



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital
Promotion 2006

**Le projet de GCS « Dialyse Haute-
Savoie Nord » : un exemple de
coopération stratégique**

Arnaud LUSSET

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Jacques LESIMPLE, directeur des Hôpitaux du Léman, pour son soutien dans la réalisation de ce travail et ses conseils toujours avisés.

Je souhaite également remercier le Professeur Maurice LAVILLE et le Docteur Catherine EPRON qui ont su se rendre disponibles pour me recevoir et répondre à mes questions.

Que tous ceux enfin qui m'ont apporté conseils et soutien au cours de la réalisation de ce mémoire soient aussi remerciés.

Sommaire

1 LA COOPERATION : D'UNE APPROCHE CONCEPTUELLE A DES ENJEUX OPERATIONNELS POUR L'HOPITAL	7
1.1 La coopération, portrait d'une notion.....	7
1.1.1 Essai de définition	7
1.1.2 Pourquoi coopérer ?	8
A) La coopération, un processus rationnel	9
B) Les facteurs d'émergence de la coopération : l'apport des sciences de gestion.....	11
1.2 La coopération hospitalière : une nécessité et une opportunité	14
1.2.1 Une nécessité économique et sanitaire encouragée de longue date par le législateur	14
A) Les enjeux de la coopération interhospitalière pour le régulateur.....	14
a) Optimiser la gestion des ressources	15
b) Améliorer la prise en charge du patient	16
B) De nombreuses incitations législatives pour une mise en œuvre graduée.....	18
1.2.2 Une opportunité stratégique pour les établissements	24
A) La coopération, une démarche volontaire et autonome	24
B) La coopération, un axe stratégique	26
2 LE PROJET DE GCS «DIALYSE HAUTE-SAVOIE NORD » OU QUAND DES ENJEUX SANITAIRES RENCONTRENT DES AMBITIONS STRATEGIQUES.....	28
2.1 Un projet de coopération qui s'inscrit pleinement dans les orientations du SROS III.....	29
2.1.1 Economie générale du projet	29
A) Un contexte favorable à une coopération	29
B) L'architecture globale du projet	31
a) <i>Les deux phases du projet</i>	31
b) <i>Le choix du GCS</i>	32
2.1.2 Un projet répondant aux besoins des patients dialysés	34
A) Une prise en compte de la lourdeur croissante des patients dialysés	35
B) Un projet visant à limiter les prises en charge inadaptées	36
C) Une offre de soins plastique et adaptable.....	38

2.1.3	Un projet de prise en charge globale de l'IRC	40
A)	Un projet organisant une prise en charge précoce de l'IRC	40
B)	Une offre diversifiée et facilement accessible	42
C)	Une prise en charge globale pour une autonomie « maximale » du patient	43
2.2	Un projet de coopération qui répond aux ambitions stratégiques des partenaires.....	44
2.2.1	Le contexte stratégique du projet	44
A)	L'émergence d'un hôpital stratège.....	44
B)	La dialyse : un secteur devenu concurrentiel en Haute-Savoie nord	46
2.2.2	Les ambitions stratégiques des partenaires.....	46
A)	Les Hôpitaux du Léman : une stratégie réactive	46
a)	<i>Histoire et géographie de la dialyse en Haute-Savoie nord</i>	47
b)	<i>Une stratégie de « survie »</i>	47
B)	Les motivations stratégiques des autres partenaires	48
a)	<i>L'AURAL : une stratégie de développement</i>	48
b)	<i>Le CHIAB : une stratégie d'opportunité</i>	49
3	ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES.....	51
3.1	Analyse sur la formation et le déploiement de la stratégie en établissement de santé	51
3.1.1	De la stratégie en général.....	51
A)	De puissants déterminants pèsent sur la formation de la stratégie	51
B)	Une démarche peu rationnelle.....	54
3.1.2	... et des stratégies de coopération en particulier.....	55
A)	Une coopération « complémentaire » et « communautaire »	56
B)	Entre coopération et compétition : une stratégie « coopérative »	56
C)	La confiance, un régulateur des stratégies coopératives	57
D)	Stratégie coopérative et phénomènes d'apprentissage	58
3.2	Etat des lieux et recommandations	58
3.2.1	Un projet présentant d'indéniables atouts	59
3.2.2	Trois propositions pour un projet pérenne.....	60
A)	Première proposition : associer plus étroitement les acteurs pour qu'ils s'approprient le projet de coopération	60
B)	Deuxième proposition : privilégier une évolution vers une forme de coopération plus intégrée.....	62
C)	Troisième proposition : envisager une éventuelle participation de la polyclinique de Savoie au groupement de coopération	63
	CONCLUSION	65

Bibliographie	67
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AURAL	Association pour l'utilisation du rein artificiel dans la région lyonnaise
CHIAB	Centre hospitalier d'Annemasse-Bonneville
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EER	Epuration extra-rénale
FHF	Fédération hospitalière de France
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SIH	Syndicat interhospitalier
UDM	Unité de dialyse médicalisée
UNV	Unité neurovasculaire

INTRODUCTION

« La stratégie hospitalière existe-t-elle ? » s'interrogeait un universitaire dans un article de 1998. Sa conclusion était qu' « il s'agira uniquement de stratégies contraintes et non autonomes¹ ». La critique répandue selon laquelle l'hôpital ne formulerait pas de véritable stratégie dans la mesure où le poids de la tutelle serait écrasant ne résiste pas à l'analyse, l'existence de contraintes fortes ne signifiant pas l'inexistence de choix stratégiques. Dans l'ensemble, en effet, les hôpitaux français ne sont pas restés passifs face à la modification de leur environnement économique ; ils ont su faire preuve d'ingéniosité pour atténuer la rigueur budgétaire initiée dès les années 1970 et mener une stratégie autonome de diversification de leurs activités.

