et d'une unité de consultations poly-disciplinaire, qu'il accueille les urgences inopinées, qu'il peut avoir une activité de chirurgie réglée privilégiant l'ambulatoire, qu'il comporte une maternité 1, qui est donc acceptée à ce niveau de soins, ou, à défaut, un CPP. Enfin, il peut bénéficier d'un plateau technique s'il est affilié à un établissement référent. Des centres périnataux de proximité pourront même être créés *ex-nihilo*, ce qui sera le cas dans le Bas-Rhin, à Schirmeck. Mais plus communément, le CPP naît de la transformation d'une maternité dont les conditions de volumes d'activité et de sécurité d'exercice sont insuffisantes. Un CPP dispose de compétences presque similaires à celles d'une maternité de centre hospitalier de proximité : il gère le suivi prénatal, les étapes de préparation à la naissance et assure les échographies.

Les formes que peuvent prendre les coopérations sont détaillées dans la note de cadrage de l'ARH. Il s'agit de la diffusion de bonnes pratiques, dont on peut estimer qu'elle est déjà pratique courante entre équipes médicales, surtout dans le territoire de l'agglomération mulhousienne. En outre, l'ARH préconise les modalités de sécurisation de la prise en charge. Enfin, l'ARH évoque la mise en commun de moyens humains et technologiques. Sur ce dernier point, la confusion est de mise car le projet *médical* de territoire devrait proposer des mises en commun en matières d'achats hospitaliers...

En matière de chirurgie, le SROS établit des objectifs que les établissements devront poursuivre dans un projet médical de territoire. Ce sont les aspects les plus suivis du SROS, du point de vue des cliniques, car la chirurgie est largement majoritaire dans leur

⁸⁶ Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence ; Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

⁸⁷ ARH ALSACE. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire : note de cadrage*. 2006, p.2

*case-mix*⁸⁸. Du point de vue des hôpitaux publics, elle représente un enjeu majeur de leur attractivité, de leur organisation interne et de leur vocation de service public en accueillant les urgences chirurgicales. C'est ainsi que l'organisation des blocs opératoires et le développement de la chirurgie ambulatoire en hôpital public figurent en bonne position dans les objectifs officiels du SROS. Par ailleurs, une offre graduée des soins doit aboutir à une gradation des plateaux techniques, des évolutions technologiques et des transferts. Enfin, la qualification des professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles sont primordiales, surtout dans les établissements de proximité. Le débat pourra alors se porter sur le nombre d'actes annuels par praticien et sur les conséquences à tirer d'un nombre d'actes insuffisant.

Depuis la publication du SROS 3 et le lancement de la seconde vague des projets médicaux de territoire, la position de l'ARH s'est affinée, sans pour autant que cette doctrine ne soit l'objet d'une publication quelconque. Il semblerait que tous les plateaux techniques du territoire n'4 continueront d'exister. Ils seront toutefois spécialisés sur un segment d'activité : aux hôpitaux de proximité, les segments de chirurgie ambulatoire ; aux établissements mulhousiens, les segments de chirurgie réglée et d'urgence. Les praticiens des hôpitaux publics opèreraient alternativement dans les hôpitaux de proximité puis au bloc opératoire du CH de Mulhouse. Ainsi, chaque praticien continuerait à pratiquer une gamme diverse d'actes chirurgicaux et chaque plateau technique continuerait de fonctionner. Cette solution présente de nombreux inconvénients. Comment peut-on obliger des médecins à se déplacer pour aller pratiquer leur art ? Pourquoi priver un centre hospitalier de proximité de chirurgie réglée s'il a les moyens de l'assurer ? Pourquoi priver le centre hospitalier de référence du créneau de la chirurgie ambulatoire ? La chirurgie ambulatoire est une activité qui nécessite une organisation optimale des blocs opératoires et du programme opératoire : il ne suffit pas de la décréter pour la voir appliquée et opérationnelle. Enfin, le déplacement des praticiens devrait s'accompagner d'équipes paramédicales de bloc opératoire. Le risque est alors grand de voir réapparaître des phénomènes d'appropriation des équipes par le praticien, chef d'équipe. Cela irait à l'encontre de la polyvalence du personnel paramédical et de la mutualisation des équipes.

⁸⁸ En outre 66% des actes de chirurgie sont réalisés en cliniques privées et établissements PSPH en France. Le rapport privé / public s'inverse largement lorsque l'on examine les urgences chirurgicales.

La position de l'ARH d'Alsace à l'égard de la chirurgie des hôpitaux de proximité a été fluctuante au cours des 10 dernières années. La relation entre l'ARH et le CH d'Altkirch est ici symptomatique. Historiquement, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) d'Alsace a prôné le transfert des activités opératoires d'Altkirch vers Mulhouse. Dans cette perspective, la maternité d'Altkirch aurait dû cesser de fonctionner. Cependant, pour des raisons politiques, le SROS 2 a arbitré en faveur du maintien des activités opératoires du CH d'Altkirch, afin de répondre aux besoins d'un pays bien identifié et cohérent, le Sundgau. En 1996, la création des ARH étouffe le débat politique sur les maternités. Mais les réalités scientifiques, en particulier l'évolution de la démographie médicale, renforcent la contrainte pesant sur le CH d'Altkirch. Le départ de deux chirurgiens au début des années 2000 édulcore alors l'attractivité de l'établissement, même au sein du pays du Sundgau. La traduction principale est la chute tendancielle des naissances à la maternité d'Altkirch, ce qui fait ressurgir le débat sur l'avenir de cette maternité dans le SROS 3. L'impératif de réalisme a aussi imposé au CH d'Altkirch de faire appel à une aide extérieure. Ainsi un accord est devenu nécessaire entre le CH d'Altkirch et le CH de Mulhouse afin d'assurer la permanence médicale au CHA...

C'est dans ce contexte qu'est publié le rapport Vallancien⁸⁹ et qu'ont eu lieu les visites sur site de la délégation du Pr Henri Guidicelli, dans le cadre de la mission d'accompagnement des restructurations initiée par le Ministère de la santé et des solidarités. Pourtant, le rapport Vallancien est mal compris en Alsace car il déplace le débat de la maternité vers la chirurgie, tandis que le SROS 3 conforte la chirurgie des hôpitaux de proximité. Ce débat peut être tempéré en le recentrant sur le territoire et en restant focalisé sur l'obstétrique. Altkirch fait partie des hôpitaux à moins de 2000 actes opératoires annuels et moins de 3 chirurgiens, en dehors de la spécialité de gynécologie-obstétrique. A ce titre, le CH de Thann apparaît dans le rapport Vallancien. Malgré ses 2571 actes opératoires annuels, le CH de Thann ne compte que 3 chirurgiens, en dehors de la spécialité de gynécologie-obstétrique.

La crainte exprimée par les directeurs d'hôpitaux et présidents de conseil d'administration est celle d'un phénomène de « boule de neige » : la remise en cause de leur maternité leur apparaît comme la porte d'entrée vers une remise en question de la pertinence de leur bloc opératoire. La fermeture de la maternité risque en effet d'entraîner un abandon de la chirurgie gynécologique, qui constitue une part importante de la chirurgie réglée des

⁸⁹ VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Avril 2006, 77 p.

hôpitaux de proximité... Cette crainte n'est pas tout à fait avérée. La situation de chacun des hôpitaux de proximité doit être analysée individuellement. En outre, la fermeture de la maternité s'accompagne généralement de l'ouverture d'un CPP, voire de sa création *ex-nihilo*⁹⁰.

Les enjeux politiques et symboliques du débat sur la chirurgie publique dans les hôpitaux de proximité peuvent être difficilement objectifs. Le débat sur le lien entre volume d'activité et qualité des soins n'est pas tranché. Force est toutefois de constater que les seuils de fermeture d'activité sont variables d'un système de santé à l'autre. Ainsi, aux États-Unis, le seuil de fermeture d'une maternité est de 100 accouchements par an, tandis qu'il est de 300 naissances en France. Il ne s'agit pas d'en tirer la conclusion que le seuil français est particulièrement contraignant pour notre système de santé et crée un effet de seuil injuste. En premier lieu, le seuil choisi dépend de la géographie d'un territoire national. Par conséquent, un seuil de fermeture de maternités peut être d'autant plus élevé que la taille du territoire est modeste, que la topographie est plus favorable, que le maillage des villes et des transports est dense. C'est le cas de la France en comparaison des États-Unis. Par ailleurs, la réglementation française établit bien que le seuil de fermeture s'entend, « *sauf exception géographique*⁹¹ ». La relation entre la qualité des actes et le volume opératoire doit-elle s'entendre par établissement ou par praticien ? On peut penser que les deux aspects devraient être étudiés car les publications sur le sujet montrent une différence significative de mortalité selon l'hôpital et le chirurgien, en fonction du nombre d'actes pratiqués⁹².

Dans cette perspective, le SROS 3 affichait un objectif clair de « *formalisation du rapprochement des hôpitaux de Thann, Altkirch et du CH de Mulhouse, recherché de manière à leur permettre de répondre à leur mission d'établissements de proximité dans les termes définis par le présent schéma* ». A titre d'exemple, « *le maintien de la gynécologie-obstétrique à Altkirch sera fonction de l'évolution de l'activité du service, des conditions de maintien de la continuité médicale par la présence d'une équipe de*

⁹⁰ Cf l'exemple de Schirmeck, dans le Bas-Rhin.

⁹¹ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.

⁹² BIRKMEYER JD, SIEWERS AE, FINLAYSON EV et al. "Hospital Volume and surgical mortality in the US". *New England Journal of Medicine*, 2002, n°346, p.1128-1137

HALM EA, LEE C, CHASSIN MR. "Is volume related to outcome in health care ? A systematic review and methodological critique of the literature". *Annual Intern Medecine*, 2002, n°137, p.511-520.

gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes-réanimateurs et de pédiatres titulaires de l'établissement et de la conformité des installations aux normes de sécurité des personnes, des biens et sanitaires. Le cas échéant, la maternité pourra être transformée en centre périnatal de proximité⁹³ ». Au projet médical de territoire de ne pas rendre floue cette clarté des conditions d'analyse de la chirurgie publique qu'établit le SROS...

1.2.3 Les enjeux en matière de périnatalité et le rôle du projet médical de territoire dans ce domaine

A) La périnatalité : un domaine sous contraintes multiples

a) *Qui peut encore exercer une activité de gynécologie-obstétrique aujourd'hui ?*

Parmi les spécialités ayant vu au cours des dix dernières années leurs effectifs augmenter moins vite que l'ensemble des spécialités, la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation sont les spécialités les plus menacées. L'impact des études médicales explique en partie cette évolution. Mais on constate aussi un désengagement du secteur privé en raison du risque juridique ressenti dans le domaine de l'obstétrique. La grève des gynécologues-obstétriciens libéraux à l'été 2006 a repris le débat relatif aux primes d'assurance de ces professionnels de la naissance⁹⁴.

A cette évolution démographique s'ajoute une évolution réglementaire qui formalise les conditions de sécurité de la prise en charge de la naissance par l'édition de normes de personnels et d'équipement très strictes⁹⁵. Progressivement d'autres domaines de la chirurgie sont soumis à des décrets de seuils minimaux d'activité⁹⁶. Le cumul de ces phénomènes aboutit à limiter le nombre de structures comportant une maternité et un plateau technique accueillant des activités de chirurgie gynécologique. En matière d'effectifs, l'obligation réglementaire n'est pas minime⁹⁷. Le fonctionnement des unités

⁹³ ARH ALSACE. SROS 2006-2011, p.50

⁹⁴ A titre d'exemple, le montant moyen de prime d'assurance d'un gynécologue-obstétricien de la Clinique du Saint-Sauveur est de 21 000 euros.

⁹⁵ Articles D.6124-35 à D.6124-55 du code de la santé publique

⁹⁶ Cf projet de décrets sur les autorisations de traitement du cancer (2006)

⁹⁷ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale ; Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

réalisant moins de 1 500 naissances annuelles nécessite un temps médical d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur, sur place ou en astreinte en continu, et disponible dans un délai de déplacement compatible avec l'impératif de sécurité. De fait, il faudra alors envisager un minimum de deux praticiens temps plein dans chacune des spécialités nommées, ce qui n'est pas chose aisée pour des établissements de proximité. Ces obligations réglementaires sont à croiser avec les seuils minimaux d'effectifs de sages-femmes⁹⁸. Au-delà des aspects démographiques et réglementaires, l'attractivité de l'établissement de référence peut déséquilibrer l'offre de soins sur un territoire de santé. En effet, une équipe médicale n'est considérée comme attractive que si les médecins sont assurés d'appartenir à une équipe nombreuse. Une équipe composée de huit praticiens est un chiffre optimal car il s'agit de l'effectif qui permet d'avoir une permanence de nuit hebdomadaire sur l'ensemble de l'année.

L'évolution de l'encadrement réglementaire de la périnatalité est motivée par un souci de sécurité de la prise en charge mais elle va peut-être à l'encontre de certaines attentes des patientes. En effet, la médicalisation de la naissance est une problématique ambiguë. S'il est tout à fait normal que l'on propose une médicalisation accrue en cas de pathologie, il faudrait également que les établissements se donnent les moyens de moins médicaliser un accouchement sans problème et d'écourter la durée de séjour de la patiente. La prise en charge devrait alors s'orienter plus spécialement sur des aspects physiologiques plutôt que médicaux. Ainsi, selon le directeur médical du pôle femme-mère-enfant du CH de Mulhouse, « *une maternité est probablement d'autant plus attractive qu'elle est moins médicalisée*⁹⁹ ».

L'encadrement réglementaire de la périnatalité doit toutefois être relativisé par le caractère très politique, voire polémique, de la thématique. Pour un président de conseil d'administration d'hôpital de proximité, la périnatalité est la porte d'entrée dans la thématique de la chirurgie. Nous verrons plus loin que cette menace ne s'exerce pas de la même façon, selon les hôpitaux de proximité que l'on considère¹⁰⁰.

⁹⁸ Une maternité ayant une activité de 300 à 1000 naissances doit pouvoir bénéficier de la présence d'une sage-femme en continu. Puis, par tranche de 200 naissances supplémentaires, il faut compter une sage-femme supplémentaire, en équivalent temps plein.

⁹⁹ Entretien du 7 juin 2006.

¹⁰⁰ Cf *infra*, p.65-67

b) *La périnatalité, un domaine au cœur de la planification sanitaire.*

La périnatalité fait l'objet d'un traitement particulier dans la planification sanitaire. Elle a été la première activité dont l'offre a été largement restructurée du fait de la mise en place de seuils minimaux d'activité réglementaire, bien avant les urgences ou le traitement du cancer, par exemple. Ainsi, en 1972, la France comptait 1747 maternités, puis 815 en 1997 et 653 en 2002. Ce mouvement de recomposition a été particulièrement fort entre 1999 et 2002, période à laquelle 96 maternités ont cessé leur activité, 28 fusions de maternités se sont produites et 31 réseaux de périnatalité ont été créés. C'est aussi l'époque à partir de laquelle les premiers CPP ont vu le jour. La rationalisation de l'offre de soins en périnatalité a touché aussi bien le secteur public que le secteur privé.

Le bilan de cette recomposition fait apparaître qu'il ne reste, en 2006, que 30 maternités publiques pratiquant moins de 300 accouchements annuels. Elles bénéficient de la clause « *d'exception pour isolement géographique* ». En revanche, afin d'éviter un effet de seuil, il convient aussi de souligner que 107 maternités publiques réalisent moins de 600 accouchements par an, 600 étant le seuil en-dessous duquel peuvent surgir de réelles difficultés de financement du temps médical nécessaire pour assurer cette activité¹⁰¹.

75% des femmes accouchent toujours à moins de 15 km de leur domicile¹⁰², ce qui témoigne de la possibilité de maintenir des maternités de proximité, pour les accouchements ne présentant de risques ni pour la mère ni pour l'enfant. La proximité est en effet privilégiée dans les phases de pré-partum et de post-partum. La mission périnatalité¹⁰³ conseille d'encadrer les accouchements faciles et le suivi pré-natal par des sages-femmes dans des maisons de naissance, voire des hôpitaux locaux. Cela permettrait à ces territoires de garder un contact avec la phase de maternité, ce qui est un objectif important de l'aménagement du territoire. Pour des raisons de sécurité et de réaction nécessaire face à l'urgence, il faut que l'accès à des sites d'accouchement plus sophistiqués soit assuré. Un lien avec la maternité de référence et une activité de chirurgie gynécologique doit donc exister en cas de complications. Ce lien était jusqu'à présent symbolisé par les conventions de transfert mais pourrait à l'avenir se concrétiser par une véritable « affiliation » de l'hôpital de proximité à l'hôpital de référence.

¹⁰¹ PEJU N. « La périnatalité et l'hôpital : crise de croissance de la natalité en France ». *L'essentiel de l'hôpital*, mai 2006, p.1-5.

¹⁰² DELEGATION A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET A L'ACTION REGIONALE (DATAR). *Territoires de l'hôpital et territoires des projets de santé*, 2004, p.22

¹⁰³ BREART, PUECH, ROZE . *Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale*. 2004. 24 p.

B) Les coopérations existantes en matière de périnatalité dans le territoire du sud-Alsace : la prépondérance des coopérations bilatérales

a) *De rares coopérations multilatérales en matière de gynécologie-obstétrique*

L'absence de maternité de niveau 2 dans le territoire de santé n°4 peut expliquer le fait que la plupart des coopérations sont réalisées bilatéralement entre le CH de Mulhouse et un autre établissement de santé du territoire. Par ailleurs, la densité de l'offre pourrait expliquer que la concurrence existe en matière de périnatalité et qu'il n'est pas facile de trouver une position commune favorable aux coopérations multilatérales. Pour autant, à la suite des décrets de 1998 rendant obligatoires l'adhésion de toute maternité à un réseau de soins et l'organisation du transfert des grossesses à risque, les établissements ont pu trouver un terrain d'entente sans arbitrage nécessaire de la part de l'ARH. Les conventions de transferts des grossesses à risque vers le CH de Mulhouse ont été signées par les établissements du territoire, en 2001. L'équipe médicale du centre hospitalier de Mulhouse a décidé de s'engager, sur ce sujet, dans une concertation annuelle avec les maternités du territoire, afin d'analyser le déroulement des transferts, les cas ayant posé problème, les suites données par le CH de Mulhouse et le niveau de satisfaction des maternités de niveau 1 à l'égard de leur relation de travail avec l'hôpital de référence. Le résultat statistique est presque parfait puisque seulement 3,4% des enfants issus de grossesses multiples naissent encore dans des centres dépourvus d'unité de néonatalogie¹⁰⁴. Les transferts *in utero* sont largement privilégiés. La principale difficulté du système actuel, admise par les différents intervenants, reste le transfert des patientes en post-partum de l'hôpital de référence, dont le taux d'occupation des lits est très élevé, vers la maternité de niveau 1 qui a adressé la parturiente. Cette difficulté reste relativement surprenante car le taux d'occupation des lits des maternités de niveau 1 n'est pas assez élevé pour l'expliquer. Les coopérations multilatérales s'expriment aussi à un niveau supérieur à celui du territoire puisque le réseau régional périnatal « Naître en Alsace » existe depuis 2000. Le réseau a surtout pour objectif des rencontres pluridisciplinaires autour de cas cliniques et d'analyse des principaux transferts infra-régionaux ayant eu lieu au cours des mois passés. Les maternités privées et publique de Mulhouse sont parties prenantes des travaux de ce réseau.