Ce déploiement parfois anarchique s'est souvent fait au grand dam des autorités de tutelle qui prônaient de leur côté la complémentarité entre les établissements de santé. Les raisonnements des décideurs sur le terrain sont en effet rarement fondés sur des éléments objectifs (détermination des parts de marché, analyse des menaces et opportunités, etc) et sont au contraire souvent construits en aveugle, sans considération pour les stratégies des autres établissements. Cette situation s'apparente au dilemme du prisonnier² où chaque hôpital effectue le même calcul que ses concurrents – élargir sa palette d'activités et développer des plateaux techniques, etc. – pour éviter la « relégation » dans le segment gériatrique. Cette situation s'est traduite *in fine* par une offre de soins redondante et pléthorique.

Eu égard à ce développement relativement anarchique de l'offre de soins, la coopération entre les établissements va constituer un levier d'action privilégié par le législateur dans le cadre des mouvements de restructuration. Ainsi que l'explique Edouard COUTY, ancien directeur de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) : « La coopération hospitalière est l'une des voies qui doit être impérativement empruntée pour assurer demain l'existence d'un système sanitaire performant, moderne et ouvert à tous (...). C'est aussi un moyen de conforter le service

¹ PHANUEL D., « La stratégie hospitalière existe-t-elle ? », *Gestions hospitalières*, octobre 1998, p. 622-627.

² Ce dilemme sera exposé en détail dans la première partie du mémoire.

public hospitalier dans sa vocation à mieux organiser l'accès aux soins, par sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles de qualité, de sécurité et de rationalité³ ».

Pour le régulateur, la coopération entre les établissements de santé apparaît ainsi souhaitable à plusieurs égards. Il s'agit d'abord d'un outil permettant de rationaliser l'offre de soins en favorisant les complémentarités entre établissements, publics comme privés. Concrètement, les alliances permettent une répartition plus harmonieuse et cohérente de l'offre, de réaliser des économies d'échelle *via* des partages de locaux et de matériels, ou encore de rationaliser les ressources et compétences humaines. La coopération permet ensuite, en décloisonnant les réponses sanitaires, d'offrir aux patients une prise en charge de qualité et mieux coordonnée. Ainsi, la complémentarité entre les établissements de santé semble à même de satisfaire à la double exigence d'efficience économique et d'efficacité des prises en charge sanitaires.

Compte tenu des bénéfices attendus des coopérations, le législateur a aménagé plusieurs outils juridiques visant à encourager le développement de partenariats entre les offreurs de soins. Ces instruments s'inscrivent dans un dispositif gradué, allant de la fusion d'établissements à la simple convention de coopération. La question qui se pose est de savoir comment ces impulsions tutélaires ont-elles été reçues par les acteurs intéressés. Pour y répondre, l'examen de la situation sanitaire du nord du département de la Haute-Savoie apparaît pertinent.

Constitué de zones de montagne et de vallées assez encaissées, le nord du département de la Haute-Savoie a vu son paysage sanitaire évoluer profondément durant la dernière décennie. Comptant huit centres hospitaliers au début des années 1990, ce secteur géographique n'en compte aujourd'hui plus que quatre à la suite de fusions juridiques. Les hôpitaux de Thonon-les-Bains et d'Evian-les-Bains sont devenus les « Hôpitaux du Léman », ceux d'Annemasse et Bonneville le CHIAB (centre hospitalier intercommunal d'Annemasse-Bonneville), ceux de Chamonix et de Sallanches les « hôpitaux du Mont-blanc » et enfin les établissements de Saint-Julien-en-Genevois et de Gex le centre hospitalier « Sud Léman Valserine ». Ces restructurations, encouragées et plus ou moins pilotées par la tutelle, illustrent bien le souci pointé *supra* de rationaliser l'offre de soins.

Par ailleurs, s'agissant plus spécifiquement des Hôpitaux du Léman⁴, de nombreuses actions visant à développer des partenariats avec d'autres offreurs de soins peuvent être identifiées.

³ HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S., *Traité de la coopération hospitalière*, volume I, Paris : Editions Houdart, 2000, p. 14.

Outre des conventions liées à la prise en charge des urgences vitales avec les hôpitaux universitaires de Genève, l'établissement a également conclu des accords de coopération avec la clinique Lamartine de Thonon (sur la chirurgie de la main notamment) ou avec des ophtalmologues libéraux. Il s'est aussi engagé dans un partenariat avec des radiologues libéraux dans le cadre de deux groupements d'intérêt économique (GIE) gérant respectivement une activité de scanner et une activité d'IRM. Enfin, une convention de coopération avec le CHIAB concernant la chirurgie oncologique est en cours de finalisation et un projet de groupement de coopération sanitaire (GCS), qui regarde la prise en charge des accidents neurovasculaires, est également à l'étude avec le CHIAB. Les Hôpitaux du Léman ne raisonnent donc pas de manière autarcique et s'appuient largement sur une dynamique de complémentarité. Comme l'explique le directeur de l'établissement, Jacques LESIMPLE : « je suis convaincu, d'un point de vue stratégique et intellectuel, qu'on ne peut se tirer d'affaire que par la coopération et la transversalité ». Il n'est donc pas exagérer de dire qu'il existe au sein de cet hôpital une véritable culture de la coopération. Les partenariats, loin d'être entrepris dans le seul but de répondre à des injonctions tutélaires, sont utilisés par l'établissement comme des « leviers stratégiques », comme des « manœuvres stratégiques défensives (...) ou offensives⁵ ».

Le projet de GCS «Dialyse Haute-Savoie nord », objet d'étude de ce mémoire, illustre cette culture de la coopération qui caractérise les Hôpitaux du Léman, et plus globalement les acteurs sanitaires alentours. En effet, le projet est né d'une impulsion tutélaire visant à corriger une mauvaise répartition territoriale de l'offre de dialyse en centre dans le territoire de santé « Haute-Savoie nord ». Conscients de ce déséquilibre et du fait d'une prise en charge coordonnée serait bénéfique pour les patients, les Hôpitaux du Léman, le CHIAB et une association spécialisée dans l'activité de dialyse ont décidé d'unir leurs efforts dans le cadre d'un GCS. Si leur partenariat permet de répondre à l'enjeu de santé publique pointé par la tutelle, il traduit aussi des ambitions personnelles.

Dès lors, dans quelle mesure la coopération entre offreurs de soins permet-elle de concilier les intérêts du régulateur et les intérêts stratégiques des établissements ?

L'analyse des phénomènes coopératifs et la revue des réformes hospitalières de ces dernières décennies permettront tout d'abord de mettre en évidence les enjeux sous-

⁴ L'établissement constitue mon terrain de stage.

tendus par la complémentarité sanitaire (première partie). L'étude approfondie du projet de GCS Dialyse Haute-Savoie nord démontrera ensuite que la coopération permet de faire converger intérêts tutélaires et ambitions stratégiques des établissements (deuxième partie). Une analyse des démarches stratégiques engagées et l'identification de certains obstacles susceptibles de se dresser sur la route des partenaires conduiront enfin à formuler quelques préconisations (troisième partie).

* * *

Ce mémoire a été élaboré selon les axes méthodologiques suivants :

Il s'appuie tout d'abord sur une étude bibliographique préalable, qui m'a permis d'acquérir des bases théoriques nécessaires à l'élaboration de ce mémoire. Celui-ci contient de nombreuses références aux travaux en sciences de gestion dont les analyses me sont apparues d'une grande utilité. Si l'hôpital n'est certes pas une entreprise comme les autres, les théories des organisations peuvent être mobilisées avec profit quand il s'agit de préciser des notions complexes, comme celles de coopération ou de stratégie.

Ce mémoire repose ensuite sur des observations effectuées tout au long du stage. Associé à la gestion du dossier de GCS par le directeur, j'ai en effet pu analyser « de l'intérieur » la démarche entreprise, notamment au cours de réunions de travail ou d'entretiens informels. Ce travail d'observation s'est accompagné de véritables entretiens avec l'ensemble des partenaires du projet ainsi qu'avec des interlocuteurs extérieurs, notamment la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. *In fine*, ces rencontres m'ont permis de mieux comprendre le cheminement adopté par l'ensemble des acteurs et les logiques qui ont présidé à la forme actuelle du GCS.

⁵ CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, Paris : John Libbey, 1996, p. 174.

1 LA COOPERATION : D'UNE APPROCHE CONCEPTUELLE A DES ENJEUX OPERATIONNELS POUR L'HOPITAL

1.1 La coopération, portrait d'une notion

1.1.1 Essai de définition

Etymologiquement, le terme «coopération» vient de l'association de la racine *operare* et du préfixe *co*, c'est-à-dire travailler ensemble. Selon le Petit Robert, « coopérer consiste à agir, à travailler conjointement avec quelqu'un au succès de quelque chose, à l'exécution d'un projet commun ». De cette définition, il ressort donc que la coopération suppose un *travail conjoint* en vue d'une *finalité commune*.

Cependant, cette simple définition pâtit d'une certaine proximité avec d'autres notions, comme celles de collaboration et de coordination. Afin de mieux cerner la nature de la coopération, une mise en regard de ces différentes notions apparaît utile.

Selon plusieurs auteurs, les deux notions de coopération et de collaboration peuvent, d'abord, être distinguées⁶. Dans le cadre de la coopération, les individus dépendent les uns des autres. La tâche à satisfaire est fragmentée en sous-tâches, chacune étant affectée à un acteur selon une distribution parfaitement horizontale et une logique d'attribution en fonction des compétences de chacun. Comme l'explique E. DURKHEIM, « la coopération ne va pas sans la division du travail⁷ ». La collaboration, en revanche, s'entend par une situation de travail dans laquelle tâche et but sont communs, tous les acteurs travaillant sur les mêmes points. Les deux notions recouvrent donc des niveaux différents de « rapport à l'autre », la coopération, à la différence de la collaboration, suggérant l'idée d'une complémentarité.