¹⁰⁴ A titre d'exemple, ce taux est de plus de 40% en Rhône-Alpes, en Picardie et dans le Nord-Pas de Calais.

b) Les coopérations bilatérales autour du centre hospitalier de Mulhouse

Les conventions bilatérales ont pour pivot l'établissement de référence, le CH de Mulhouse. En général, il peut paraître vain de vouloir distinguer les coopérations entre établissements publics et les coopérations entre le secteur public et les cliniques privées mais en l'espèce, les coopérations sont de natures différentes.

Les coopérations public / public

Les relations entre le pôle femme-mère-enfant du CH de Mulhouse et le service de gynécologie-obstétrique du CH de Thann sont dynamiques car il existe un respect mutuel entre les professionnels des deux structures et la reconnaissance de l'action de l'autre. Ces relations prennent en compte l'autonomie qui est celle du CH de Thann. En effet, le réseau périnatal de proximité des vallées de la Thur et de la Doller, qui existe autour de Thann, assure une activité stable, à un niveau acceptable et quasi-optimal de la maternité de Thann. Le taux de fuite dans la spécialité est très faible. Néanmoins, le lien avec le CH de Mulhouse existe. Des réunions cliniques se tiennent régulièrement afin d'analyser les transferts pré-partum et les transferts de nouveaux-nés. L'objectif est d'anticiper la prise en charge en maternité de niveau 3 et de privilégier les transferts in utero car le transfert de nouveaux-nés est toujours une opération délicate. En contre-partie, les suites données par le CH de Mulhouse sont analysées (durée de séjour, information régulière du médecin ayant demandé le transfert, renvoi de la patiente vers le médecin initial pour le suivi post-partum).

La relation est plus complexe entre le CH de Mulhouse et le CH d'Altkirch. Si les conventions de transferts fonctionnent, elles n'empêchent pas le CH d'Altkirch d'évoluer en autarcie, sans participation active à une évaluation du déroulement des transferts et sans possibilité de limiter les dysfonctionnements dans les adressages de parturientes. Le départ d'un gynécologue-obstétricien d'Altkirch vers Mulhouse, en 2003, a rendu encore plus difficile la situation d'Altkirch et le sentiment d'être une structure en survie. Afin de ne pas précipiter la fermeture de la maternité du CH d'Altkirch, l'hôpital de référence a autorisé une activité de consultations d'un de ses praticiens au CH d'Altkirch. A l'heure de la tarification à l'activité et d'un débat sur la chirurgie des hôpitaux de proximité, ce temps médical du CH de Mulhouse mis à disposition de celui d'Altkirch pourrait être remis en cause car il s'effectue au détriment de l'activité du CH de Mulhouse. C'est en tous cas, le point de vue du directeur médical du femme-mère-enfant du CH de Mulhouse.

Les coopérations public / privé : le choix des créneaux de recherche

Les coopérations public / privé concernent l'hôpital de référence et les deux cliniques mulhousiennes. Depuis 1999, leur collaboration en matière d'assistance médicale à la procréation permet le détachement ponctuel d'un praticien hospitalier au centre de fécondation in vitro de la clinique du Diaconat. Il est d'ailleurs intéressant de noter que la confiance des deux cliniques envers le CH de Mulhouse est née de ce dispositif de coopération et a permis ensuite la signature rapide d'une convention de transfert des grossesses à risque vers le CH de Mulhouse et l'augmentation immédiate du taux de transfert. Il existe une entente tacite entre les équipes médicales du CH de Mulhouse et des cliniques de Mulhouse pour ne pas multiplier les projets de recherche. La priorité repérée actuellement dans le territoire serait la chirurgie des interventions rares, telle la prise en charge du cancer du col de l'utérus.

C) Le cahier des charges du SROS 3 périnatalité : des structures en sursis ?

Malgré la plus forte densité régionale de gynécologues-obstétriciens, les discussions autour du SROS 3 périnatalité de l'Alsace ont semblé poser problème. Ces difficultés sont liées au caractère politique du sujet. En outre, la forte densité de gynécologues-obstétriciens ne permet pas de compenser la faiblesse du nombre de pédiatres, surtout dans l'agglomération mulhousienne. Mais les discussions ont surtout concerné les hôpitaux de proximité et la nature de leur activité future de périnatalité. Les interventions des élus locaux ont poussé l'ARH d'Alsace à modifier l'avant-projet du SROS 3. Par exemple, en janvier 2006, l'avant-projet du SROS diffusé par l'ARH d'Alsace mentionnait de façon abrupte la fermeture de la maternité d'Altkirch : le nombre d'implantations d'activité de gynécologie-obstétrique était au nombre d'une en 2006 et de zéro en 2011, quand, dans le même temps, un CPP apparaissait en 2011. La version finale du SROS amende ce point de vue, à la suite de l'activisme du député-maire d'Altkirch. La fermeture de la maternité n'est plus une certitude absolue. « *Le maintien de la gynécologie-obstétrique à Altkirch sera fonction de l'évolution de l'activité du service, des conditions de maintien de la continuité médicale par la présence d'une équipe de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes-réanimateurs et de pédiatres titulaires de l'établissement et de la conformité des installations aux normes de sécurité des personnes, des biens et sanitaires. Le cas échéant, la maternité pourra être transformée en CPP* ». Ainsi le nombre d'implantations en gynécologie-obstétrique en 2011 devient « d'une à zéro » et non plus zéro. Les responsables du CH d'Altkirch obtenaient ainsi un traitement identique à la maternité d'Obernai, dans le Bas-Rhin. Les mêmes conditions d'évaluation des activités d'Obernai avaient été édictées dès l'avant-projet du SROS. Toutefois, en quoi les situations d'Obernai et d'Altkirch étaient-elles comparables ? La maternité d'Obernai

enregistre 530 accouchements annuels, contre 360 à Altkirch, et le CH d'Obernai est assurément engagé dans une opération de rapprochement avec le CH de Sélestat, alors que ce type de restructuration n'est pas encore envisagé à Altkirch.

Les acteurs du projet médical de territoire, notamment les membres du bureau de la conférence sanitaire, doivent prendre conscience du fait que le SROS est très cadrant. Certes, sa rédaction finale laisse plus de liberté aux acteurs en mentionnant les conditions d'exercice et donc les conditions de fermeture. Il s'agira alors de vérifier la réalisation des conditions d'exercice, à un instant donné et dans la perspective des départs en retraite des professionnels de la naissance, puis d'établir, le cas échéant, un planning d'abandon d'une activité, de reclassement des personnels et de redéploiement potentiel des activités, même si les patientes garderont la liberté de choix. Pourtant, depuis la publication du SROS, la note de cadrage de l'ARH est restée muette sur le sujet de la périnatalité. Cet « oubli » signifie-t-il que tout est déjà décidé dans ce domaine ? Quelle est dans ce cas le verdict sur l'organisation future de la périnatalité en sud-Alsace ? La note de cadrage relative au projet médical de territoire peut avoir pour conséquence de semer le doute sur l'avenir de la chirurgie et de la périnatalité à Altkirch. En effet le « *CH d'Altkirch (y est) invité à établir un partenariat avec le centre hospitalier de Mulhouse afin de garantir par cet adossement et en fonction de ses ressources humaines propres la pérennité de ses activités dans le format le plus adapté aux besoins de la zone de proximité qu'il dessert*¹⁰⁵ ». Dans la mesure où la vulnérabilité du CH de Thann est moindre, les éléments le concernant sont nettement plus clairs. « *Le CH de Thann (...) aura à explorer avec le CH de Mulhouse les termes d'une collaboration propre à consolider ses activités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique ainsi que l'accueil des urgences*¹⁰⁶ ». Enfin, l'ARH conserve une position libérale, au sens neutre du terme, envers la situation des deux cliniques mulhousiennes, dont la démographie médicale est très compromise et qui restent sceptiques quant à leur capacité à accroître leur activité obstétricale si la maternité du CH d'Altkirch était transformée en CPP.

¹⁰⁵ ARH ALSACE. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire : note de cadrage*. 2006, p.9

¹⁰⁶ *Ibid.*

La conception des SROS 3 avait été une concertation à vocation médicale et politique dont les directions d'établissements avaient été quelque peu écartées. Mais le projet médical de territoire, innovation majeure des SROS 3, pourrait redonner la main aux établissements dans l'organisation de leurs coopérations et pourrait mieux les responsabiliser par rapport au service rendu à une population. L'exemple de la périnatalité risque toutefois de montrer que cet outil de planification sanitaire ne peut être efficace que si ses objectifs sont clairement définis dans le SROS 3. Les établissements n'ont pas attendu la démarche du projet médical de territoire pour se poser la question de leurs forces et de leurs faiblesses, pour coopérer et se poser la question des complémentarités de l'offre de soins sur un territoire. A présent, le projet médical de territoire les oblige à formaliser ces coopérations et la tarification à l'activité les amène à rechercher la formule juridico-financière la plus adéquate pour encadrer la mutualisation des moyens et des actes.

L'hôpital public doit devenir un maillon d'une chaîne de l'offre de soins et cesser d'être une « *forteresse soignante*¹⁰⁷ ». Mais qui peut piloter cette chaîne, contenir ses aspects libéraux et structurer l'offre de soins d'un territoire ? Cette réflexion doit-elle être prise en main par un acteur du territoire ou par un acteur extérieur ? L'établissement de référence est le mieux à même de montrer en quoi les discussions suscitées par le projet médical de territoire vont apporter la proximité territoriale et le chaînage de l'offre de soins dans le domaine de la périnatalité. En quoi, sur ce dossier, le CH de Mulhouse devient-il alors l'organisateur de cette offre et de sa réponse efficace aux besoins de santé ? Comment faire en sorte que le projet médical de territoire ne devienne pas une « coquille vide » et ne reste pas « lettre morte » ?

¹⁰⁷ CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le Management stratégique hospitalier*. Paris : Editions Masson, 1997, 447 p.

2 COMMENT METTRE EN ŒUVRE UN PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE ?

2.1 Un préalable : l'analyse du jeu des acteurs et leur positionnement par rapport à l'établissement de référence

La démarche de diagnostic stratégique¹⁰⁸ a pour objectif de caractériser la situation analysée, de déterminer les variables les plus importantes pour le sujet en question et de croiser les points de vue des acteurs, afin de déterminer les différents scénarii possibles pour l'organisation future de l'offre de soins en sud-Alsace. Ces scénarii mettent toutefois en évidence la nécessité de concertation et de conciliation d'intérêts divergents. L'analyse du jeu des acteurs mettra en évidence quatre problèmes : deux concernent l'organisation future de l'offre de soins dans le territoire ; deux autres concernent les outils juridiques rendant possible la recombinaison de l'offre de soins. Il s'agira alors de mettre en évidence quatre propositions de solutions aux quatre problèmes mis en évidence. Ces recommandations ne sont pas spécifiques au territoire de santé n°4 d'Alsace. La question des outils de coopération sera complétée par la question des structures à même de favoriser la conduite d'un projet médical de territoire au contenu cohérent et substantiel.

2.1.1 Une démarche de diagnostic stratégique : pour quelles coopérations ?

A) Le choix d'un diagnostic interne par les établissements

La première question qui se pose au moment de préparer un projet médical de territoire est celle de l'autorité compétente pour effectuer un diagnostic de l'existant et des éléments de recommandations sur les évolutions souhaitables de l'offre de soins. La conférence sanitaire est investie de ces attributions mais sa composition plénière de près de 80 membres en fait un simple forum qui doit déléguer cette compétence à un bureau. Pour autant, les membres du bureau seront à la fois juges et parties dans le diagnostic. La question se pose alors de poursuivre dans cette voie de diagnostic interne, par les acteurs eux-mêmes, ou de choisir un diagnostic externe. Le contexte de 2006 est favorable à un diagnostic externe par le biais du « tour de France de la FHF », assisté du groupe Montaigne. Son étape alsacienne a eu lieu au début du mois d'octobre 2006. Le diagnostic externe vise à déterminer le cheminement nécessaire pour changer le profil

¹⁰⁸ Au sens des publications de Michel Godet. Cf annexe n°9 et GODET M., *De l'anticipation à l'action*. Paris : Dunod, 1992, 390 p.

d'activité d'un établissement dans de bonnes conditions d'emploi des ressources et de compétitivité. Il s'agit d'établir les forces et les faiblesses de chaque établissement, de repérer les zones de vulnérabilité liée à un faible nombre d'actes, ainsi qu'à de forts taux de fuite et d'en déduire une meilleure répartition des activités entre hôpitaux publics et les segments d'activité sur lesquels progresser¹⁰⁹. Les limites du diagnostic externe sont toutefois réelles. Certes les recommandations s'appuient sur des données statistiques indubitables mais elles ignorent le contexte politique des établissements et l'historique de leurs relations ainsi que de celles qui les unissent aux tutelles. Par ailleurs, l'organisme commanditaire du diagnostic aura une tendance naturelle à prodiguer des recommandations adressées aux seuls hôpitaux *publics* alors que la conférence sanitaire a vocation à représenter tous les établissements de santé du territoire. Enfin, toutes les recommandations visant à privilégier un secteur d'activité feraient abstraction de la vocation générale des centres hospitaliers, liée à leur mission de service public. Un établissement public de santé ne va pas abandonner des activités sur le fondement de critères financiers ou de pertes de parts de marché, sauf si un relais pérenne pour la prise en charge de ces activités existe dans le territoire.

Aussi, le pari du diagnostic interne peut être fait. Au préalable, les acteurs doivent tenter de dépasser les enjeux de pouvoir qui occultent les véritables enjeux du développement de l'établissement. L'objectif est de faire naître des projets communs. On verra plus loin qu'il est difficile d'organiser des projets communs sans mise en commun préalable des instances de pilotage¹¹⁰. Un projet commun qui devrait être validé par de multiples instances serait très aléatoire et la probabilité qu'il soit tôt ou tard remis en cause serait trop forte. Le diagnostic interne s'appuie sur un diagnostic a priori de l'ARH. Ce dernier est assez clair dans le SROS périnatalité d'Alsace. « *Pour certaines maternités de type 1, des difficultés de fonctionnement résident dans l'organisation de la continuité médicale pour les pédiatres et les gynécologues-obstétriciens (...) L'application des conditions techniques de fonctionnement rend inéluctable la conversion d'activités de gynécologie-obstétrique en centre périnatal de proximité consécutivement au manque de professionnels médicaux disponibles* ».

Le bureau de la conférence est le lieu de confrontation des points de vue des différents établissements et de leur positionnement sur le territoire. Les acteurs locaux n'ont pas tous pris l'habitude de mener l'initiative en matière de santé donc la démarche doit être

¹⁰⁹ Cf annexe n°8

¹¹⁰ Cf *infra*, p.72-75

lancée par un animateur de territoire. L'hôpital pivot du territoire est le centre hospitalier de référence. Tous les acteurs interrogés le placent comme le seul à même d'engager les discussions. La constitution effective de la conférence sanitaire est certes décisive mais elle doit s'organiser pour trouver un format opérationnel. Ainsi, outre un bureau de la conférence, l'ARH de Bretagne a nommé des chargés de mission sur chaque thématique traitée par le projet médical de territoire. Il faut donc pouvoir compter sur un rôle facilitateur de l'ARH. Ce constat explique que les projets médicaux de territoire connaissent un destin et une réussite très variables en fonction des régions.

Les chefs d'établissements du territoire, réunis dans le bureau de la conférence de territoire, n'y appartiennent pas au titre d'une légitimité administrative ou politique mais d'une légitimité de fait, une capacité à avoir une vision globale de l'activité de l'établissement, de ses conditions d'exercice et de sa place dans le territoire. Les questions à se poser sont identiques pour chaque établissement :

- quelles sont les missions de l'établissement ?
- de quelles ressources dispose-t-il pour les assurer ?
- quelles complémentarités doivent être organisées pour combler le manque de ressources prévisible ?
- quels éléments doivent être mutualisés (effectifs, matériels, qualifications) ? quels éléments doivent être redéployés ?

C'est en confrontant les réponses de chaque chef d'établissement que le projet médical de territoire va conforter l'idée de faire évoluer chacun d'eux. Les relations multilatérales au sein d'un bureau de conférence sont peut-être plus aléatoires que ne peuvent l'être des discussions bilatérales entre l'ARH et chacun des établissements pris individuellement. Dans un fonctionnement de bureau, chacun peut comparer ses marges de manœuvre à celles des autres acteurs. S'il apparaît en position de faiblesse relative, les discussions peuvent tourner court.

Dans le cas de l'*élaboration* d'un projet médical de territoire en sud-Alsace, les éléments fondamentaux sur lesquels doivent se positionner les principaux acteurs sont l'avenir de la maternité du CH d'Altkirch à court terme, l'avenir des maternités du sud-Alsace à moyen terme, l'avenir de la chirurgie publique dans le territoire, les conditions d'un transfert d'activités vers le CH de Mulhouse ou les cliniques mulhousiennes. Dans la *méthodologie* d'un projet médical de territoire, les éléments fondamentaux sur lesquels doivent se positionner les acteurs sont le rôle exact du directeur de l'hôpital de référence, les limites fixées à son action dans le cadre du projet médical de territoire et la marge de manœuvre des acteurs à l'égard du SROS.

- B) L'analyse des positions des acteurs du territoire laisse entrevoir les divergences qu'il faudra surmonter

a) *L'avenir de la périnatalité en sud-Alsace*

Paradoxalement, la transformation de la maternité d'Altkirch en CPP, hypothèse envisagée par le SROS 3, est loin de faire l'unanimité dans le territoire de santé n°4. En admettant que l'activité ainsi supprimée se répartirait équitablement entre six maternités (les trois maternités mulhousiennes, la maternité de Thann, celle de Saint-Louis et celle de Belfort-Montbéliard), l'impact serait de cinquante naissances supplémentaires par établissement chaque année. Cette évolution est largement acceptée par les directions et les équipes médicales des CH de Thann et Mulhouse. En revanche, elle laisse sceptiques les directions des cliniques mulhousiennes. On peut voir ici deux interprétations. Officiellement, les cliniques déplorent une mesure mal préparée par le SROS 3 et un impact mal évalué pour les cliniques à l'heure où celles-ci s'interrogent sur la viabilité de leur activité de gynécologie-obstétrique. En fait, la critique ne concerne pas l'évolution de la maternité d'Altkirch mais plutôt le contenu global du SROS périnatalité et l'équilibre instable qu'il laisse subsister entre les trois maternités mulhousiennes. Le manque de pédiatres libéraux devrait amener un rapprochement des deux cliniques dont l'activité de gynécologie-obstétrique réunie pourrait alors quasiment égaler celle de la maternité du CH de Mulhouse.