La coopération peut ensuite aussi être distinguée de la coordination, laquelle renvoie davantage à un arrangement, à un ordre⁸. Coordonner, c'est agencer les parties d'un tout suivant un plan logique. Deux différences peuvent ainsi être soulignées : la coordination se situe sur le plan de la prescription (le « dire ») et la coopération sur celui de l'action (« l'agir ») ; elle définit une structure statique et la coopération un processus.

⁶ Cf. notamment SAUBESTY C., *Dynamique de la construction de coopérations transversales*, XIII^{ème} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), Cergy Pontoise, 2004, pp. 6-7.

⁷ E. DURKHEIM, *De la division du travail social*, Paris : PUF Quadrige, 1996 (rééd.), p. 93.

⁸ DAMERON S., *Structuration de la coopération au sein d'équipes projet*, AIMS, 2003, p. 4.

Ce détour vers ces différentes notions permet de cerner avec plus d'acuité la nature d'une coopération. Il s'agit en effet d'abord non d'un état, mais d'un processus qui se construit dans l'action. Cette dimension temporelle distingue ensuite la coopération de la simple transaction de marché : sans perspective de durée, insistent les auteurs, il ne peut y avoir de coopération. Celle-ci repose enfin sur l'idée de relations complémentaires en vue d'un gain mutuel. Ces différents éléments se retrouvent dans la définition proposée par Corinne SAUBESTY⁹ : « processus par lequel des individus, des groupes et des organisations travaillent ensemble, interagissent dans le but d'un gain ou d'un bénéfice mutuel ». Philippe ZARIFIAN ajoute toutefois une dimension supplémentaire en expliquant que coopérer, « c'est beaucoup plus que la simple convergence des actes », c'est « développer tout un espace d'intersubjectivité, c'est-à-dire une compréhension réciproque et des accords solides sur la nature des problèmes à traiter et des savoirs à développer¹⁰ ».

La notion étant définie, il convient maintenant d'étudier les raisons qui amènent des organisations à coopérer entre elles. En d'autres termes, pourquoi et comment naît la coopération ?

1.1.2 Pourquoi coopérer ?

La question du surgissement de la coopération dans les rapports humains ne va pas de soi. En effet, comme le soulignent nombre d'auteurs, l'homme a tendance à être naturellement égoïste. Thomas HOBBS pensait ainsi que la coopération entre les hommes n'était possible qu'en présence d'un pouvoir central fort – en l'occurrence la monarchie absolue, seul capable de contrôler les comportements égoïstes résultant d'une compétition impitoyable¹¹.

Cela étant, les exemples de coopération volontaire et choisie ne manquent pas, comme a pu notamment l'observer le politologue américain Robert AXELROD¹². Il apparaît dès lors légitime de se demander comment des stratégies coopératives ont pu

⁹ SAUBESTY C., *op. cit.*, p. 4.

¹⁰ ZARIFIAN P., *La nouvelle productivité*, Paris : L'harmattan, 1995, p. 126.

¹¹ C'est la fameuse sentence du *Léviathan* : « l'homme est un loup pour l'homme ».

¹² AXELROD R., *Comment réussir dans un monde d'égoïstes ? Théorie du comportement coopératif*, Paris : Odile Jacob, 2006 (rééd.), 226 p. L'auteur cite notamment l'exemple de cas de coopérations réciproques entre français et allemands pendant les guerres de tranchée.

émerger dans un environnement composé principalement de non coopérants. A cet égard, un détour par les théories économiques et les sciences de gestion apparaît incontournable.

A) La coopération, un processus rationnel

L'analyse économique classique est fondée sur l'idée que les agents sont rationnels et mus par une volonté de maximiser leur utilité, c'est-à-dire leurs gains. En toute rationalité, ils ne coopéreront donc entre eux que s'ils y trouvent un intérêt. Afin d'illustrer ce postulat, le dilemme du prisonnier, célèbre modèle issu de la théorie des jeux, peut ici être mobilisé avec profit¹³.

Dans sa formulation classique, le dilemme du prisonnier est un jeu à somme non nulle qui se joue en une fois et qui peut se résumer ainsi. Deux prisonniers, retenus dans des cellules séparées et qui ne peuvent communiquer, sont interrogés par la police qui leur fournit les données suivantes : si l'un des prisonniers dénonce son complice et que l'autre ne le dénonce pas, le premier sera remis en liberté et l'autre écopera de dix ans de prison ; s'ils se dénoncent mutuellement, ils seront tous deux condamnés à cinq ans de prison ; enfin, si personne ne se dénonce, chaque prisonnier écoperera de six mois.