Officieusement, il est probable que les cliniques envisagent un déversement massif de l'activité du CH d'Altkirch vers le CH de Mulhouse, tant pour les accouchements que pour les actes de chirurgie. Ainsi la position de l'hôpital de référence à Mulhouse se trouverait renforcée. Il est certain qu'un surcroît d'activité est plus facilement assimilable par l'établissement de référence, du fait de sa taille, et des collaborations qu'il entretient déjà avec les établissements qui pourraient être amenés à abandonner cette activité. La patientèle du Sundgau, du fait de ces coopérations, serait donc prédestinée à s'orienter à terme vers le CH de Mulhouse. Ces éléments ne sont pas vérifiables à l'heure actuelle.

b) *L'avenir de la chirurgie en sud-Alsace : les ambiguïtés de la politique de planification sanitaire*

La question concerne en premier lieu la chirurgie publique. Afin de limiter le taux de fuite hors du territoire, il convient de laisser au patient un choix d'offre sanitaire dans le territoire, tout en évitant la perte de chance grâce à une orientation rapide vers la structure adaptée, en cas de transfert. Pour des raisons déjà évoquées, il ne semble pas optimal de privilégier la seule chirurgie ambulatoire dans les centres hospitaliers de

proximité et d'assumer toute la chirurgie réglée et d'urgence dans le centre hospitalier de référence¹¹¹. Le CH de Thann l'a compris en envisageant de mener de front le développement de la chirurgie ambulatoire et un recentrage sur la chirurgie réglée, ouvrant alors la porte à un abandon de la chirurgie en urgence. Pour autant, ce projet implique une collaboration des équipes médicales de Thann et de Mulhouse pour s'assurer que le plateau technique de Mulhouse puisse accueillir occasionnellement des chirurgiens de Thann, éventuellement accompagnés de leurs équipes paramédicales. Cette collaboration est envisageable en chirurgie gynécologique du fait des collaborations existantes entre les deux équipes médicales. Elle est plus difficilement engagée dans les autres spécialités chirurgicales. Généralement, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique ne peuvent pas être analysées exactement de la même façon dans un établissement de proximité. La démographie médicale est légèrement moins défavorable en chirurgie, ce qui laisse parfois l'illusion que les coopérations ne sont pas encore une nécessité et que les équipes chirurgicales ne sont pas encore dans une position de survie.

Ces éléments doivent être intégrés dans les travaux préparatoires d'un projet médical de territoire. Ils permettent le positionnement de chaque établissement dans le territoire et dans sa relation avec l'hôpital de référence. Pourtant, ce travail est faussé par les vicissitudes de la planification sanitaire. La construction actuelle d'un nouveau plateau technique au CH d'Altkirch discrédite la thèse d'un abandon de la chirurgie dans cet établissement. Pourtant, la démographie médicale y est très compromise du fait de la pyramide des âges des praticiens de l'hôpital. Toutes les discussions relatives au projet médical de territoire achoppent tôt ou tard sur cette question et laissent planer un doute qui nécessitera un arbitrage de l'ARH sur la poursuite de l'activité chirurgicale et obstétricale du CH d'Altkirch.

En attendant, la première mesure envisageable semble être une mutualisation des gardes chirurgicales au niveau du territoire, dans la mesure où la chirurgie permet la distinction des actes programmés et des urgences. L'implication du secteur privé dans cette mesure n'est pas assurée car elle représente une mesure ressentie comme une « perte potentielle de clientèle ». En revanche, l'obstétrique ne peut pas être abordée de la même façon car les accouchements sont des actes non-programmés par excellence.

¹¹¹ Cf *supra*, p.45

c) *Les marges de manœuvre d'un projet médical de territoire : dirigisme ou liberté d'organisation pour un projet commun ?*

L'opinion des participants sur le projet médical de territoire est mitigée. Elle ne se fonde pas sur l'observation des travaux du projet médical de territoire en sud-Alsace mais sur la conception théorique de cet outil juridique.

Pour les plus sceptiques, le projet médical de territoire présente l'intérêt de déterminer le degré réel d'autonomie des établissements à la suite d'un SROS 3 jugé très cadrant. Les marges de liberté à saisir seraient donc très limitées. Le projet médical de territoire ne serait plus un contrat commun et partagé entre les parties mais un retour à la loi ou au contrat léonin. Cette position est surtout envisagée par les acteurs qui estiment avoir le plus à perdre dans les dispositions d'application du SROS 3. L'objectif principal pour rendre la démarche crédible est de ne pas faire du projet médical de territoire une simple couche supplémentaire d'un « mille-feuilles » de normes. S'il ne fait que reprendre les dispositions du SROS sous une autre forme, sa plus-value est nulle. Il doit aller plus loin que le SROS en précisant les moyens et les délais d'atteinte des objectifs et l'évaluation de leur pertinence. Mais le projet médical de territoire ne peut pas non plus s'engager dans une voie complètement inexplorée par le SROS, au risque de créer la confusion. Cette clarification de la position d'un projet médical de territoire est également fondamentale pour obtenir l'implication du corps médical, libéral et hospitalier.

d) *L'implication du corps médical dans la démarche de projet médical de territoire*

Le projet médical de territoire, du point de vue du directeur d'hôpital, a parfois été comparé au fonctionnement et à l'enjeu d'un réseau pour les médecins. On peut y observer des échanges de bonnes pratiques, la mise en commun de moyens et l'optimisation de la prise en charge des patients.

Pour y impliquer les médecins, le projet médical de territoire doit, autant que possible, se rapprocher des réseaux de santé existants, en s'appuyant sur des praticiens déjà habitués à travailler ensemble. La collaboration médicale sera effective si un accord sur les objectifs intervient et si l'appropriation du projet peut s'effectuer sans décision préalable et irrévocable de la direction. Néanmoins, la tarification à l'activité a parfois eu tendance à créer un mode de fonctionnement plus autarcique des équipes médicales. Ainsi, la mise à disposition d'un temps médical du CH de Mulhouse vers le CH d'Altkirch, afin d'y réaliser des consultations en matière de gynécologie, est progressivement vécu par les équipes médicales mulhousiennes comme une mesure contestable, dans laquelle le CH de Mulhouse se prive d'une partie de l'activité de l'un de ses praticiens.

La mise en évidence des principaux points de divergence entre acteurs permet à présent de qualifier les futurs possibles, d'évaluer leur impact et le rôle précis qu'y jouerait le projet médical de territoire.

C) Les scénarii possibles¹¹²

a) *Le scénario tendanciel*

Le scénario tendanciel est une démarche exploratoire vers la situation la plus probable à l'heure actuelle. Dans ce scénario, le projet médical de territoire ne fait qu'accompagner le SROS, en s'adaptant, le cas échéant, au contexte politique.

Ce scénario préconise la fermeture de la maternité du CH d'Altkirch, mais après les élections municipales de 2008. Le projet médical de territoire établit les conditions de fermeture, les modalités de transfert d'activité, dans le respect du libre choix de la patiente, les liens nouveaux à établir avec les professionnels libéraux et le cahier des charges d'un futur CPP.

Dans toute démarche de recomposition de l'offre de soins se pose l'alternative suivante : soit le patient se déplace vers la nouvelle structure de prise en charge, soit c'est le médecin qui se déplace dans l'établissement concerné par la recomposition. Dans le premier cas, l'éventuel problème sera celui de l'accès au soins. Dans le second cas, le problème avéré sera celui de la valorisation financière des actes pour les médecins et pour les établissements. Cette alternative peut-elle être tranchée par un accord dans un projet médical de territoire, sachant que ce débat n'est pas tranché au sein de l'ARH, ce qui explique quelques incertitudes quant à l'avenir de certaines activités exercées dans les hôpitaux de proximité ? Deux arguments vont dans le sens d'une mobilité limitée. D'abord, il convient de considérer que le préalable à toute coopération est la consolidation de l'activité par des moyens internes à l'établissement. En outre, la mobilité des médecins ne doit pas être forcée, au risque de provoquer leur départ et de compromettre la viabilité d'une spécialité. Dans un territoire où l'offre hospitalière, publique et privée, est si dense, la concurrence pour le recrutement médical est réelle.

Enfin, le scénario tendanciel postule également le développement de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux publics du territoire et l'abandon du traitement des

¹¹² Cf annexe n°9

urgences chirurgicales en hôpital de proximité. Il pourrait même postuler l'abandon de la chirurgie à Altkirch à moyen terme, après le départ en retraite des praticiens actuels de l'établissement.

b) Le scénario de rupture

Le scénario de rupture est une démarche exploratoire vers une situation peu probable à l'heure actuelle mais non invraisemblable, bâtie à partir d'un « germe¹¹³ ». Le projet médical de territoire est alors ici une véritable révision du SROS.

Ce scénario aboutit au maintien de la maternité d'Altkirch. Le germe qui pourrait permettre cette rupture serait un meilleur recrutement médical au CH d'Altkirch. Ce scénario s'appuierait aussi en théorie sur le germe d'une adaptation du plateau technique d'Altkirch, qui n'a plus rien de théorique aujourd'hui...

Enfin, le scénario de rupture peut favoriser l'émergence d'un groupement hospitalier de chirurgie publique du sud-Alsace, avalisé par une formule juridique consolidée de la conférence sanitaire de territoire. Cette proposition, parfois attribuée à l'ARH d'Alsace, naîtrait du germe de la réflexion nationale sur la chirurgie des hôpitaux de proximité.

c) Le scénario volontariste

Le scénario volontariste est celui qui établit le futur souhaité. Si l'on considère que le SROS 3 donne une approximation du futur souhaité, le projet médical de territoire est alors un applicatif du SROS. Le projet médical de territoire comme « applicatif » du SROS est donc une vision plutôt valorisante puisqu'il s'inscrit dans un scénario dit *volontariste*.

La fermeture de la maternité d'Altkirch est une hypothèse du scénario volontariste. En théorie, elle pourrait s'accompagner de la fermeture de celle de Saint-Louis. Ce scénario propose également un rapprochement des cliniques privées de Mulhouse sur le créneau de la gynécologie-obstétrique. Les conséquences de ces mutations doivent être analysées. Les fermetures d'activités doivent toujours donner lieu à une étude de la répartition future des patientes. Il est certain que la fermeture d'une maternité du territoire ne peut être assumée par un seul établissement.

¹¹³ Un germe est un signe infime à l'heure actuelle mais aux conséquences importantes à terme. Cf annexe n°9, p.112

Le scénario volontariste tend aussi à prouver que les formules de coopérations conservant une activité réglée de proximité doivent être privilégiées. Le scénario volontariste explore la possibilité de coopérations public / privé dans des secteurs non-concurrentiels où subsistent « *des places à prendre*¹¹⁴ » pour le secteur public, telles la mise en place d'une HAD de territoire.

2.1.2 Enseignements sur le rôle de « référent » revu par le SROS et ses acteurs

La position de l'ARH d'Alsace sur le rôle d'un projet médical de territoire et la mission de l'hôpital de référence a toujours été claire : le référent propose et mène les travaux, sans pouvoir d'arbitrage ou d'injonction sur les autres membres de la conférence de territoire. Ce point de vue est inscrit à deux reprises. Des objectifs sont fixés dans le SROS puis « *l'hôpital de référence ne décide pas (...) il initie le débat au sein de la conférence sanitaire, discute avec les différentes structures et fait des propositions (...) L'organisation des dispositifs (...) associera tous les établissements du territoire quel que soit leur statut. Elle s'effectuera dans le cadre de la conférence sanitaire sur la base des propositions de l'établissement de santé de référence de la ville pivot du territoire*¹¹⁵».

Néanmoins, le SROS ne dit pas tout. Les objectifs fixés par la note de cadrage sur les projets médicaux de territoire nécessiteront des évaluations d'étape qui seront suivies d'arbitrages. Qui rendra alors ces arbitrages à mi-parcours du SROS 3 ? Sans chercher à arbitrer, l'établissement de référence devient le garant du respect des principes du SROS. On attend du projet médical de territoire qu'il comporte une proposition d'ordre de priorité et de phasage de ses réalisations, calé sur la durée du SROS. Or, proposer un ordre de priorité des réalisations et un calendrier d'application, n'est-ce pas déjà arbitrer ?

- A) L'établissement de référence, sans arbitrer, se voit imposer un traitement différencié entre les différents établissements de santé du territoire.

La note de cadrage de l'ARH d'Alsace fixe à l'hôpital de référence du territoire n°4 les objectifs d'un projet médical de territoire. Ainsi, le « *CH de Thann (...) aura à explorer avec le CH de Mulhouse les termes d'une collaboration propre à consolider ses activités*

¹¹⁴ Entretien du 4 septembre 2006 avec M. David CAUSSE, responsable du pôle « organisation sanitaire » de la FHF.

¹¹⁵ ARH ALSACE. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire : note de cadrage*. 2006, p.6

de chirurgie et de gynécologie-obstétrique ainsi que l'accueil des urgences¹¹⁶ ». En revanche, le « CH d'Altkirch (est) invité à établir un partenariat avec le CH de Mulhouse, afin de garantir par cet adossement et en fonction de ses ressources humaines propres la pérennité de ses activités dans le format le plus adapté aux besoins de la zone de proximité qu'il dessert¹¹⁷ ». On peut, à ce stade, tirer trois enseignements. D'abord, l'ARH d'Alsace ne traite pas les coopérations public / privé. Ensuite, la situation de Thann est relativement claire. Enfin, la formulation de l'avenir du CH d'Altkirch est pour le moins ambiguë.

L'hôpital de référence a divers moyens de tirer les conséquences de ces enseignements. Il peut tout d'abord chercher à aller plus loin que le SROS et les directives de l'ARH en intégrant dans le projet médical de territoire des coopérations public / privé, notamment entre établissements de santé mulhousiens. En outre, l'hôpital de référence ne peut traiter de façon identique deux hôpitaux de proximité, pourtant presque équidistants de Mulhouse. Le rôle de « référent » est forcément variable d'un établissement à l'autre. Les situations de Thann et Altkirch ne sont pas comparables. Pourtant classés tous les deux dans les zones de vulnérabilité définies par le groupe Montaigne¹¹⁸, ces deux établissements connaissent un contexte différent. Le secteur libéral de Thann constitue un relais pour l'hôpital de Thann alors que le secteur libéral est presque inexistant autour d'Altkirch, dans le Sundgau¹¹⁹. En outre, l'activité opératoire du CH de Thann est supérieure de 50% à celle du CHA¹²⁰. On constate que la notion d'hôpital de proximité recouvre des réalités très diverses. Ces situations différentes se traduisent par des attentes différentes vis-à-vis d'un établissement de référence. Le CH de Thann n'est pas dans une logique de survie et de fonctionnement en autarcie. Ses attentes envers l'établissement de référence sont de l'ordre d'une coopération *qualitative* sur des modes d'amélioration de la prise en charge d'une population ou sur l'acquisition des qualifications nécessaires par les praticiens de l'établissement. Le CH d'Altkirch est plutôt demandeur de coopérations à caractère *quantitatif*, qui le placent dans une dépendance certaine à

¹¹⁶ *Ibid*, p.9

¹¹⁷ *Ibid*, p.9

¹¹⁸ Analyse effectuée par la FHF et le groupe Montaigne lors de l'étape du Tour de France des régions, en Alsace. Par ailleurs le rapport Vallancien évoque un taux de fuite en chirurgie de 76 % pour le CH de Thann. Cf annexe n°8.

¹¹⁹ Il n'y a, par exemple, qu'un seul gynécologue-obstétricien libéral dans la zone de proximité d'Altkirch.

¹²⁰ VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Avril 2006, p.70-72.

l'égard du centre hospitalier de référence. Le CH d'Altkirch entend combler son manque d'activité par la présence régulière de praticiens du CH de Mulhouse sur son site. Pour l'instant, Thann n'envisage ce type de coopération que de façon ponctuelle, lors de la vacance de poste d'un de ses praticiens et de façon réciproque puisqu'il n'est pas exclu, aujourd'hui, que les praticiens du CH de Thann accèdent à terme au plateau technique de Mulhouse, afin de pouvoir diversifier leur activité.

Les deux types de coopérations envisagées n'ont pas le même degré de pertinence et ne poursuivent pas les mêmes buts. Les coopérations qualitatives apportent une plus-value à l'offre de soins du territoire et veulent conforter des activités. En revanche, les coopérations quantitatives visent la survie d'une activité sur un site en difficultés et ne font que créer un phénomène de vase communicant entre l'établissement de référence et un établissement de proximité. Il n'est pas évident de discerner ce qui peut motiver un établissement à « bouger » et accepter certaines coopérations avec l'établissement de référence. Deux interprétations antinomiques peuvent être données. Le degré d'engagement d'un établissement de proximité dans une coopération augmente-t-il avec son degré de vulnérabilité ? Ou, au contraire, un établissement ne coopère-t-il qu'en étant assuré de son existence, sans enjeu de survie ? Dans le territoire de santé n°4, on observe vraisemblablement le second phénomène. La tentation est grande pour un établissement de proximité en survie, situé dans une zone de proximité ayant une identité géo-culturelle forte, de chercher à évoluer en autarcie. Il est certain que la démarche multilatérale du projet médical de territoire est faillible et peut être confrontée à de nombreux blocages.

B) Le risque de blocages : l'action menée par l'hôpital de référence est-elle légitime ?

Une légitimité est rarement donnée par une fonction. Être l'établissement de référence ne garantit pas que l'action menée dans un projet médical de territoire sera perçue comme légitime.

L'établissement de référence se positionne donc dans une logique de conviction à l'égard des autres acteurs du projet médical de territoire, au sein de la conférence sanitaire ou de son bureau. L'exercice est délicat, surtout si l'on considère la composition à présent très politique de la conférence sanitaire. Les élus locaux, en sud-Alsace, ont parfaitement compris l'intérêt d'intégrer la conférence et d'y être en bonne position. Ainsi, le député-maire d'Altkirch est devenu vice-président de la conférence sanitaire du territoire n°4, au printemps 2006.

C'est un paradoxe des SROS 3 que de vouloir objectiver la recomposition de l'offre de soins par des objectifs quantifiés tout en instituant des relations multilatérales entre établissements, assez fortement politisées. Dans un contexte d'échéances électorales, les décisions sensibles de recomposition de l'offre de soins, telle une fermeture de maternité ou l'abandon de segments de chirurgie, doivent s'appuyer sur un débat né en interne d'un établissement et fondé sur des éléments scientifiques. En aucun cas, la décision ne doit apparaître comme un acte politique ou administratif. Mais c'est aussi le jeu des acteurs au niveau du territoire qui pourra « dédouaner » les élus locaux de toute responsabilité dans l'abandon de certaines activités par un établissement.

C) De l'établissement au territoire : la mutation du rôle de directeur de l'hôpital de référence ?

Donner vie à des territoires partagés par un projet commun, tel est l'un des objectifs d'un établissement de référence. Le territoire de santé apparaît comme un levier et comme une prise de conscience de la responsabilité collective des directeurs d'hôpitaux, voire de des administrateurs des hôpitaux, par rapport au service rendu à une population, plus encore que par rapport aux soins individuels dispensés à chaque patient.

La territorialisation de la politique de santé implique une décentralisation au niveau du territoire et de son établissement de référence. Au sein de l'hôpital de référence, le chef d'établissement est missionné par l'ARH pour rédiger le projet médical de territoire. Cette mission n'est pas de s'occuper d'une simple gestion administrative du SROS mais il s'agit d'une réflexion sur le rôle de chaque hôpital dans le territoire. En outre, le CH de référence est plus à même d'orienter les relations entre le secteur public et les cliniques privées. Le CH de proximité travaille nécessairement moins sur les relations avec les cliniques. Sa relation avec la médecine de ville est en revanche souvent plus développée. L'implication du secteur privé est donc le rôle du directeur du CH de référence. C'est aussi l'une des fonctions de la conférence sanitaire. Mais on ne peut nier que la composition du bureau de la conférence sanitaire ignore le secteur privé. Le directeur de l'hôpital de référence y occupe un rôle d'expertise, de préparation des décisions à valider en séance plénière. Ce mode de fonctionnement est imposé par un impératif d'efficacité. Il reproduit un mode de fonctionnement proche de celui des conseils d'administration d'hôpitaux publics. Il existe une différence majeure toutefois : le président de la conférence sanitaire n'émet pas d'avis sur la nomination du directeur du CH de référence, qui va piloter le bureau de la conférence sanitaire.

Mais une fois validé en conférence sanitaire, les projets doivent encore être déclinés au sein de chaque établissement, dans leur CPOM, leur projet d'établissement futur et les contrats de pôles concernés. Dans la mesure où le conseil d'administration délibère sur tout projet de coopération, il reste une seconde phase de validation, devant les instances de chaque établissement. Néanmoins, les administrateurs sont de plus en plus sensibles aux débats sur la sécurité de la prise en charge, à l'analyse des taux de fuite de l'établissement et à la sécurisation des conditions financières d'exercice d'une activité. Dès lors, le rôle du chef d'établissement est de répondre à ces préoccupations et d'en tirer les conséquences quant à la viabilité des activités au sein de l'établissement qu'il dirige.

2.1.3 Les problèmes actuels soulevés par la démarche de recomposition de l'offre de soins

A) Les questions relatives à l'organisation de l'offre de soins sur un territoire

a) *Le statut de directeur d'hôpital à l'épreuve d'une politique de territoire*

La légitimité du directeur de l'hôpital de référence pour mener la régulation qualitative de l'offre de soins est contestable. Comme l'écrit M. André Fritz, « *voici donc le directeur hors-les-murs, sans autre légitimité qu'un rôle de coordonnateur délégué de l'ARH¹²¹* ». Est-ce véritablement au chef d'établissement du CH de Mulhouse de « sous-traiter » la fermeture de la maternité d'Altkirch au nom de l'ARH ? Est-ce à lui de répartir les segments de l'activité de chirurgie entre les hôpitaux publics du territoire ? Est-ce à lui d'établir la déclinaison opérationnelle des projets au rythme des échéances politiques ? En théorie, le directeur n'est pas lié par le calendrier des échéances politiques et n'est responsable devant aucune instance au titre de ses missions sur le territoire. Serait-ce une forme de renoncement de l'ARH ? La légitimité du directeur du CH de Mulhouse pour remplir ces missions est due au fait que la clientèle se répartira sur plusieurs maternités et que le CH de Mulhouse ne sera que l'un des bénéficiaires. Cela discrédite la thèse d'un directeur de CH de référence à la fois juge et partie.

Au sein d'une politique de territoire visant à mutualiser des équipes médico-chirurgicales, pourquoi la fonction de directeur d'hôpital (chef d'établissement voire adjoints) échapperait-elle à ces rapprochements ?

¹²¹ FRITZ A. Politique de territoire et fonction de direction. *Note de synthèse de la Conférence des directeurs de centre hospitalier*, novembre 2005, p.1

b) Une régulation quantitative balbutiante

L'outil des objectifs quantifiés est particulièrement rigide. Il laisse peu de place à une politique dynamique sur un territoire. Le développement d'une activité est rapidement contraint par une fourchette d'objectifs dont tous les établissements du territoire sont co-responsables. En outre, ils sont peu flexibles car l'abandon d'une activité par un ou plusieurs établissements du territoire ne fait l'objet d'aucune étude d'impact sur les autres établissements. Les objectifs quantifiés sont d'autant plus perfectibles qu'ils n'ont pas permis de remettre en question la poursuite de la construction d'un plateau technique au CH d'Altkirch. Malgré les objectifs quantifiés, la recombinaison de l'offre de soins n'est pas encore une opération scientifique. Ses aspects politiques restent influents. Depuis la réforme de la T2A, la détermination des ressources des établissements échappe de plus en plus largement à l'arbitrage des ARH mais la négociation des CPOM permet à l'ARH de continuer à peser sur l'organisation de l'offre de soins. Dans ce cas, les CPOM ne doivent pas être conçus comme une simple adaptation de la planification sanitaire à la T2A mais comme un second souffle de la politique de contractualisation. Cela s'explique par le fait que le statut et le contenu des CPOM, même en cours de révision, sont bien définis. Cela n'est pas véritablement le cas pour le projet médical de territoire et pour les outils de coopérations inter-établissements.

B) La question des leviers juridiques utiles à cette recombinaison

a) Le statut du projet médical de territoire est friable et trop dépendant de la bonne volonté des acteurs

Le statut dual du projet médical de territoire, cahier des charges en amont du SROS et applicatif du SROS en aval, crée un manque de clarté dans le discours. Les deux phases du projet médical de territoire sont distantes de seulement 13 mois en sud-Alsace, entre novembre 2005 et décembre 2006. L'ARH de Bourgogne adopte une position intéressante, réservant l'appellation de « projet médical de territoire » à la seule démarche d'application du SROS, tandis que la préparation du SROS sera l'occasion de rédiger un « pré-projet médical de territoire ». Mais les deux documents en question peuvent être incohérents si le SROS vient contredire les préconisations du « pré-projet médical de territoire ». Sans caractère juridique opposable, le projet médical de territoire reste dépendant de la bonne volonté des acteurs et des marges de manœuvre que l'ARH entend laisser aux conférences sanitaires. Vouloir concrétiser la responsabilisation collective des établissements vis-à-vis du service rendu à la population, au-delà du soin individuel au patient, est louable. Le soin individuel relève d'un établissement et d'un professionnel de santé tandis que la prise en charge d'une population est l'affaire des

représentants des établissements, réunis en conférence sanitaire. Mais sans opposabilité du projet médical de territoire et sans pouvoirs réels de la conférence sanitaire, cette responsabilité collective peut rester « lettre morte ». En d'autres termes, le projet médical de territoire ne peut se résumer à une logique de prestation de service ou de projets collectifs ; il doit s'accompagner d'une logique institutionnelle, être validé par une instance représentative, étant investie des compétences pour délibérer sur l'avenir de l'organisation sanitaire dans un territoire et investie d'un pouvoir de sanction contre les établissements ne respectant pas les engagements cosignés dans le projet médical de territoire.

b) Rechercher une formule juridique de coopération.

Le droit sanitaire français n'est pas dépourvu d'instruments de coopérations entre établissements de santé. L'instrument promu par les pouvoirs publics à la suite de l'ordonnance du 4 septembre 2003¹²² est le groupement de coopération sanitaire (GCS)¹²³.

Plus récemment, les décrets relatifs aux urgences ont confirmé cette tendance en y ajoutant la possibilité de créer une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH)¹²⁴. En l'occurrence, un établissement ne peut espérer maintenir une activité de faible volume qu'à « *condition qu'il participe à une fédération médicale inter-hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire afin de constituer une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité*¹²⁵ ». Aujourd'hui, l'obstacle majeur à la co-utilisation d'équipements et à la mise en commun de moyens humains reste la question de la rémunération des actes effectués, du point de vue des établissements concernés et du point de vue du praticien. Dans la perspective du décloisonnement des activités, le GCS présente l'avantage d'être désormais ouvert aux professionnels libéraux et aux établissements sociaux et médico-sociaux. Comme le prévoit le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, l'originalité de cette formule est d'être soumise à expérimentation, présentant une rémunération identique entre médecins libéraux et hospitaliers concourant à une même activité, avec une part forfaitaire et une part liée à l'activité. Pour autant, la résolution partielle de la

¹²² Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

¹²³ Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

¹²⁴ Articles R.6123-9 et D.6123-10 du code de la santé publique

¹²⁵ Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

question de la rémunération des professionnels et de l'affectation des recettes de l'activité entre établissements ne permet pas de trancher les questions de partage de responsabilités entre équipes médicales et de partage du temps médical des praticiens entre établissements coopérants.

Les quatre problèmes soulevés précédemment montrent largement que la logique territoriale d'autonomie des établissements est un échec si elle doit forcément passer par la négociation inter-établissements et la culture du compromis. En dépit d'une analyse du jeu des acteurs, la politique de territoire reste soumise à de nombreux blocages ainsi qu'à des vicissitudes de la politique de recomposition de l'offre de soins. Quelles sont, dans ce cas, les solutions que l'on peut imaginer à chacun des problèmes soulevés ?

2.2 Des propositions en réponse à chaque problème soulevé

2.2.1 Au sujet de l'organisation de l'offre territoriale de soins

- A) Politique de territoire et fonction de direction : quels rôles futurs d'un directeur d'hôpital et de la conférence sanitaire ?

a) *Pour une équipe de dirigeants du territoire*

Le directeur de l'hôpital de référence se voit investi de missions qui dépassent largement le cadre de son établissement. D'autres cadres de direction peuvent être amenés, dans leurs domaines de compétences, à engager des actions qui s'inscrivent dans le cadre des territoires (achats groupés pour un directeur des services économiques, coopérations pour des directeurs des affaires juridiques et des affaires médicales). Le statut de directeur d'hôpital doit pouvoir tenir compte de cette nouvelle donne, qui mutualise les politiques d'établissement et les capacités d'expertise.

L'évolution du statut de directeur doit aller de paire avec une évolution des structures. La conférence nationale des directeurs de centre hospitalier recommande une évolution vers un « consortium » d'hôpitaux publics du territoire¹²⁶. L'idée n'est pas de créer une « assistance publique de territoire ». Le bureau de la conférence pourrait servir de direction commune inter-établissements, de « directoire » d'une certaine façon. Dans la

¹²⁶ FRITZ A. Politique de territoire et fonction de direction. *Note de synthèse de la conférence des directeurs de centre hospitalier*, novembre 2005, p.1

continuité de la création de conseils exécutifs, l'évolution de la fonction de président de commission médicale d'établissement (CME) devrait répondre à la même logique. Le directeur continuerait à être chargé de la gestion d'établissement mais chaque établissement n'aurait pas « son » directeur et « son » président de CME car ces fonctions seraient agglomérées à un échelon supérieur. Cela permettrait de remédier aux longs intérim de direction qui frappent les petits établissements. Les directeurs fonctionnels, essentiellement positionnés dans l'établissement de référence, deviendraient gestionnaires de fonctions spécialisées, au niveau du territoire. Ils seraient épaulés par des chargés de missions, dont la fonction pourrait prendre une forme spécialisée ou polyvalente : soit un chargé de mission s'occupe d'un secteur « administratif » au sens des directions fonctionnelles actuelles, soit un chargé de mission encadre un pôle clinique en y assurant une fonction de coordinateur médico-technique. Le corps des attachés d'administration hospitalière, présents dans les hôpitaux de proximité et de référence, devrait être sollicité pour remplir ces fonctions. Enfin, l'organisation médicale aurait vocation à être également agglomérée au niveau du territoire. C'est déjà dans ce sens que s'organisent des rencontres de concertation pluridisciplinaires en cancérologie ou que sont nommés des coordonnateurs de filières.

b) L'absorption des conseils d'administration par la conférence sanitaire de territoire

L'enjeu est l'intégration d'établissements aux statuts très différents au-delà d'une simple convention de direction commune. Dès lors, les conseils d'administrations doivent également être regroupés afin de mettre fin aux conflits d'intérêts locaux entre établissements. Partager des projets, une vision commune de l'organisation de l'offre dans un territoire sans verser dans un consensus mou ne peut se concevoir que si les fonctions et les instances sont mutualisées. Cependant, il est probable que ces perspectives sont d'autant plus difficiles à admettre pour les dirigeants et les administrateurs que l'établissement est en situation de vulnérabilité. Dans ce schéma de « consortium », la conférence sanitaire pourrait devenir un conseil d'administration commun, dont la présidence serait tournante. Les élus locaux, de plus en plus sensibilisés à leur responsabilité en cas de manquement à des obligations de sécurité, de qualité et de continuité des soins du fait d'un manque de personnel ou d'un manque de qualification, trouveraient, dans ce schéma de consortium, une certaine sécurité juridique. Comme le note M. Patrice Lorson, « *les politiques réagissent par rapport à des critères extérieurs à nos modes de fonctionnement. A nous, directeurs, de formuler une vision territoriale de l'organisation des soins, de leur donner des arguments et des garanties vis-*

à-vis de leurs électeurs sur ce préalable : pas de perte de chances pour les patients et une égalité d'accès aux soins¹²⁷ ». Les hôpitaux publics pourraient alors développer une « politique de groupe ». Il est certain que ce groupe devrait situer son action par rapport aux autres acteurs de santé du territoire, dont les établissements privés de santé, le secteur libéral et le secteur médico-social.

c) *Saisir l'opportunité immédiate des contrats pluri-établissements d'objectifs et de moyens*

La transformation en consortium de territoire risque d'être un travail de longue haleine. A court terme, il s'agit de privilégier les clauses inter-établissements des CPOM dès qu'une question intéresse plusieurs établissements. Dans une perspective volontariste, on peut considérer que ces clauses peuvent être proposées à l'ARH par les établissements. « *Le CPOM prévoit des engagements précis et mesurables de l'établissement de santé assurant le service public hospitalier, en vue d'améliorer l'efficacité de son organisation interne, de réduire ses coûts et d'accroître la performance du service rendu aux patients. Les engagements sont notamment établis sur la base d'observations comparatives et à partir d'outils de comptabilité analytique dans une démarche de contrôle de gestion. Le contrat peut prévoir des actions d'accompagnement et des mesures d'intéressement aux résultats concernés*¹²⁸ ». Dans une perspective plus statique, l'ARH peut mettre en évidence le fait que certaines dispositions d'un CPOM risquent d'avoir des incidences sur d'autres établissements du territoire. Dans ce cas, « *le CPOM peut comporter des dispositions communes à plusieurs titulaires d'autorisation, notamment afin de mettre en oeuvre l'organisation des activités au sein des territoires de santé*¹²⁹ ». A court terme, la prochaine campagne de négociation des CPOM doit amener l'ARH à communiquer, dans le territoire de santé, sur les clauses des CPOM de chaque établissement.

A terme, une fois la logique de consortium établie, il s'agirait de pouvoir mettre en place des contrats pluri-établissements d'objectifs et de moyens, des contrats de co-utilisation de matériel, des contrats de travail inter-établissements et de valoriser l'activité multi-sites de certains salariés. Une organisation de territoire posera nécessairement la question d'un recrutement au niveau du territoire et d'une affectation territoriale du personnel. Même si ce principe est contestable du point de vue du respect des libertés individuelles,

¹²⁷ LORSON P. « Quel rôle pour les hôpitaux de proximité ? » *La Gazette Santé Social*, novembre 2004, n°2, p.7

¹²⁸ Article R. 6114-4 du code de la santé publique

¹²⁹ Article R. 6114-7 du code de la santé publique

il permettrait de pallier la désertification de certaines zones de proximité. Pour reprendre l'expression préconisée par la FHF dans son « tour de France des régions », les hôpitaux doivent mener une « *politique de groupe* ». Le territoire de santé paraît un échelon pertinent pour concevoir et appliquer cette politique de groupe tandis que la FHF, comme le signale M. Gérard Vincent, préconise « *une stratégie de groupe au niveau régional (pour ne) pas attendre les décisions de la tutelle¹³⁰* ». Mais la planification et les objectifs de santé publique restent de la compétence d'une agence régionale de l'hospitalisation et d'une DRASS.

B) Une régulation quantitative au service de la régulation qualitative : pour une réelle gradation de l'offre hospitalière

Une réelle gradation de l'offre hospitalière implique de rendre cohérent le jeu des autorisations d'équipements lourds et d'activités de soins. Sans règle stricte dans ce domaine, les investissements hospitaliers et les autorisations en conséquence restent soumis à des négociations parfois peu transparentes entre ARH, directions d'établissements et élus locaux. Des projets d'investissements surdimensionnés peuvent alors voir le jour et handicaper considérablement toutes négociations ultérieures sur des coopérations dans le territoire. La construction du nouveau plateau technique du CH d'Altkirch est un cas de figure exemplaire.

L'objectif pourrait donc être de fixer une offre opposable, limitative, d'équipements et d'activités de soins par niveau de prise en charge. A chaque niveau de soins correspondraient son niveau de services, ses spécialités et ses équipements de plateau technique. Les niveaux de prise en charge obéiraient alors à un « zonage-gigogne », chaque niveau assurant au moins les fonctions du niveau inférieur. C'est en ce sens que tout hôpital a un rôle de proximité à jouer, même à un niveau de recours. Combien de niveaux ce découpage doit-il contenir ? Le découpage de l'ARH d'Alsace contient trois niveaux : proximité, référence, recours. L'ARH de Languedoc-Roussillon propose un découpage plus ambitieux en cinq niveaux : territoire de soins primaires, bassins de santé de proximité, regroupement de bassins, niveau de référence (le territoire de santé), niveau régional. Une hiérarchie de quatre niveaux paraît intéressante : le niveau de proximité est le plus hétérogène à l'heure actuelle et mériterait d'être subdivisé. Dès lors les zones de proximité telles qu'elles existent aujourd'hui devraient être redessinées voire abandonnées. Dans ce cas, on pourrait imaginer le découpage suivant : local, proximité,

¹³⁰ AGENCE DE PRESSE MEDICALE. « La FHF se lance dans un tour de France pour développer les stratégies hospitalières régionales », Paris, dépêche du 31 janvier 2006.

référence (le territoire), recours (la région). L'enjeu serait alors de faire basculer les établissements de proximité les plus vulnérables dans la catégorie « local », où ils rejoindraient les hôpitaux locaux. Les caractéristiques essentielles de ce découpage seraient l'absence de chirurgie et d'obstétrique (hors-CPP) au niveau local et l'absence de chirurgie d'urgence et d'équipements lourds au niveau de proximité. Si les mots venaient à poser problème, ils pourraient être remplacés par des chiffres, à l'image des différents niveaux de maternités... A chaque niveau de prise en charge devrait correspondre un statut d'établissement : hôpital local, centre hospitalier de proximité, centre hospitalier de référence, centre hospitalier universitaire. Comme pour les maternités¹³¹, le niveau de référence pourrait inclure la distinction entre niveau de référence au sens strict et niveau de référence ayant un pôle d'excellence permettant d'être niveau de recours sur des activités précises (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, médecine nucléaire, génétique). Ces catégories juridiques d'établissements restent à créer. Dans notre territoire d'étude, le CH d'Altkirch deviendrait hôpital local titulaire d'une autorisation de CPP. Le CH de Thann deviendrait centre hospitalier de proximité. Le CH de Mulhouse serait centre hospitalier de référence avec niveau de recours en chirurgie cardiaque et, à moyen terme, en médecine nucléaire – radiothérapie. Les hôpitaux universitaires de Strasbourg et le centre hospitalier universitaire de Nancy constitueraient les niveaux de recours du sud-Alsace. Les cliniques du territoire de santé n°4 correspondraient toutes à un niveau de proximité.