A. W. TUCKER a montré que les prisonniers choisissent en général de se dénoncer mutuellement. Ce choix est en effet le plus rationnel puisqu'il permet de minimiser les pertes¹⁴. Pourtant, lorsque chacun poursuit de la sorte son intérêt individuel, le modèle montre que le résultat obtenu n'est pas optimal. Conformément à l'énoncé, les prisonniers écoperont effectivement ici de cinq de prison chacun pour s'être dénoncés, alors que s'ils étaient tous les deux restés silencieux, leur peine n'aurait été que de six mois de prison. En d'autres termes, quoi que fasse l'autre joueur, il est plus payant de faire « cavalier seul » ; mais, si les deux joueurs font « cavaliers seuls », ils s'en sortent alors moins bien que s'ils avaient coopéré.

Ainsi, le dilemme est que la stratégie individuellement rationnelle est de jouer la trahison, ce qui conduit les deux joueurs à un équilibre sous-optimal de Nash, alors que la

¹³ Si le dilemme a été formalisé par les mathématiciens M. Dresher et M. Flood, Albert W. Tucker fut le premier à le présenter sous la forme d'une histoire. Sur ce modèle, voir GUERRIEN B., *La théorie des jeux*, Paris : Economica, 2002, 115 p.

¹⁴ Tucker se met à la place d'un des prisonniers et fait ce raisonnement : « dans le cas où il me dénoncerait, si je me tais, je ferai dix ans de prison alors que si je le dénonce, je ne ferai que cinq ans. Et dans le cas où il ne me dénoncerait pas, si je me tais je ferai six mois de prison alors que si je le dénonce, je serai libre. Quel que soit son choix, j'ai donc intérêt à le dénoncer ».

meilleure stratégie (celle qui maximise les gains) est de jouer la coopération mutuelle qui conduit, elle, à un équilibre optimal au sens de Pareto¹⁵.

Il ressort donc de ce modèle que si la partie ne se joue qu'en un seul jeu, chaque agent sera tenté de jouer « cavalier seul », empêchant ainsi à la coopération de survenir. Que se passerait-t-il, en revanche, si les individus avaient de grandes chances de se rencontrer à nouveau ? C'est cette situation que Robert AXELROD, notamment, a étudiée dans le cadre d'une extension de ce modèle connu sous le nom de « dilemme itératif du prisonnier ». Dans cette nouvelle configuration, le jeu se répète un nombre de fois indéterminé, offrant de ce fait à chaque joueur l'opportunité de représailles contre l'autre joueur pour sa précédente non-coopération. Dès lors que l'avenir revêt une importance suffisante, l'incitation à tricher devient inférieure à la menace de punition, ce qui introduit la possibilité d'une coopération. Il s'agit en somme d'une stratégie « œil pour œil » ou « donnant-donnant » qui récompense largement, sur le long terme, les joueurs coopérants et punit les opportunistes faisant « cavaliers seuls ».

Ces développements théoriques appellent trois commentaires. Tout d'abord, le dilemme du prisonnier répété a permis de confirmer que la coopération suggère l'idée de réciprocité – le « donnant-donnant », et une perspective temporelle non bornée – la coopération ne pouvant survenir que dans un cadre itératif.

La configuration du dilemme montre ensuite qu'il n'y a pas un gagnant au détriment d'un perdant (c'est l'essence même des jeux à somme non nulle) et que l'objectif poursuivi n'est donc pas de battre l'autre mais de marquer le plus de points possibles. Il met en évidence qu'on gagne toujours à coopérer.

Enfin, la théorie des jeux, qui modélise bien les questions de politique concurrentielle, trouve des traductions concrètes dans la vie économique. Un exemple typique est celui de l'entreprise qui baisse unilatéralement ses prix pour gagner des parts de marché et accroître ses bénéfices. Sa stratégie isolée est en fait risquée car, si son concurrent principal en fait autant de son côté, ils verront tous deux leurs bénéfices diminuer. Ceci explique que les entreprises, conscientes des gains liés à une collusion *ex ante*, s'engagent dans des arrangements coopératifs, fussent-ils illégaux. Le cartel et l'oligopole en sont deux exemples.

¹⁵ L'équilibre de Nash décrit une issue d'un jeu non coopératif dans lequel aucun joueur n'a intérêt à modifier sa stratégie, compte tenu des stratégies des autres joueurs. L'optimum de Pareto décrit quant à lui une situation d'équilibre dans laquelle on ne peut augmenter le gain d'un agent sans diminuer celui d'un autre.

Au final, ces théories montrent que les situations où, pour réussir, il faut faire échouer ses concurrents, ne sont pas forcément les plus typiques en économie. Souvent, une entreprise ne peut en effet réussir que si d'autres en font de même, la configuration « donnant-donnant » débouchant sur des rapports de type « gagnant-gagnant ».

Le caractère rationnel de la coopération démontré, il reste maintenant à identifier plus spécifiquement les facteurs d'émergence et de développement de la coopération ainsi que ses principales caractéristiques.

B) Les facteurs d'émergence de la coopération : l'apport des sciences de gestion

Les théories des organisations se sont avant tout concentrées sur l'identification des raisons qui poussent les organisations à coopérer entre elles. Elles ont ainsi permis de mettre en exergue l'existence de deux formes de coopération : une fondée sur le calcul et l'opportunisme et une autre définie comme « communautaire¹⁶ ». C'est cette typologie qu'il s'agit maintenant de décrire.