Les abandons d'activités suscités par une offre graduée de soins opposable seraient facilités dans un dispositif dépolitisé de type « consortium » d'hôpitaux d'un territoire. Dès lors qu'une activité est abandonnée, l'établissement local ou de proximité, restructuré, doit signer une convention d'affiliation avec l'établissement de proximité ou de référence qui lui est directement supérieur et qui prendra vraisemblablement en charge les patients de son bassin de vie. De fait, la présence d'un plateau technique n'est plus obligatoire dans tout établissement puisqu'il suffit de passer une convention, y compris avec des structures privées du type cabinet de biologie ou de radiologie. Ce type de dispositif existe déjà en matière de transferts des grossesses à risque. Dans le domaine de la périnatalité, il devrait être mis en place en matière de chirurgie gynécologique et de prise en charge de l'enfant. Ce système est cohérent s'il permet d'assurer la fluidité des transferts dans l'offre de soins. Tout dysfonctionnement doit être signalé par des fiches d'évènements indésirables ou d'incident¹³². Enfin, la régulation quantitative continuerait d'être encadrée

¹³¹ Le niveau 2 de classification des maternités est divisé entre niveaux 2a et 2b.

¹³² Article R. 6123-24 du code de la santé publique.

par des objectifs quantifiés de territoire mais il s'agirait d'en tirer toutes les conséquences en matière de financement des établissements. Une logique de groupe, couplée aux objectifs quantifiés, doit aboutir à un financement par « groupe », voire par territoire.

2.2.2 Au sujet des leviers juridiques utiles à cette recomposition

A) Rendre le projet médical de territoire opposable

Rendre le projet médical de territoire opposable revient à rendre cohérente la hiérarchie des normes de planification sanitaire. L'implication du corps médical et des élus locaux dans une démarche facultative est relativement faible : en donnant une valeur juridique au projet médical de territoire, on assure une plus grande implication des acteurs concernés. Un dernier « toilettage » du projet médical de territoire pourrait être le recentrage de cet outil sur sa fonction d'applicatif du SROS. Ainsi, la confusion avec sa fonction de cahier des charges pourrait être écartée. Cette évolution est d'autant plus intéressante que l'on peut imaginer qu'à terme, une fois la dynamique du projet médical de territoire enclenchée, l'évaluation de son impact et son bilan pluriannuel serviront de préparation au SROS suivant. Dans une hiérarchie des normes ainsi clarifiée, le projet d'établissement doit être la simple déclinaison individuelle et cohérente du projet médical de territoire. De même, le CPOM de chaque établissement s'évalue aussi en fonction de son implication dans le projet médical de territoire.

Même devenu opposable, quelle est la marge de manœuvre d'un projet médical de territoire si les annexes du SROS sont très cadrantes ? Doit-on alors supprimer le caractère opposable des annexes du SROS, statut qui était le leur avant l'ordonnance du 4 septembre 2003¹³³ ? Plus sûrement, il paraît nécessaire d'alléger le contenu des SROS et de les limiter aux grandes orientations. Dans ce cas, il ne paraîtrait plus légitime d'établir de façon rigide des objectifs quantifiés par territoire de santé. La FHF considère que « *seul le projet médical de territoire doit servir de support à cette déclinaison, après négociation et contractualisation des objectifs et des moyens, établissement par établissement* ». La FHF voudrait faire du projet médical de territoire une logique ascendante pure, en partant des établissements, pris individuellement puis en globalisant les résultats. Cependant on perdrait alors la logique globale du territoire. Or, le projet médical de territoire reste une démarche descendante....

¹³³ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

- B) L'hôpital de référence doit mettre l'accent sur les fonctions juridiques qui lui permettront de proposer et d'utiliser au mieux les dispositifs de coopérations existants

L'incertitude juridique est peu favorable au développement des initiatives malgré les dispositions du SROS ou l'application d'une ordonnance de simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé¹³⁴. La convention reste le mode le plus courant de formalisation des coopérations. La liberté contractuelle en est le principe fondamental. Mais la convention repose uniquement sur la bonne volonté des acteurs et peut être rompue à tout moment, après respect d'un préavis. C'est la convention qui a été choisie pour la gestion des transferts de grossesses à risque. Mais l'ARH d'Alsace estime qu'elle ne suffit plus aujourd'hui à formaliser les relations entre établissements. Pour autant, promouvoir « l'affiliation » ne donne pas d'indication suffisante sur la formule juridique adéquate. Toute formule juridique ne peut pas être envisagée en toutes circonstances. La principale grille de lecture est celle qui distingue les coopérations entre plusieurs établissements publics et les coopérations entre un établissement public et un établissement privé.

Les objectifs des coopérations ont pour but soit de transférer des patients, soit d'organiser la mobilité des professionnels de santé, afin de mettre en commun des compétences et d'atteindre un seuil critique d'activité dans un établissement. Les coopérations sont des dispositifs juridiques qui doivent se fonder sur le travail commun d'équipes médicales. Leur travail doit donc s'effectuer en parfaite confiance réciproque. Quelques principes de base peuvent être appliqués. Ils se fondent chacun sur la compréhension des intérêts de chaque partenaire. Ainsi, la prise en charge d'une patiente transférée doit donner lieu à un renvoi du patient aussi rapide que possible vers le médecin « adresseur ». Par ailleurs, il est nécessaire que le praticien accueillant la patiente donne des nouvelles régulières de l'état de santé de la patiente à destination de son médecin traitant.

Outre les moyens humains, la mise en commun de moyens matériels et logistiques doit également être prévue.

L'étude des différents dispositifs restera centrée sur les coopérations possibles en matière de périnatalité et de blocs opératoires.

¹³⁴ *Ibid.*

a) *Le groupement de coopération sanitaire¹³⁵, un dispositif en voie d'amélioration*

Conçu comme le principal outil de coopération depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, il poursuit deux objectifs : permettre des interventions communes publiques et privées ; réaliser ou gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun. Il peut être autorisé par l'ARH à exercer des missions d'un établissement de santé¹³⁶. La valorisation de la contribution de chaque participant peut s'effectuer par une rémunération forfaitaire ou une rémunération à l'acte.

Le GCS est une formule incompatible car il ne peut pas être autorisé à effectuer une activité de soins. Par conséquent, une réflexion est engagée sur un GCS de type 2 pouvant exercer des activités de soins, titulaire d'autorisations plus larges et employeur de salariés de droit public et de droit privé, libéraux et hospitaliers.

Afin de faciliter la mobilité des professionnels, le rapport Vallancien préfère éviter l'outil complexe et encore incertain du GCS. Il propose des contrats d'exercice régional, signés avec un employeur du type « groupement d'hôpitaux publics », permettant à un chirurgien d'exercer là où les besoins se font ressentir, sans changer pour autant de mode de rémunération.

b) *La fédération médicale inter-hospitalière¹³⁷, transposition du pôle à l'échelon inter-établissements*

Comme son nom l'indique, la FMIH ne peut concerner que des hôpitaux publics, autorisés à la créer par une délibération de leurs conseils d'administration, après accord des responsables médicaux concernés. Elle consiste à regrouper des entités de soins entre établissements en mettant en commun des moyens humains et matériels. L'encadrement de la FMIH est assumé par un triumvirat qui préfigure l'encadrement des pôles cliniques : un coordonnateur médical, un coordonnateur paramédical, un représentant de la direction.

La FMIH est le second dispositif le plus recommandé par les pouvoirs publics dans le cadre d'un débat sur l'enjeu de la chirurgie publique. Il s'avère utile pour le partage de gardes chirurgicales dans une même ville, par exemple. Il permet aussi une structuration de pôles d'activité inter-établissements.

¹³⁵ Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

¹³⁶ Article L. 6123-1 du code de la santé publique

¹³⁷ Article L. 713-11-3 du code de la santé publique

Le SROS 3 ne remet pas en cause la chirurgie des petits centres hospitaliers, vitrine symbolique et financière de l'hôpital, mais il incite à un travail en commun avec le centre hospitalier de référence. Dans ce cadre, il faudra distinguer chirurgie réglée et chirurgie d'urgence ; chirurgie d'hospitalisation et chirurgie ambulatoire et analyser qui fera quoi.

c) *Le développement sous contrainte de l'hospitalisation à domicile : « une place à prendre » pour l'hôpital de référence.*

L'hospitalisation à domicile est une opportunité intéressante pour les hôpitaux publics. Elle représente ce que la FHF appelle une « place à prendre ». Néanmoins, dans le territoire de santé n°4, le domaine de la périnatalité aura difficilement accès à l'HAD car l'ARH promeut les HAD polyvalentes et néglige la possibilité de création de places en HAD obstétricale.

S'il existe une organisation qui démontre particulièrement le rôle-moteur de l'hôpital de référence dans le territoire de santé n°4, c'est l'hospitalisation à domicile. En effet, le SROS a autorisé une activité d'HAD, à condition qu'elle englobe tous les acteurs du territoire. Après l'HAD de Colmar et celle du Jura, l'HAD du sud-Alsace est la troisième « HAD de territoire », non-hospitalière. L'ARH a donc poussé les acteurs de santé du territoire à la constituer, d'abord en refusant de donner les autorisations de créations d'HAD aux deux cliniques mulhousiennes, lors de leurs précédents projets, puis lors de la rédaction du SROS. L'enjeu est une moindre médicalisation de la prise en charge, notamment dans le cadre de la périnatalité. L'hôpital de référence a logiquement mené les travaux de constitution de l'HAD sous forme d'association. Il s'agit là encore d'un exemple dans lequel l'ARH a « missionné » l'hôpital de référence, pivot naturel d'un dispositif d'HAD du fait de sa place dans la trajectoire du patient et des capacités matérielles et logistiques qu'il est capable de mettre à disposition. En outre, il est vrai que l'HAD n'a pas un intérêt aussi prononcé pour une clinique. Le travail en collaboration avec le secteur libéral est naturel pour une clinique. En outre, la durée moyenne de séjour est déjà relativement courte en clinique.

Dans le domaine de la périnatalité, une HAD présenterait un intérêt certain. Or l'obstétrique, en territoire de santé n°4, ne fait pas l'objet d'une HAD spécialisée, ni même de places dédiées au sein d'une HAD polyvalente. Il est vrai que le faible nombre de pédiatres libéraux en sud-Alsace et la présence de seulement 2 sages-femmes libérales dans le territoire n°4 rendraient difficiles la mise en place d'une HAD obstétricale. Pourtant l'HAD obstétricale présenterait un intérêt en période pré-partum. Elle pourrait notamment être utilisée en cas d'hypertension artérielle peu sévère, de retards de croissance fœtaux

peu sévères. Ses applications en post-partum sont encore plus évidentes. Si l'HAD obstétricale post-partum est conçue uniquement pour des grossesses pathologiques, elle aurait aussi un réel intérêt dans une perspective de sortie précoce, au lendemain de l'accouchement par exemple, dans la mesure où la surveillance du nouveau-né est souvent simple. Cette politique de sortie précoce permettrait de résoudre le problème de la crise du logement qui peut toucher certaines maternités, celle de Mulhouse par exemple.

Selon le directeur du CH d'Altkirch, l'HAD est l'un des thèmes les plus pertinents à traiter dans le cadre d'un projet médical de territoire. L'HAD est un sujet assez neuf, dans lequel le volontarisme médical est encore fort et la discussion entre le public et le privé est omniprésente. Un travail sur la trajectoire du patient est tout à fait consensuel car il est dans l'intérêt de tous les acteurs. Il est notamment favorable à la qualité de vie des patients et de leurs familles. Il présente un intérêt financier pour les professionnels libéraux intervenant à domicile. Enfin, entièrement financée par la T2A, l'HAD présente également un intérêt financier pour les établissements. Toutefois, l'HAD obstétricale est contrainte par la doctrine de l'ARH d'Alsace, qui ne privilégie apparemment que les HAD polyvalentes. Pourtant le SROS 3 Alsace dispose que « *le niveau de référence est en mesure d'organiser tous les modes de prise en charge des patientes et des nouveaux-nés: en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour et en hospitalisation à domicile. Les solutions alternatives permettront notamment les prises en charge de l'ante et du post-partum pathologique, des sorties précoces de maternité (selon certains critères bien définis) et de la post-hospitalisation en néonatalogie¹³⁸ »*. Mais l'expression HAD obstétricale n'apparaît pas dans le SROS...

d) *Le télémédecine, outil complémentaire de la recomposition de l'offre sanitaire ?*

Dès 1995, la télémédecine devient un instrument de la politique de recomposition de l'offre dans le territoire. « *Le schéma de services collectifs sanitaires a pour but d'assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité (...) et le développement de la télémédecine¹³⁹ »*. Dans une offre graduée telle qu'on l'a proposée, en 4 niveaux d'équipements et d'activités de soins différents¹⁴⁰, la télémédecine apporte une couverture médicale de qualité au niveau local et au niveau de proximité. Elle permet surtout la

¹³⁸ ARH ALSACE. SROS 2006-2011 : annexe Périnatalité. p.20

¹³⁹ Article 17 de la loi du 4 février 1995 modifiée par la loi du 25 juin 1999 relative aux services collectifs sanitaires

¹⁴⁰ Cf supra, p.75-77

couverture médicale des zones les plus enclavées, telles le sud du Sundgau, en sud-Alsace¹⁴¹. Néanmoins, la télémédecine ne résout pas le problème du temps médical disponible pour assurer les téléconsultations ou l'interprétation d'imagerie à distance. Malgré les exigences technologiques nécessaires à ce dispositif, le CH de Mulhouse a pu mettre en place une télésurveillance des grossesses à risque au domicile des parturientes, au sein du territoire n°4.

La télémédecine permettrait d'éviter ainsi une solution radicale telle que l'interdiction d'exercer pour les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs à faible activité opératoire, leur suspension ou leur intégration contrainte aux effectifs du centre hospitalier de référence, qui sera l'établissement destinataire du « surcroît » d'activité chirurgicale.

¹⁴¹ Cf annexe n°7.

CONCLUSION

Nouveauté du SROS 3, le projet médical de territoire est le produit d'une volonté de déconcentration de la planification hospitalière au niveau des territoires de santé. Il contrebalance la régulation quantitative qu'opère la tarification à l'activité. Dans le territoire de santé n°4 d'Alsace, la démarche de concertation qu'il promeut est d'autant plus nécessaire que l'offre de soins est dense, ce qui peut représenter une situation sous-optimale dans le contexte de la tarification à l'activité car un statu quo figerait des activités simultanément déficitaires dans plusieurs établissements.

L'évolution de nombreux facteurs démographiques, épidémiologiques, économiques et sociaux ont peu à peu conduit les pouvoirs publics et le législateur à une approche de plus en plus globale de la santé et de plus en plus « systémique » de sa prise en charge. Toute démarche stratégique doit désormais l'intégrer. C'est ce que peut offrir un projet médical de territoire. Mais il ne s'agit pas simplement de décréter une démarche de projet médical de territoire pour la voir réalisée, sauf à recréer un outil de coopération forcée. Sa réussite est nettement dépendante du degré d'implication de l'établissement de référence, qui devient animateur et concepteur d'une politique de territoire dans le cadre de la conférence sanitaire.

Si la logique des territoires est menée à son terme, entraînant la création d'institutions et d'organes de décision inter-établissements, elle permettra de dépasser le jeu des acteurs et ses blocages car elle réduit le nombre d'interlocuteurs et les fédère autour d'institutions communes. La mutualisation des organes de décision pourrait se traduire par une conférence sanitaire investie des pouvoirs d'un conseil d'administration de territoire et un bureau de conférence devenu équipe de dirigeants du territoire. Ce dispositif prend acte du fait que la proximité géographique entre établissements publics doit être synonyme de complémentarité. Il présente l'intérêt pour les acteurs de proposer des coopérations essentiellement fondées sur des *maintiens* d'activité. En outre, il donne aux établissements le degré d'autonomie suffisant pour proposer des coopérations *de facto* à l'ARH. Le risque principal de cette perspective est le renforcement d'une concurrence entre le secteur public et le secteur privé sur un territoire de santé car le dispositif décrit intègre seulement des hôpitaux publics.

Mais le projet médical de territoire n'aurait que peu d'intérêt s'il ne s'accompagnait d'une véritable gradation des soins, chaque échelon étant doté d'un niveau maximum d'activités et d'équipements. Le risque principal est alors d'être confronté à une planification « aveugle » et une hyper-concentration des moyens humains et matériels au niveau de la

ville-pivot d'un territoire. Rapprocher politique d'aménagement du territoire et politique sanitaire semble donc plus que jamais un impératif afin d'assurer la prise en charge la plus équitable et la plus efficace possible.

Bibliographie

Ouvrages

- CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital-stratège : dynamique locale et offre de soins*. Paris : Editions MIRE – DH – John LIBBEY, 1996. 317 p.
- CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le Management stratégique hospitalier*. Paris : Editions Masson, 1997. 447 p.
- GODET M., *De l'anticipation à l'action*. Paris : Dunod, 1992. 390 p.

Rapports et publications officielles

- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ALSACE, UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE-MALADIE. *Santé et soins en Alsace : un diagnostic partagé ARH / URCAM*. Janvier 2005. 156 p.
- BREART G, PUECH F, ROZE J-C. *Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale*. 2004. 24 p.
- CENTRE DE RECHERCHE, D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE. *Territoires et accès aux soins*. Janvier 2003. 38 p.
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL (CES). *Aménagement du territoire et établissements de santé. Éditions Avis et Rapports*. 2004. 246 p.
- COUR DES COMPTES. *La sécurité sociale. Rapport annuel*. La Documentation Française, 2006. 409 p.
- DELEGATION A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET A L'ACTION REGIONALE (DATAR). *Territoires de l'hôpital et territoires des projets de santé*. 2004. 86 p.
- VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*. Avril 2006. 77 p.

Articles

- CUEILLE S. « L'hôpital et l'évolution de son environnement. Étude de la formation de la stratégie dans les hôpitaux publics ». *Revue hospitalière de France*, novembre-décembre 2000, n°6, p.11-32
- DENIS J-L. « Décentraliser pour planifier : enjeux autour de la création des ARH ». *Actes de la 9^{ème} conférence AIMS*, 2000, 15 p.

- DEVEVEY J-M. « L'hôpital local dans le projet territorial de santé, les actions et mesures mises en œuvre par la DATAR ». *La Lettre de l'Union*, septembre 2004, p.22-25.
- FAUCONNIER A, LORSON P. « Quel rôle pour les hôpitaux de proximité ? » *La Gazette Santé – Social*, novembre 2004, n°2, p.6-9.
- FRANCHISTEGUY I. « Propositions pour un méta-modèle de gestion de projet de changement, le cas d'un hôpital public ». *Actes de la 9^{ème} conférence AIMS*, 2000, 22p.
- FRITZ A. « Politique de territoire et fonction de direction ». *Note de synthèse de la Conférence des directeurs de centre hospitalier*, novembre 2005, p.1-3.
- JACQUET N. « Dossier SROS III ». *Revue Hospitalière de France*, n°497, mars-avril 2004, p.3-25.
- KRIEF N. « Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public ». *Actes de la 9^{ème} conférence AIMS*, 2000, 22 p.
- KRIEF N. « Démarche de projet et apprentissage du changement. Le cas d'un hôpital public ». *Actes de la 9^{ème} conférence AIMS*, 2000, 15 p.
- PEJU N. « La périnatalité et l'hôpital : crise de croissance de la natalité en France ». *L'essentiel de l'hôpital*, mai 2006, p.1-5.
- PROVILLE S. « Du secteur sanitaire au territoire de santé ». *Bulletin Juridique de la Santé Publique*, juin 2004, p.10-13.
- PROVILLE S. « La nouvelle conférence sanitaire de territoire de santé ». *La Gazette de l'Hôpital*, Août 2005, n° 57, p.12-13.

Mémoire

- BELLET S, CADENNES J, CHARVET H et al. *L'évaluation des politiques de santé : l'exemple des SROS*, Rapport de module interprofessionnel : École nationale de la santé publique, 2006, 38 p.

Conférences

- *De l'environnement territorialisé au territoire : évolution des structures d'action de l'organisation* [en ligne]. 11^{ème} Conférence de l'Association Internationale pour le Management Stratégique. 2002 [visité le 30 mars 2006]. Paris. Disponible sur internet : <<http://www.strategie-aims.com/ressource.html>>

- *Territoires et stratégies, quelques éléments pour un programme de recherche* [en ligne]. 14^{ème} Conférence de l'Association Internationale pour le Management Stratégique. 2005 [visité le 30 mars 2006]. Angers. Disponible sur internet : <<http://www.strategie-aims.com/ressource.html>>
- *Services Hospitaliers de proximité : quelle pertinence ?* 2^{ème} Colloque du Groupe Berger-Levrault. 2004. Paris. Paris : Les Cahiers hospitaliers, juin 2004. p.1-45.
- *Quel avenir pour la santé des Mulhousiens ?* 2^{ème} Conférence du Comité Mulhousien de Santé. 2006. Mulhouse.
- *Introduction au SROS 3* [en ligne]. Forum des groupes thématiques du Schéma régional d'organisation sanitaire. 2005 [visité le 30 mars 2006]. Strasbourg. Disponible sur internet : <<http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/site.nsf>>
- *Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et objectifs quantifiés (OQ)* [en ligne]. Conférence de la Fédération hospitalière de France. 2006 [visité le 15 juillet 2006]. Paris. Disponible sur internet : <<http://www.fhf.fr>>

Autres documents (documents locaux)

- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *Le projet médical de territoire, applicatif du schéma régional d'organisation sanitaire. Note de cadrage.* Juillet 2006, 10 p.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *SROS III, 2006-2011.* Mai 2006, 51 p.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *SROS III : annexes thématiques.* Mai 2006, 300 p.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *Le projet médical de territoire, cahier des charges du schéma régional d'organisation sanitaire. Note de cadrage.* Avril 2005, 10 p.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *Des territoires de santé pour l'Alsace,* février-mars 2005, 2 p.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *SROS III : élaboration d'un nouveau schéma d'organisation sanitaire en Alsace,* 2005, 9 p.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *SROS III : cadrage, orientations et avancement. Un bilan d'étape,* 2005, 52 p.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace. *Évaluation de l'organisation des soins hospitaliers à mi parcours du SROS II,* 2003, 8 p.
- Mission Régionale de Santé d'Alsace, *L'accès aux soins de proximité : les zones déficitaires et les zones fragiles.* Strasbourg, 2005, 74 p.

- Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, *Répartition géographique des médecins généralistes libéraux à l'horizon 2010*, 2005, 8 p.
- Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, *Répartition géographique des infirmiers et orthophonistes libéraux à l'horizon 2010*, 2005, 13 p.
- Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, *Enquête sur les priorités du Programme régional de santé publique en Alsace*, 2005, 24 p.
- Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, *Diagnostic sur l'état de santé de la population alsacienne*, Mai 2005, 152 p.

Sites internet

- Conférence sanitaire de territoire n°4 d'Alsace : <http://territoiredesante4.over-blog.com>: *Compte-rendus des réunions des groupes prévention et cancer préparant l'élaboration d'un projet médical de territoire de santé.*
- Banque de données hospitalière de France (BDHF) : <http://bdhf.fhf.fr/accueil/index.php>

Liste des annexes

Annexe 1 : Références réglementaires

Annexe 2 : Calendrier du projet médical de territoire en sud-Alsace

Annexe 3 : Carte des territoires de santé d'Alsace

Annexe 4 : Carte des établissements de santé d'Alsace et leur bassin de recrutement

Annexe 5 : Carte des maternités d'Alsace

Annexe 6 : Carte des aires d'attractivité des établissements en obstétrique en Alsace

Annexe 7 : Carte des temps d'accès aux pôles SAU

Annexe 8 : Carte des zones de vulnérabilité en Alsace

Annexe 9 : Analyse des données d'entretien selon une démarche de diagnostic et d'analyse stratégiques

ANNEXE 1 : REFERENCES REGLEMENTAIRES

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. - Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. *Journal officiel de la République Française*, 6 septembre 2003, 15391-15404
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. - Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale. *Journal officiel de la République Française*, 10 octobre 1998, 15344-15349
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. - Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. *Journal officiel de la République Française*, 10 octobre 1998, 15343-15344
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique. *Journal officiel de la République Française*, 2 février 2005, 1707-1709
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Décret n°2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et l'équipement sanitaires. *Journal officiel de la République Française*, 8 mai 2005, 7993-8014
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire. *Journal officiel de la République Française*, 29 décembre 2005, 20732-20739
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2006. - Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence. *Journal officiel de la République Française*, 23 mai 2006, 7331-7335
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2006. - Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence. *Journal officiel de la République Française*, 23 mai 2006, 7536-7540
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins. *Journal officiel de la République Française*.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Arrêté de l'ARH d'Alsace n° 2005/14 du 14 avril 2005 fixant la limite des territoires de santé. *Journal officiel de la République Française*.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. - Circulaire n°195/DHOS/01/03 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. *Non publiée au Journal officiel de la République Française*.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. - Circulaire n°2003-857 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. *Non publiée au Journal officiel de la République Française.*
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. - Circulaire DHOS n° 2 003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Non publiée au Journal officiel de la République Française*
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Circulaire n°101/DHO S/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. *Non publiée au Journal officiel de la République Française.*
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Circulaire DHOS/03/DSS/UNCAM n°2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes. *Non publiée au Journal officiel de la République Française.*
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Circulaire DHOS/O n°2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins. *Non publiée au Journal officiel de la République Française.*

ANNEXE 2 : CALENDRIER DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE EN SUD-ALSACE

Phase de « pré-projet médical de territoire », cahier des charges du SROS 3

- 7 avril 2005 : premiers travaux dans les zones de proximité, relayés par la conférence sanitaire de territoire n°4
- 1^{er} juin 2005 : les bureaux des différentes conférences sanitaires de territoire d'Alsace sont réunis pour un bilan d'étape auprès de l'ARH d'Alsace
- Septembre 2005 : les 4 conférences sanitaires d'Alsace établissent quelques premiers éléments pour préparer le SROS 3
- Octobre 2005 : 4 réunions d'élaboration de la première phase du projet médical de territoire sur 4 thématiques transversales, en sud-Alsace

Phase de finalisation du SROS 3

- Janvier 2006 : diffusion d'un avant-projet de SROS 3
- 8 février 2006 : réunion de la conférence sanitaire de territoire n°4 pour avis sur le SROS et propositions de modifications
- 9 mars 2006 : publication du SROS 3

Phase de projet médical de territoire, « applicatif » du SROS

- Juillet 2006 : note de cadrage de l'ARH sur les projets médicaux de territoire
- 4 Septembre 2006 : travaux préparatoires du « tour de France » de la FHF région Alsace
- Septembre 2006 : fenêtre d'ouverture pour des demandes d'autorisations d'activités
- 2 Octobre 2006 : diagnostic stratégique de l'Alsace par la FHF et le groupe Montaigne
- Novembre 2006 : réunions du bureau de la conférence de territoire pour l'élaboration d'un projet médical de territoire, applicatif du SROS. Priorités : urgences, oncologie, hospitalisation à domicile, périnatalité
- 15 décembre 2006 : remise du projet médical de territoire à l'ARH



FLASH SROS III ALSACE

Numéro 1—mai 2005

SOMMAIRE

Les territoires de santé	1
Les zones de proximité	2
Agenda	2

L'élaboration d'un nouveau schéma régional d'organisation sanitaire est un moment fort de la vie d'une Agence régionale de l'hospitalisation. Elle permet la rencontre des professionnels, des élus, des usagers..., l'identification des enjeux, l'expression des préoccupations et la détermination des évolutions souhaitées ou souhaitables. Afin de vous faire partager la réflexion en cours, ce flash présente les points d'étape majeurs du SROS III. Le premier numéro est consacré au découpage territorial de la région, acte I de l'élaboration du SROS III.

DES TERRITOIRES DE SANTE POUR L'ALSACE

Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, un découpage régional en 4 territoires de santé autour des 4 centres hospitaliers (Haguenau, Strasbourg, Colmar et Mulhouse) a été arrêté par le Directeur de l'ARH (arrêté ARH n°2005/14 du 14 avril 2005).

Les professionnels de santé de ces territoires ont été invités à définir des projets médicaux de territoire. Ces derniers visent à rendre cohérents les projets respectifs des établissements et des professionnels de santé en fédérant les acteurs de santé qui travaillent ensemble pour mieux répondre aux besoins de la population.



Territoire de santé 1, cantons de : Bischwiller, Bouxwiller, Brumath, Drlingen, Haguenau, Hochfelden, Lauterbourg, Marmoutier, Niederbronn-les-Bains, La Petite-Pierre, Sarre-Union, Saverne, Seltz, Soutz-sous-Forêts, Wissembourg, Woerth.

Territoire de santé 2, cantons de : Bischheim, Erstein, Geispolsheim, Illkirch Graffenstaden, Molsheim, Mundolsheim, Obernai, Rosheim, Saales, Schiltigheim, Schirmeck, Strasbourg, Truchtersheim, Wasselonne.

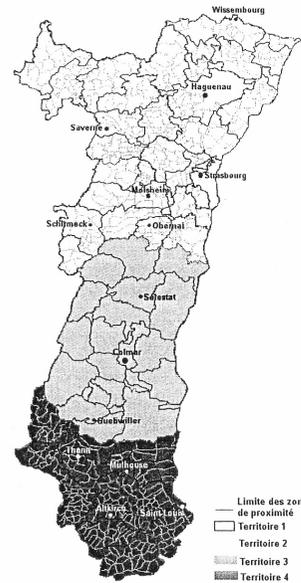
Territoire de santé 3, cantons de : Andolsheim, Barr, Benfeld, Colmar, Ensisheim, Guebwiller, Kayersberg, Lapoutroie, Marcolshiem, Munster, Neuf-Brisach, Ribeauvillé, Rouffach, Sainte-Marie-aux-Mines, Sélestat, Soultz, Villé, Wintzenheim.

Territoire de santé 4, cantons de : Altkirch, Cernay, Dannemarie, Ferrette, Habsheim, Hirsingue, Huningue, Illzach, Masevaux, Mulhouse-Sud, Mulhouse-ville, Saint-Amarin, Sierentz, Thann, Wittenheim.

Site Internet : <http://www.schtrage.sante.fr>
 Coordonné : arh@schtrage.gouv.fr
 Directeur de la publication : André Aouin
 Rédaction : Dominique Thion

LES ZONES DE PROXIMITÉ

Afin de favoriser une pratique coopérante et d'impulser l'émergence des projets médicaux de territoires, 12 zones de proximité ont été définies. Le niveau de soins de proximité est fondamental pour assurer aux personnes âgées et aux personnes handicapées, ou dans le domaine de la santé mentale, une prise en charge globale coordonnée sanitaire, médico-sociale et sociale, notamment dans le cadre de réseaux de santé.



Le territoire de santé 1 est partagé en 3 zones de proximité constituées autour de Wissembourg, Haguenau et Saverne.

Le territoire de santé 2 est partagé en 4 zones de proximité constituées autour de Saverne, Strasbourg, Molsheim-Schirmeck et Oberrain-Sélestat.

Le territoire de santé 3 est partagé en 3 zones de proximité constituées autour de Oberrain-Sélestat, Colmar et Guebwiller.

Le territoire de santé 4 est partagé en 4 zones de proximité constituées autour de Thann, Mulhouse, Altkirch et Saint-Louis.

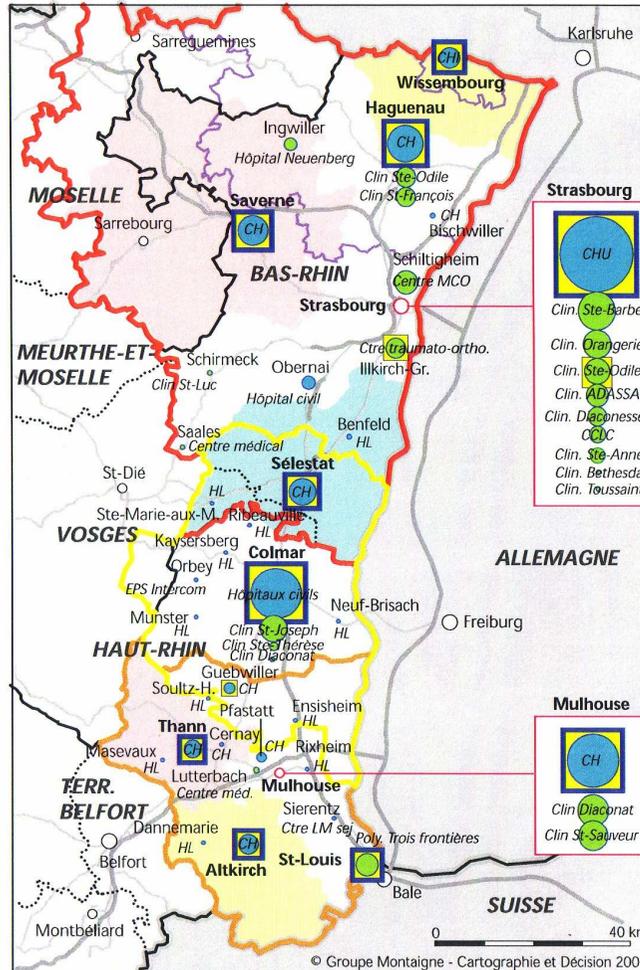
ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES

- Publication au Journal Officiel du 8 mai 2005 du décret n°2005-34 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles

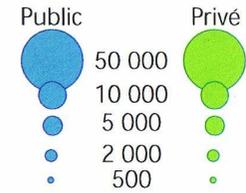
AGENDA DU SROS III

- 1^{er} juin : réunion du bureau des 4 conférences sanitaires
- 9 juin : forum des groupes thématiques
- 24 juin : Conseil d'orientation stratégique

L'organisation du MCO et des urgences : bassins de recrutement en MCO



Nombre de séjours > 24 heures M+C+O



Association MCO + Urgence

MCO + UPATOU

Public Privé



Sources : BDHF 2004

Bassins de recrutement des hôpitaux MCO+UPATOU

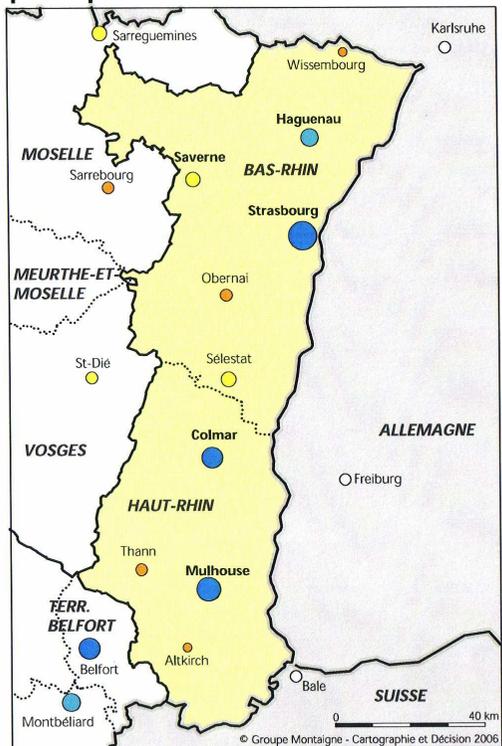
Le bassin de recrutement est constitué des codes postaux où le CH a une part de marché >5%