La première forme de coopération, qualifiée d'opportuniste, de politique ou de complémentaire selon les auteurs, est généralement appréhendée comme un levier utilisé par des organisations « différentes » afin d'accéder à des ressources complémentaires à celles qu'elles détiennent déjà¹⁷. Elle se fonde sur la « rationalité calculatoire » des agents qui nouent des alliances dans le cadre de stratégies personnelles, et jouent le jeu de la coopération tant que leurs gains excèdent leurs coûts. Elle peut ainsi être rattachée aux travaux de M. CROZIER et E. FRIEDBERG¹⁸ relatifs aux jeux de conquête de pouvoir par les acteurs. Elle suppose enfin une réciprocité des rapports assurée le plus souvent par des engagements de nature contractuelle.

En visant l'accès à de nouvelles ressources (technologiques, humaines...), la coopération « complémentaire » répond à un double enjeu. D'une part, elle permet à une organisation de maintenir et de contrôler sa zone d'incertitude. En raison de la volatilité de l'environnement et du nombre limité de fenêtres d'opportunité, il est en effet essentiel que

¹⁶ DAMERON S., « Opportunisme ou appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet », *M@n@gement*, Paris : Université Paris IX, 2004, 25 p.

¹⁷ On doit à G. Richardson d'avoir le premier mis en avant le rôle important joué par la notion de complémentarité dans le déclenchement des processus coopératifs inter-firmes ; cf. RICHARDSON G., « The organization of industry », *The Economic Journal*, n° 327, pp. 883-896 (cité par DAMERON S., *op. cit.*)

¹⁸ M. CROZIER, E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 1977.

les firmes disposent des compétences adéquates au bon moment pour ne pas se laisser distancer par la concurrence. Accéder à de nouvelles ressources est par conséquent une priorité stratégique. D'autre part, cette forme de coopération offre à des organisations la possibilité de bénéficier d'économies d'échelle, réservées en principe à des groupes plus importants, et ce tout en préservant leur autonomie stratégique.

L'alliance « complémentaire » apparaît ainsi essentiellement comme un vecteur de développement et d'efficacité. O. WILLIAMSON, par exemple, ne voit dans la coopération qu'un levier stratégique offert aux entreprises pour optimiser leurs coûts de transaction. Cette hypothèse du calcul comme « moteur » unique des processus coopératifs peut toutefois être nuancée. Evoquant justement les théories de WILLIAMSON, B. CORIAT et O. WEINSTEIN soulignent par exemple que « la multiplication des coopérations interentreprises que l'on observe aujourd'hui paraît peu compatible avec l'hypothèse d'opportunisme : l'importance des coûts de transaction qu'impliquent la mise en place de procédures contractuelles visant à prévenir l'opportunisme fait que, dans la plupart des cas, l'internalisation devrait être préférée¹⁹ ». L'opportunisme n'explique donc pas à lui tout seul la formation de coopérations.

Les auteurs ont mis l'accent sur une deuxième sorte de coopération, qualifiée de « communautaire », fondée non plus sur la différenciation mais au contraire sur la ressemblance entre les individus. Ici, l'alliance n'est plus un moyen, un levier stratégique, mais est davantage recherchée comme une fin. Les individus engagés dans ce mode de coopération adhèrent en effet aux mêmes valeurs, partagent des objectifs et des visions identiques. S. DAMERON note qu' « elle n'est pas simple échange mais processus de production de valeur²⁰ ». La coopération avec un autre est une manière de lui dire que l'on appartient au même univers que lui, que nos identités sont proches. Cette forme « communautaire » s'inscrit ainsi dans le droit fil des travaux du courant des relations humaines qui a souligné, dans les années 1930, l'existence d'une forme de coopération générée essentiellement par le besoin d'appartenance à un groupe²¹.

Si ces deux formes d'action coopérative divergent quant à leurs fondements, les frontières qui les séparent sont bien moins évidentes dès lors qu'on s'intéresse au processus coopératif. S. DAMERON note d'abord que toute coopération inclut les deux

¹⁹ CORIAT B., WEINSTEIN O., *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Paris : Librairie Générale Française, 1995, p. 73.

²⁰ DAMERON, *op. cit.*, p. 5.

²¹ *Ibidem*, p. 5 : L'auteur précise que c'est Mayo qui, en introduisant le respect humain dans les théories du management, a initié les recherches sur ce mode coopératif.

modes (complémentaire et communautaire) dans des proportions variables, la distinction proposée n'étant pas exclusive. En outre, des caractéristiques et dimensions transversales aux deux formes peuvent être distinguées.

Tout d'abord, la notion d'apprentissage est au cœur de toute dynamique coopérative. Selon M. CROZIER, « même avec les concurrents, il apparaît indispensable de créer des occasions et même des zones de coopération qui permettent d'apprendre les uns des autres²² ». La coopération suggère une adaptation des raisonnements des différentes parties, un échange d'informations, une mise en commun de connaissances, en somme une interaction. Elle se construit à travers des apprentissages croisés et s'apparente à un « système complexe d'échange de savoirs²³ ».