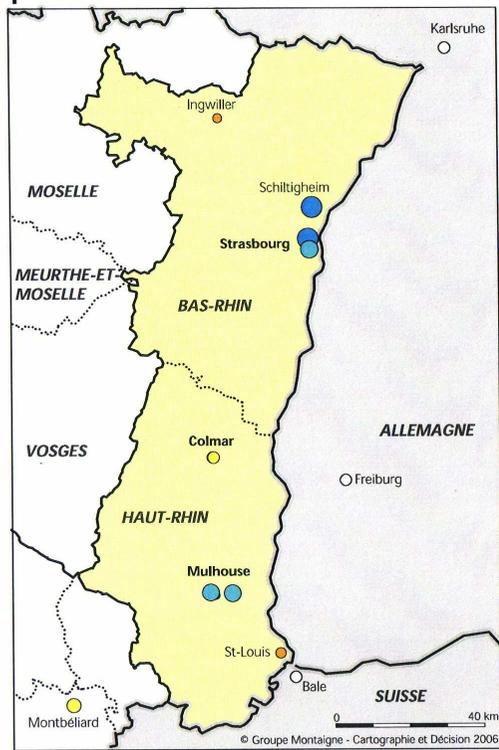
Source : PMSI 2004

Les maternités

publiques



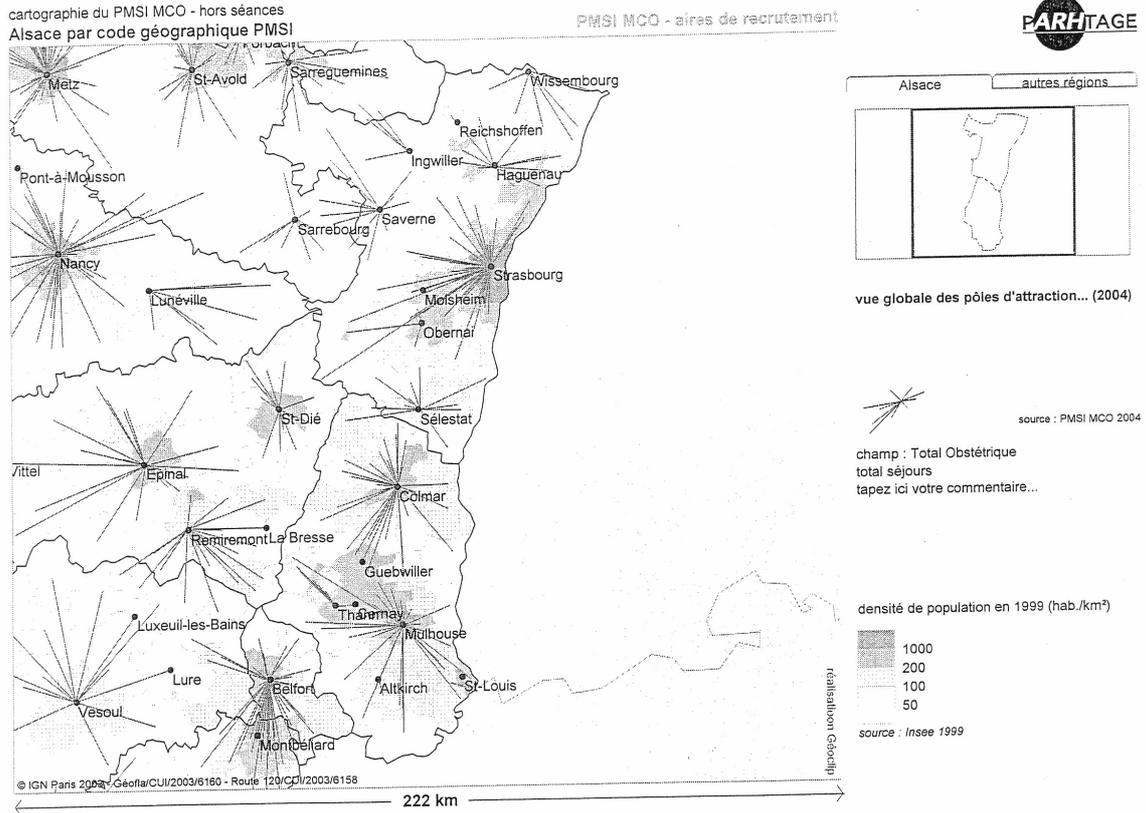
privées



Nombre d'accouchements par établissement en 2004

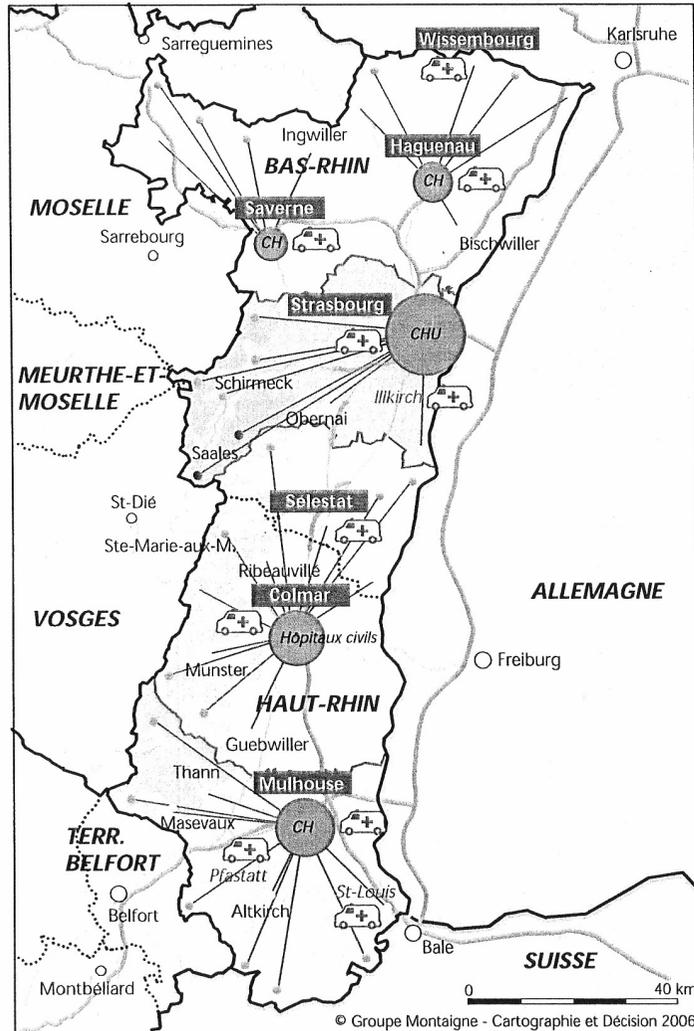
- 4 000
- 1 000
- 300
- 1 500 ou plus
- 1 000 à 1 499
- 600 à 999
- 300 à 599
- moins de 300

ANNEXE 6 : AIRES D'ATTRACTIVITE EN OBSTETRIQUE



ANNEXE 7 : TEMPS D'ACCES AUX POLES SAU

Temps d'accès aux pôles SAU (Service d'accueil des Urgences)



● CH Pôle SAU

Temps d'accès par la route au pôle SAU

- / plus de 45 mn
- / 30 - 45 mn
- moins de 30 mn

Source : Michelin 2006

□ Altitude > 500 m

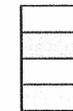
Points de départ des SMUR

● Colmar

● St-Louis

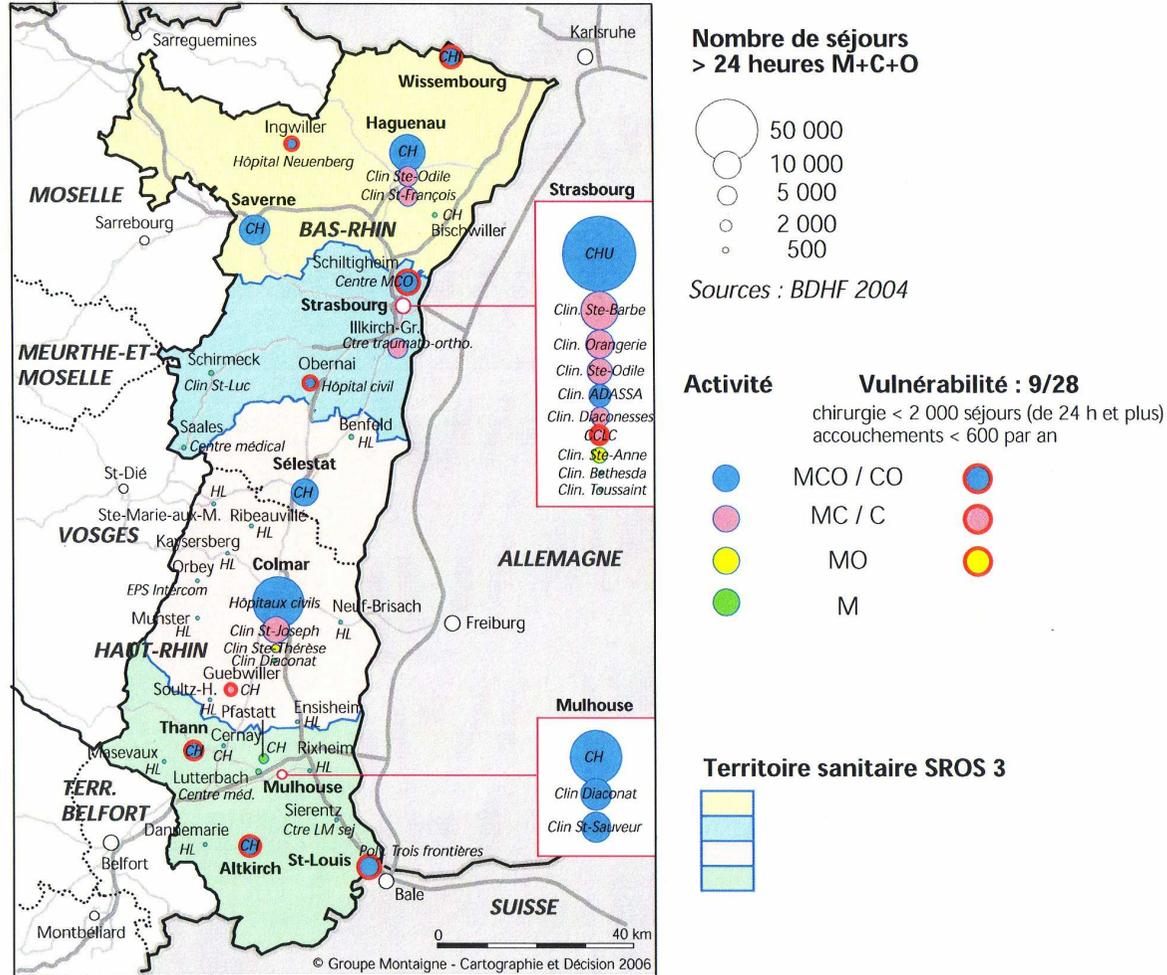
Source : DHOS Août 2005

Territoire sanitaire SROS 3



ANNEXE 8 : DEGRE DE VULNERABILITE DES ETABLISSEMENTS
 (au sens des études du Groupe Montaigne)

Établissements MCO vulnérables : hypothèse A



ANNEXE 9 : DEMARCHE DE DIAGNOSTIC ET D'ANALYSE STRATEGIQUES

(GODET M., *De l'anticipation à l'action*. Paris : Dunod, 1992, 390 p.)

1. Définition du domaine

Recomposer l'offre de soins et établir de nouvelles coopérations en matière de périnatalité dans le territoire de santé n°4 d'Alsace.

2. Analyse des variables (internes et externes)

NB : Les chiffres et les lettres renvoient aux éléments de lecture du tableau suivant, évaluant degrés de motricité et de dépendance de chacune des variables.

Internes :

- démographie médicale et paramédicale de gynécologie-obstétrique de chaque établissement (attractivité pour le personnel) = A
- attractivité pour la patientèle (accréditation, médiatisation) = B
- implication des médecins hospitaliers dans les coopérations = C
- situation financière des établissements et choix de « niches d'activités » = D
- négociation des CPOM = E

Externes :

- SROS 3 Alsace = 1
- nombre de naissances (taux de natalité) = 2
- démographie médicale libérale = 3
- orientations nationales en matière de périnatalité et de chirurgie = 4
- échéances politiques 2007 – 2008 = 5

Pondération des variables :

1 : influence faible ; 2 : influence moyenne ; 3 : influence forte (de la variable en ligne sur la variable en colonne)

	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	Total
A	0	3	3	2	2	3	0	1	2	0	16
B	2	0	2	2	2	2	1	1	1	0	13
C	2	1	0	1	3	2	0	2	1	1	13
D	2	2	2	0	3	1	0	1	2	2	15
E	2	1	2	3	0	2	0	0	1	1	12
1	2	1	2	2	3	0	0	1	2	2	15
2	0	0	2	2	2	1	0	1	2	1	11
3	2	2	3	2	2	3	1	0	2	0	17
4	2	2	2	2	2	3	0	1	0	2	16
5	0	1	1	2	2	2	0	0	2	0	10
Total	14	13	19	18	21	19	2	8	15	9	138

Exemples de lecture : La démographie médicale d'un établissement (A) a une influence forte (niveau 3) sur l'attractivité pour un(e) patient(e)(B) ; les échéances politiques de 2007-2008 (5) n'auront pas d'influence (niveau 0) sur le taux de natalité (2)

Degré de motricité (lecture en ligne) : il établit le degré d'influence de la variable (en ligne) sur les autres variables et sur le système :

- la démographie médicale, tant externe qu'interne, est la variable la plus motrice
- les orientations du débat national sur le sujet de la périnatalité et de la chirurgie sont également motrices

- *a contrario*, les variables les moins influentes sont :
 - o les échéances politiques 2007 – 2008, surtout sur les variables internes
 - o le nombre de naissances

Degré de dépendance (lecture en colonne) : il établit les variables les plus influencées par les autres variables

- la négociation des CPOM est la variable la plus dépendante
- le SROS 3 est également largement tributaire des autres variables
- l'implication des médecins hospitaliers dans les coopérations l'est aussi

- *a contrario*, les variables les moins dépendantes sont :

- le nombre de naissances
- la démographie libérale
- les échéances politiques 2007 – 2008

Conclusion : quelles sont les variables-clefs ?

Les variables clés pour le système sont :

- **la démographie médicale dans les spécialités concernées**
- **les éléments de contractualisation en cascade (SROS¹⁴², CPOM)**

Les variables subies sont :

- la démographie des professions médicales libérales
- le nombre de naissances
- les échéances politiques, ces deux dernières n'étant pas directement structurantes pour le sujet car elles sont aussi assez peu motrices.

3. Matrice du jeu des acteurs :

Dans le tableau suivant, des sigles non-conventionnés et non-répertoriés en préambule de ce mémoire seront utilisés pour des commodités de présentation. Il s'agit de :

- CHA : centre hospitalier d'Altkirch
- CHM : centre hospitalier de Mulhouse
- CHT : centre hospitalier de Thann, Cernay, Bitschwiller-les-Thann
- CST : conférence sanitaire de territoire
- GHS : groupe homogène de séjour
- G/O : gynécologie-obstétrique
- PMT : projet médical de territoire

Explications de lecture des tableaux suivants :

Pour des commodités de présentation, le tableau de la matrice du jeu des acteurs est présenté en 3 parties (notées 1, 2, 3 dans leur case supérieure gauche), qui doivent se lire successivement.

La diagonale du tableau (cases en gras) permet une analyse de la position intrinsèque de l'acteur : ses buts, ses moyens, ses problèmes. Puis les autres cases détaillent l'influence

¹⁴² Même si le SROS relève plus de la « loi » que du « contrat ».

de l'acteur en ligne sur l'acteur en colonne, leurs convergences et leurs divergences de points de vue.

Pour schématiser, la matrice des acteurs, une fois déployée intégralement en juxtaposant les cadrans des pages suivantes, serait représentée de la façon suivante:

Page 103	Page 104	Page 105
Page 106	Page 107	Page 108
Page 109	Page 110	Page 111

1	Direction du CHM	Médecins du CHM	Vice-Président du CA du CHM
	<p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiser les coopérations sur le territoire de santé, en pilotant la conférence sanitaire - assimiler, à terme, une demande supplémentaire liée aux restructurations du CHA et du CHT. - assurer les conditions financières d'exercice de l'activité de G/O - conforter les activités de proximité des CH de proximité - coopérations public / privé <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conventions de transfert des grossesses à risque - un plateau technique d'ampleur - des effectifs d'ampleur - le soutien de l'ARH - le pilotage du bureau de la conférence sanitaire de territoire <p>Problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les coopérations actuelles avec le CHA - le positionnement du chef d'établissement de référence, juge et partie dans le territoire ? - incertitude des échéances politiques de 2007 - 2008 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intéressement dans le contrat de pôle - le pôle femme-mère-enfant et un projet de « grande maternité » - contenu du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens, en cours de négociation <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les coopérations actuelles - ambition de la maternité du CHM - soutien des autres maternités (publiques et privées) pour gérer les transferts en amont du CHM <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le degré optimal de coopération avec le CHA - les coopérations futures en matière de chirurgie viscérale avec le CHT - l'intérêt d'un projet médical de territoire (PMT) en aval du SROS 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité d'expertise - capacité à effectuer un bilan financier et social de l'activité interne de l'établissement et des coopérations externes <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - partage de la vision du CHM comme pilote du territoire de santé - partage de l'ambition de la maternité du CHM <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la nécessité du maintien d'au moins 2 maternités publiques dans le territoire - relations avec les cliniques privées
	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contrat du pôle femme-mère-enfant et projet de « grande maternité » au CHM - éléments-clefs de la réussite des coopérations <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coopérations en cours - ambition de la maternité du CHM - soutien des autres maternités (publiques et privées) pour gérer les transferts en amont du CHM <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien temporaire de mise à disposition d'un temps médical en G/O du CHM vers le CHA - coopérations futures de chirurgie viscérale avec le CHT - l'intérêt d'un PMT en aval du SROS 	<p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - effort partagé de la participation à la permanence des soins grâce à des effectifs nombreux - stimulation intellectuelle de l'activité au CHM - activité quantitative et dynamisme de la maternité du CHM. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coopérations en cours et à venir avec le CHT - expérimentations avec les cliniques de Mulhouse (activités de pointe) <p>Problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coopération floue avec le CHA - pas d'HAD obstétricale en Alsace ? - question de rémunération des praticiens lors de leurs activités en clinique - manque d'intérêt d'un PMT en aval du SROS 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 administrateurs sont médecins <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - activité quantitative et qualitative de la maternité du CHM <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas d'opposition public / privé pour les médecins - la nécessité de soutenir une seconde maternité publique dans le territoire - la conversion de la maternité du CHA comme centre périnatal de proximité

1 (suite)	Direction du CHT	Médecins du CHT	Directions des cliniques
Direction du CHM	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le bureau de la CST - le CHM offre un plateau technique et des effectifs nombreux et qualifiés <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la convention de transferts pour les grossesses à risque - les projets de coopérations en matière de chirurgie ambulatoire, de périnatalité et d'urgences. <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le mise à disposition de temps médical du CHM en faveur de la maternité du CHA. - doit-on établir des zones de proximité au sein des territoires ? 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indirecte, par le biais de la direction du CHT <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vers une utilisation du plateau technique du CHM par des chirurgiens du CHT <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accord entre équipes médicales ou chirurgicales du CHM et du CHT. 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle du CHM dans la CST - le CHM, support logistique de projets de coopérations public / privé (ex : HAD de territoire) <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la convention de transferts pour les grossesses à risque - les coopérations à venir en matière d'urgences <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la capacité d'assimilation d'activités du CHA par les autres établissements - certaines activités chirurgicales concurrentes en termes de parts de marché.
Médecins du CHM	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - degré d'implication médicale dans les coopérations en G/O - position sur de futures coopérations en matière de chirurgie <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la possible assimilation de l'activité supplémentaire liée à la restructuration du CHA <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la nécessité de coopérations en matière de chirurgie 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - degré d'implication médicale dans les coopérations en G/O - position sur de futures coopérations en matière de chirurgie <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la possible assimilation de l'activité supplémentaire liée à la restructuration du CHA <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités de coopérations en chirurgie entre le CHM et le CHT (gardes communes, co-utilisation de plateau technique) 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conventions de transferts des grossesses à risque - coopérations plus spécialisées en G/O <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coopérations très spécialisées - intérêt d'un projet d'HAD de territoire - intérêt d'une HAD obstétricale à terme <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la capacité d'assimilation facile de l'activité liée aux restructurations du CHA - une maternité de trop à Mulhouse ?
Vice-Président du CA du CHM	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'opportunité d'une 2^{ème} maternité publique dans le territoire - l'avenir de la chirurgie publique dans le territoire 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - influence politique locale <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le calendrier de la restructuration du CHA - l'opportunité d'une 2^{ème} maternité publique dans le territoire 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - influence politique locale <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien de plusieurs maternités publiques dans le territoire - les parts de marché en matière de chirurgie à Mulhouse