Ensuite, la notion de confiance, véritable ciment de toute relation sociale, apparaît comme le socle et le régulateur de toute forme de coopération. Faire confiance, c'est prendre un risque. Cela consiste à compter sur autrui, à engager des ressources pour essayer d'atteindre un but tout en se rendant vulnérable à l'autre partie. Sans confiance préalable et/ou créée, la coopération peut s'amoindrir ou disparaître. Et Baudry d'ajouter : « il est impossible de dissocier coopération et confiance ; en effet, contracter avec quelqu'un, c'est déjà un acte de confiance²⁴ ».

Les auteurs soulignent enfin que la coopération ne se décrète pas mais est au contraire un processus conscient et délibéré, non programmable et non prescriptible. Manifestant une volonté des agents, les relations de coopération supposent *ipso facto* l'indépendance de ceux qui la mettent en œuvre. Si ces derniers s'associent pour poursuivre un objectif commun, ils n'en conservent pas moins en effet leur autonomie stratégique, pouvant ainsi alterner stratégies collectives et stratégies concurrentielles. Cette relation ambiguë, voire paradoxale, qui combine coopération et compétition a donné naissance au concept de « coopération²⁵ ».

La coopération apparaît *in fine* comme un processus cognitif mettant en relation deux ou plusieurs agents qui décident délibérément d'unir leurs actions en vue d'un objectif commun et dans le cadre d'engagements réciproques. Il a été démontré que les organisations avaient un intérêt objectif à coopérer dans un environnement marqué par la concurrence. Or, l'hôpital, confronté à de nouvelles exigences et à une concurrence de plus en plus intense, peut à bien des égards être considéré comme une organisation

²² CROZIER M., 1996 ????

²³ SAUBESTY C., *op. cit*, p. 10.

²⁴ Cité par SAUBESTY C., *op. cit*, p. 9.

²⁵ STRATEGOR, p. 337. Cette notion de « coopération » peut par ailleurs être rapprochée du concept de « partenaire-adversaire » popularisé par Raymond Aron dans les années 1960.

comme une autre. La coopération entre établissements de santé apparaît dès lors tout à la fois comme une nécessité, un défi et une opportunité.

1.2 La coopération hospitalière : une nécessité et une opportunité

Depuis maintenant plus de trente ans, la coopération entre les établissements de santé est encouragée par le législateur qui y voit un moyen de satisfaire de manière plus optimale la demande de soins. Pour promouvoir cette complémentarité et relever les enjeux économiques et sanitaires qu'elle sous-tend, il a développé des outils de coopération qui s'inscrivent dans un cadre globalement incitatif, parfois autoritaire. Les développements qui suivent tâcheront de montrer que ces objectifs d'optimisation de l'offre de soins peuvent être compatibles, voire converger, avec les intérêts propres des établissements.

1.2.1 Une nécessité économique et sanitaire encouragée de longue date par le législateur

En 1992, le Ministère de la santé expliquait que « Les impératifs de maîtrise des dépenses de santé rendent plus que jamais nécessaire le développement de la coopération inter-hospitalière, dont l'objectif est avant tout de mettre en commun des moyens afin de rendre les meilleurs services aux malades dans le cadre d'une rationalisation de l'ensemble des moyens sanitaires²⁶ ». Pour l'Etat, la coopération vise donc une optimisation des ressources, un aménagement plus rationnel de l'espace et, *in fine*, l'amélioration de la prise en charge des patients. Pour répondre à ces enjeux, le législateur va s'efforcer de promouvoir la complémentarité entre les différents offreurs de soins en faisant de la coopération un axe majeur de régulation et en proposant aux établissements une kyrielle d'outils juridiques.

A) Les enjeux de la coopération interhospitalière pour le régulateur

²⁶ Cité par KERLEAU M., « L'hôpital et ses partenaires : nouvelles formes de coopération », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, n° 2, 1997, p. 271.

Pour les tutelles, le développement de la coopération entre les établissements de santé relève, en épaississant le trait, de deux enjeux : un enjeu économique et un enjeu de santé publique.

a) *Optimiser la gestion des ressources*

Le tissu hospitalier français s'est construit à une période où « l'abondance des ressources permettait de concilier la sophistication croissante des moyens avec un maillage assez fin du territoire national²⁷ ». Les Trente Glorieuses furent en effet pour l'hôpital public une période de prospérité financière au diapason de l'expansion économique que connaissait alors le pays. La crise économique qui frappe les sociétés occidentales au début des années 1970 allait toutefois placer sous un jour cru les dysfonctionnements d'un hôpital que l'euphorie financière avait jusque-là masqués. Le système hospitalier était en effet marqué par une offre pléthorique et un développement territorial assez anarchique. Le souci de maîtrise des dépenses de santé en cette période de restriction financière s'est donc vite révélé déterminant, amenant l'Etat à resserrer son contrôle sur l'hôpital. Les cartes sanitaires ont ainsi eu pour objectif de réviser à la baisse, sur un mode purement quantitatif, des capacités hospitalières assez largement excédentaires²⁸. L'instauration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) a confirmé cette tendance à l'optimisation de l'offre de soins sur un mode plus décentralisé et en substituant à la logique de quotas un raisonnement plus qualitatif d'adéquation entre l'offre et la demande.