1 (suite)	Direction du CHA	Président du CA du CHA	ARH
Direction du CHM	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le bureau de la CST - le CHM offre un plateau technique et des effectifs nombreux et qualifiés - un temps médical du CHM mis à disposition du CHA (consultations avancées en G/O). <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le PMT, instrument au service de l'autonomie des établissements - les coopérations actuelles entre le CHM et le CHA en G/O et cancérologie. <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avenir de la maternité du CHA - le calendrier des futures restructurations 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au sein de la CST <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le PMT et la CST, instruments de l'autonomie des établissements <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'avenir d'une maternité au CHA - le calendrier des futures restructurations 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CHM, pivot du système de santé du territoire n°4 - action du CHM dans le bureau de la CST, garante de la réussite du PMT <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle du CHM dans la CST - l'opportunité de l'accueil de la FHF lors de son « tour de France » <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « libéralisme » actuel dans l'offre de soins de Mulhouse - l'avenir de la chirurgie publique en territoire 4
Médecins du CHM	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation aux coopérations pour le maintien transitoire d'une activité de G/O au CHA - participation à la rédaction du SROS 3 <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conventions de transferts des grossesses à risque <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien d'une maternité au CHA - opportunité de l'investissement actuel dans un nouveau plateau technique au CHA 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation à la rédaction du SROS 3 <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet. <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien d'une maternité au CHA - opportunité de l'investissement actuel dans un nouveau plateau technique au CHA 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation à la rédaction du SROS 3 <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transformation de la maternité du CHA en CPP - conception du rôle d'un CPP <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - opportunité d'une HAD obstétricale - calendrier de la transformation du CHA - équilibre précaire de l'offre de soins en G/O à Mulhouse - la question de l'intérêt d'un PMT en plus du SROS
Vice-Président du CA du CHM	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle-pivot du CHM dans la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien temporaire d'une activité de G/O au CHA 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - influence politique locale <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle-pivot de la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien temporaire d'une activité de G/O au CHA 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - influence politique locale <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle-pivot du CHM dans la CST - l'avenir de la chirurgie publique en territoire 4 <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « libéralisme » actuel dans la gestion de l'offre de soins en territoire 4

2	Direction du CHM	Médecins du CHM	Vice-Président du CA du CHM
Vice-Président du CA du CHM	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - votes en CA - avis du président de CA sur la nomination du directeur <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CHM, pilote du territoire - ambition de la maternité du CHM <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - timing de fermeture de la maternité du CHA - conception de la maternité du CHT - conception des pôles - relations avec les cliniques privées ? 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - votes en CA (ex : conventions de coopération) - contrat de pôle examiné en CA <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - activité quantitative et qualitative de la maternité du CHM <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - opposition public / privé dans l'offre de soins à Mulhouse ? - maintien d'au moins 2 maternités publiques dans le territoire ? - transformation de la maternité du CHT en CPP 	<p><i>Buts :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>activité quantitative et qualitative de la maternité</i> - <i>une seule maternité publique dans le territoire n°4 ?</i> <p><i>Moyens :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>participation aux débats nationaux en matière de santé</i> - <i>communication locale</i> <p><i>Problèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>peu d'influence sur la position de l'ARH</i>
Direction du CHT	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - degré d'implication dans les coopérations - travail dans le bureau de la conférence <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en matière de G/O et dans l'objectif de transformation de la maternité du CHA en CPP - abandon de la chirurgie d'urgence au CHT et développement conjoint de la chirurgie ambulatoire entre CHM et CHT <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien temporaire de mise à disposition de temps médicale en G/O du CHM vers le CHA - doit-on établir des zones de proximité au sein des territoires ? 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indirecte, par le biais des médecins du CHT et du directeur du CHM <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assimilation possible de l'activité du CHA par les établissements du territoire <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nécessité absolue de coopérations en matière de chirurgie (chirurgie viscérale notamment) 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nécessité d'au moins deux maternités publiques dans le territoire de santé - avenir de l'organisation de la chirurgie publique dans le territoire de santé
Médecins du CHT	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réussite des coopérations - implication médicale dans les travaux de la conférence sanitaire <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vers une utilisation du plateau technique du CHM par des chirurgiens du CHT <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accord entre équipes médicales ou chirurgicales du CHM et du CHT. 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - implication dans les coopérations en G/O - acceptation des coopérations en matière de chirurgie d'urgence <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la possible assimilation de l'activité supplémentaire liée à la restructuration du CHA <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités de coopérations en chirurgie entre le CHM et le CHT (gardes communes, co-utilisation de plateau technique) 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transformation de la maternité du CHA en CPP <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nécessité d'au moins deux maternités publiques dans le territoire de santé - avenir de l'organisation de la chirurgie publique dans le territoire de santé

2 (suite)	Direction du CHT	Médecins du CHT	Directions des cliniques
Direction du CHT	<p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coopérations sur des modes qualitatifs de prise en charge - abandon de la chirurgie d'urgence - développement de la chirurgie ambulatoire <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mutualisation des gardes de chirurgie avec le CHM - mise à disposition de personnel intervenant au bloc opératoire et co-utilisation de plateau technique - actuelles conventions de transfert de patients <p>Problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - allocation des GHS entre établissements lorsque l'activité est mutualisée ? - position des chirurgiens du CHM (chirurgie viscérale) et du CHT (orthopédie) - position de l'ARH sur la chirurgie des CH de proximité 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - négociation des contrats de pôle - sensibilisation à la question de la sécurité de la prise en charge - capacité à effectuer un bilan financier et social de l'activité interne de l'établissement et des coopérations externes <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transformation de la maternité du CHA en CPP - coopérations, actuelles et futures, avec le CHM en matière de G/O - réseau local de périnatalité - abandon de la chirurgie d'urgence au CHT - développement de la chirurgie ambulatoire <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - activités partagées avec le CHM - relations de travail avec des chirurgiens du CHM 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la reconnaissance du rôle-pivot du CHM dans le territoire - le maintien d'une maternité au CHT <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assimilation possible de l'activité du CHA par les autres établissements du territoire
Médecins du CHT	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - éléments-clefs de la réussite des coopérations - éléments-clefs de la réussite de la restructuration de la chirurgie au CHT - administrateurs en CA <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transformation de la maternité du CHA en CPP - coopérations, actuelles et futures, avec le CHM en matière de G/O - réseau local de périnatalité - abandon de la chirurgie d'urgence au CHT - développement de la chirurgie ambulatoire <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - activités partagées avec le CHM - relations de travail avec des chirurgiens du CHM 	<p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - partage de la charge d'activité entre différents établissements - sécurité des conditions de l'exercice médical et chirurgical <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mutualisation des gardes entre établissements - la qualification des personnels - un plateau technique sophistiqué <p>Problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - équilibre précaire de la démographie médicale au CHT - la position de l'ARH sur la chirurgie des CH de proximité 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle pivot du CHM dans le territoire - le maintien d'une maternité au CHT <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assimilation possible de l'activité du CHA par les autres établissements
Directions des cliniques	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle-pivot du CHM dans le territoire - le maintien d'une maternité au CHT <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assimilation possible de l'activité du CHA par les autres établissements du territoire 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle pivot du CHM dans le territoire - le maintien d'une maternité au CHT <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assimilation possible de l'activité du CHA par les autres établissements 	<p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sécurité de l'exercice - ses conditions financières <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - convention de transfert des grossesses à risque - attractivité pour le recrutement paramédical <p>Problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conditions financières d'exercice de la G/O - démographie médicale - l'absorption d'un surplus d'activité venu du CHA

2 (suite)	Direction du CHA	Président du CA du CHA	ARH
Direction du CHT	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - implication dans le bureau de la conférence - positionnement par rapport au CHM <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intérêt des zones de proximité - le problème du recrutement médical - le souci de l'autonomie des établissements dans la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité - capacité à conserver une activité de chirurgie - degré d'inclinaison aux coopérations avec le CHM 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intérêt des zones de proximité - le problème du recrutement médical - le souci de l'autonomie des établissements dans la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité - capacité à conserver une activité de chirurgie - degré d'inclinaison aux coopérations avec le CHM 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle du CHT sur sa zone de proximité - aptitude aux coopérations - implication dans le bureau de la conférence sanitaire <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle du CHM dans la conférence - la notion de proximité dans le SROS - l'intérêt d'un « tour de France de la FHF » <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'avenir de l'organisation de la chirurgie publique en territoire 4
Médecins du CHT	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - problème de recrutement médical - réticences à certaines coopérations avec le CHM (orthopédie) <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité et son activité de chirurgie 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - problème de recrutement médical - réticences à certaines coopérations avec le CHM (chirurgie) <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité et son activité de chirurgie 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation à la rédaction du SROS 3 <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la notion de proximité dans le SROS - transformation de la maternité du CHA en CPP - le rôle d'un CPP <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intérêt d'un PMT en plus d'un SROS
Directions des cliniques	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maintien, au moins provisoire, d'une maternité au CHA - scepticisme par rapport à la méthode peu concertée du SROS 3 <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - multiplier les coopérations de fait puis les présenter à l'ARH - situation de concurrence directe dans une zone dense en établissements 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maintien, au moins provisoire, d'une maternité au CHA - scepticisme par rapport à la méthode peu concertée du SROS 3 <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - multiplier les coopérations à présenter de fait à l'ARH - situation de concurrence directe dans une zone dense en établissement 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation à la conférence sanitaire - pression exercée sur l'offre de soins publique en territoire 4 <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle-pivot du CHM dans le territoire (ex : projet d'HAD de territoire) <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - équilibre précaire de l'offre de santé à Mulhouse en matière de périnatalité - maintien (provisoire) de la maternité au CHA - scepticisme par rapport à la méthode peu concertée du SROS 3 - présenter des coopérations de facto à l'ARH

3	Direction du CHM	Médecins du CHM	Vice-Président du CA du CHM
Directions des cliniques	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - implication dans les coopérations - travaux de la conférence - concurrence sur certaines activités <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la convention de transferts pour les grossesses à risque - les coopérations à venir en matière d'urgences <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la capacité d'assimilation d'activités du CHA par les autres établissements - certaines activités chirurgicales concurrentes en termes de parts de marché. 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - concertation médicale sur des cas cliniques et coopérations médicales - concurrence sur certaines activités <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coopérations très spécialisées - intérêt d'un projet d'HAD de territoire - intérêt d'une HAD obstétricale <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la capacité d'assimilation facile de l'activité liée aux restructurations du CHA - une maternité de trop à Mulhouse ? 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un rôle à jouer dans l'offre locale de santé <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien de plusieurs maternités publiques sur le territoire - les parts de marché en matière de chirurgie à Mulhouse
Direction du CHA	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - degré d'implication dans les coopérations - travaux du bureau de la CST <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le PMT, instrument de l'autonomie des établissements - les coopérations actuelles entre le CHM et le CHA en G/O et cancérologie. <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avenir de la maternité du CHA - le calendrier des futures restructurations 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - relation de dépendance à l'égard des médecins du G/O intervenant au CHA <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conventions de transferts des grossesses à risque <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien d'une maternité au CHA - opportunité de l'investissement actuel dans un nouveau plateau technique au CHA 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle-pivot du CHM dans la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien temporaire d'une activité de G/O au CHA
Président de CA du CHA	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vice-président de la CST <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le PMT et la CST, pour l'autonomie des établissements <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avenir de la maternité du CHA - le calendrier des futures restructurations du CHA 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet. <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien d'une maternité au CHA - opportunité de l'investissement actuel dans un nouveau plateau technique au CHA 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle-pivot de la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le maintien temporaire d'une activité de G/O au CHA
ARH	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité - supervise les travaux de la CST - autorité de tutelle <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle du CHM dans la CST - l'opportunité du « tour de France » de la FHF <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « libéralisme » actuel dans la gestion de l'offre de soins de Mulhouse - l'avenir de la chirurgie publique en territoire 4 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transformation de la maternité du CHA en CPP - conception du rôle d'un CPP <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - opportunité d'une HAD obstétricale - calendrier de la transformation du CHA - équilibre précaire de l'offre de soins en G/O à Mulhouse - la question de l'intérêt d'un PMT en plus du SROS 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle-pivot du CHM dans la CST - l'avenir de la chirurgie publique en territoire 4 <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « libéralisme » actuel dans la gestion de l'offre de soins en territoire 4

3 (suite)	Direction du CHT	Médecins du CHT	Directions des cliniques
Direction du CHA	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - collaboration aux travaux de la conférence sanitaire <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intérêt des zones de proximité - le problématique du recrutement médical - le souci de l'autonomie des établissements dans la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité - capacité à conserver une activité de chirurgie - degré d'inclinaison aux coopérations avec le CHM 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - problème de recrutement médical - réticences à certaines coopérations avec le CHM (orthopédie) <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité et son activité de chirurgie 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maintien, au moins provisoire, d'une maternité au CHA - scepticisme par rapport à la méthode peu concertée du SROS 3 <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - multiplier les coopérations de fait puis les présenter à l'ARH - situation de concurrence directe dans une zone dense en établissements
Président du CA du CHA	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - position de vice-président de la CST <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intérêt des zones de proximité - le problématique du recrutement médical - le souci de l'autonomie des établissements dans la CST <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité - capacité à conserver une activité de chirurgie - degré d'inclinaison aux coopérations avec le CHM 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans objet <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - problème de recrutement médical - réticences à certaines coopérations avec le CHM (chirurgie) <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité à conserver sa maternité et son activité de chirurgie 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - position de vice-président de la CST <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - maintien, au moins provisoire, d'une maternité au CHA - scepticisme par rapport à la méthode peu concertée du SROS 3 <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - multiplier les coopérations à présenter de fait à l'ARH - situation de concurrence directe dans une zone dense en établissements
ARH	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité - supervise les travaux de la CST - autorité de tutelle <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle du CHM dans la conférence - la notion de proximité dans le SROS - l'intérêt d'un « tour de France de la FHF » <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'avenir de l'organisation de la chirurgie publique en territoire 4 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la notion de proximité dans le SROS - transformation de la maternité du CHA en CPP - le rôle d'un CPP <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intérêt d'un PMT en plus d'un SROS 	<p>Influences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité <p>Convergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle-pivot du CHM dans le territoire (ex : projet d'HAD de territoire) <p>Divergences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - équilibre précaire de l'offre de santé à Mulhouse en matière de périnatalité - maintien (provisoire) de la maternité au CHA - scepticisme par rapport à la méthode peu concertée du SROS 3 - présenter des coopérations de facto à l'ARH

3 (suite)	Direction du CHA	Président du CA du CHA	ARH
Direction du CHA	<p><i>Buts :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - tenter de conserver une maternité au CHA - des coopérations voulues <p><i>Moyens :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - un nouveau plateau technique - influence politique des élus locaux <p><i>Problèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - recrutement médical - proximité kilométrique du CHM - peu de coopérations structurantes avec le CHM - relations complexes avec l'ARH 	<p><i>Influences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - capacité d'expertise - capacité à effectuer un bilan financier et social de l'activité interne de l'établissement et des coopérations externes <p><i>Convergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - maintien de la maternité du CHA, au moins à court terme - risque d'effet « boule de neige » entre G/O, bloc opératoires et urgences <p><i>Divergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - attitude à adopter par rapport à l'ARH 	<p><i>Influences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - financement par l'ARH d'un nouveau plateau technique - rôle du CHA dans sa zone de proximité - implication dans le bureau de la conférence sanitaire <p><i>Convergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle-pivot du CHM dans la CST - la notion de proximité dans le SROS <p><i>Divergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - scepticisme sur la méthode peu concertée du SROS 3 - transformation de la maternité du CHA en CPP - conception d'un CPP - avenir de la chirurgie publique en territoire
Président du CA du CHA	<p><i>Influences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - votes en CA - avis sur nomination du chef d'établissement <p><i>Convergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - maintien de la maternité du CHA, au moins à court terme - risque d'effet « boule de neige » entre G/O, bloc opératoires et urgences <p><i>Divergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - attitude à adopter par rapport à l'ARH 	<p><i>Buts :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - tenter de conserver une maternité au CHA <p><i>Moyens :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lobbying politique - rôle dans la CST - identité locale enclavée (le Sundgau) <p><i>Problèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SROS et PMT - un contexte politique national défavorable 	<p><i>Influences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - position de vice-président de la CST - influence politique régionale <p><i>Convergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle du CHM dans la CST - la notion de proximité dans le SROS <p><i>Divergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - scepticisme sur la méthode peu concertée du SROS 3 - transformation de la maternité du CHA en CPP - conception d'un CPP - avenir de la chirurgie publique en territoire 4
ARH	<p><i>Influences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité - autorité de tutelle - position rendue précaire par le financement d'un nouveau plateau technique du CHA <p><i>Convergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle-pivot du CHM dans la CST - la notion de proximité dans le SROS <p><i>Divergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - scepticisme sur la méthode peu concertée du SROS 3 - transformation de la maternité du CHA en CPP - conception d'un CPP - avenir de la chirurgie publique en territoire 4 	<p><i>Influences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction du SROS et objectifs fixés au PMT - autorisations d'activité <p><i>Convergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle du CHM dans la CST - la notion de proximité dans le SROS <p><i>Divergences :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - scepticisme sur la méthode peu concertée du SROS 3 - transformation de la maternité du CHA en CPP - conception d'un CPP - avenir de la chirurgie publique en territoire 4 	<p><i>Buts :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - recomposition de l'offre de soins en matière de G/O : 2 maternités en moins dans le territoire 4 ? - 1 groupement hospitalier public pour la chirurgie du Sud-Alsace <p><i>Moyens :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SROS, directives du PMT - libéralisme par rapport à la concurrence des 2 cliniques <p><i>Problèmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lobbying politique - accord donné pour le financement d'un nouveau plateau technique du CHA

4. Éléments d'incertitudes

Les invariants :

- les missions de service public des hôpitaux publics du territoire
- la concurrence public / privé, surtout dans la zone de Mulhouse

Les tendances lourdes :

- les conditions de sécurité et le respect de la réglementation minimale pour l'exercice d'activité de G/O et de chirurgie
- la volonté de sécuriser les conditions financières d'une activité (durée moyenne de séjour, « productivité », rapport coûts/bénéfices)
- le taux de natalité
- la démographie médicale et le manque d'attractivité du sud-Alsace

Les germes :

- une amélioration des conditions de recrutement en sud-Alsace
- un débat national sur les hôpitaux de proximité et la chirurgie publique

5. Scénarii

Scénario tendanciel (démarche exploratoire vers la situation la plus probable actuellement) :

- la fermeture de la maternité du CHA après 2008
- le développement de la chirurgie ambulatoire par les hôpitaux publics du territoire

Scénario de rupture (à partir d'un germe) :

- la conservation de la maternité du CHA (amélioration des conditions de recrutement en Sud-Alsace)
- un groupement hospitalier de chirurgie publique du Sud-Alsace avec une formule juridique nouvelle pour la conférence sanitaire (à partir du germe de la réflexion sur la chirurgie des hôpitaux de proximité et des réflexions de l'ARH d'Alsace)

Scénario volontariste :

- fermer la maternité du CHA avant 2008 et fermer une maternité privée à terme dans le territoire

- trouver les formules de coopérations de la chirurgie publique conservant une activité réglée de proximité (GCS pour un plateau technique partagé)
- des coopérations public / privé sur des activités non-concurrentielles (HAD)