Dans ce cadre contraint, la coopération inter-établissements constitue un autre moyen pour rationaliser les moyens hospitaliers, sur un double plan géographique et économique. En effet, elle peut d'abord se montrer utile pour définir un aménagement plus rationnel du territoire *via* des regroupements d'activités. Les incohérences et concurrences inutiles générées par le cloisonnement entre des établissements de santé proches nécessitent par exemple souvent des restructurations qui peuvent mener à la fermeture d'établissements. Sans aller jusqu'à ce cas extrême, de simples conventions de coopération favorisent aussi une mise en commun de moyens permettant de corriger une

²⁷ CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*, Paris : Masson, 1997, p. 194.

²⁸ CALMES G., *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité*, Paris : Masson, 1998, p. 13 : d'après la Cour des comptes et la Caisse des dépôts et consignations, l'excédent des lits d'hospitalisation publique atteignait en France 20 % en 1994.

offre redondante et d'ajuster avec plus de précision l'offre à la demande de soins tout en répondant au besoin de proximité exprimé par la population.

La coopération contribue aussi à faciliter la gestion des ressources rares en organisant, notamment, l'exploitation conjointe d'équipements lourds surdimensionnés à l'échelle d'un seul établissement. On justifie économiquement la concentration des ressources productives en un plus petit nombre de lieux par la nécessité d'exploiter les rendements croissants de production et tirer bénéfice de la diminution des coûts unitaires. L'indivisibilité de nombreuses composantes des plateaux techniques, notamment en radiologie, nécessite en effet l'élargissement des échelles de production afin de dégager des économies de dimension²⁹. Ce partage d'équipements permet également d'atteindre des tailles minimales optimales requises pour garantir l'efficacité technique de production, la spécialisation croissante des techniques nécessitant de plus en plus une mise en relation de compétences qu'il n'est plus possible de regrouper en des sites uniques. Les auteurs parlent ici de seuil technique et d'effets de synergie.

Le personnel médical constitue par ailleurs une autre ressource dont la gestion peut être facilitée par des démarches coopératives. La pénurie de personnels disponibles, par exemple en anesthésie, en chirurgie obstétrique ou en néphrologie, milite pour un regroupement des structures ne pouvant justifier d'un niveau d'activité suffisant ou pour le développement de conventions de « partage » de temps médical. La coopération permet ainsi à des établissements hospitaliers de répondre à la raréfaction des praticiens dans certaines disciplines et d'assurer certaines prises en charge médicales qu'ils n'auraient pu, seuls, offrir à la population. Ce type de coopération suppose par ailleurs une flexibilité de l'organisation, une mobilité des personnels et des activités multi-sites.

Il est enfin évident qu'un raisonnement symétrique trouve à s'appliquer pour des partages de locaux de soins ou la mise en commun de personnels paramédicaux qui favorisent également une plus juste utilisation des ressources.

En favorisant des partages d'activités et des mises en commun de moyens, les actions de coopération contribuent ainsi à rationaliser l'offre hospitalière et à dégager des économies d'échelle imposées par la maîtrise des dépenses de santé.

b) Améliorer la prise en charge du patient

En ce qu'elle permet un décloisonnement des réponses apportées aux usagers du service public hospitalier, la coopération hospitalière apparaît également comme un moyen de répondre à des enjeux de santé publique.

²⁹ KERLEAU M., *Op. cit.*, p. 271.

Tout d'abord, une hypothèse généralement admise est que la coopération entre les acteurs de santé est la meilleure garantie pour le patient d'avoir accès à l'ensemble des soins adaptés que peut nécessiter son état. En effet, les professionnels de santé ne peuvent pas tout faire, ne serait-ce que du fait de la difficulté pour un omnipraticien par exemple de maintenir une expertise vis-à-vis d'un grand nombre de problèmes faisant appel à des prise en charge complexes et évolutives. Pourtant, il arrive que des intervenants gardent des patients au-delà de leur seuil de compétence afin qu'ils ne soient pas captés par celui qui aurait dû normalement poursuivre leur prise en charge. « Passer la main » ne va en effet pas de soi pour de multiples raisons : crainte d'un manque à gagner financier, perte d'estime de soi, perte de pouvoir, etc. La coopération est alors une réponse à cette possible dégradation du service rendu en permettant de concilier l'intérêt des professionnels et l'intérêt général dans une recherche commune de la qualité des soins. Comme le soulignent M. CREMADEZ et F. GRATEAU, la coopération « peut permettre au système de santé d'apporter à chacun le service personnalisé qu'il attend et de répondre pragmatiquement à la spécificité des besoins sur le terrain en suscitant et fédérant les initiatives³⁰ ».

Une coopération entre producteurs de soins est également gage de coordination de leurs interventions, et donc de continuité des soins. Dans le cas de prises en charge d'affections chroniques par exemple, pour lesquelles «la médecine, dépourvue de traitement curatif, perd de sa toute puissance³¹ », coopérer répond au besoin minimum de coordonner des intervenants multiples vis-à-vis d'un plan d'action cohérent. L'enjeu est donc ici de « replacer le patient au cœur du système de soins (...), de reconstituer une cohérence autour de la personne et non plus de la maladie, de l'organe ou de l'outil³² ».

Un autre avantage de la coopération est également lié à l'idée que des professionnels inscrits dans une prise en charge en réseau seront d'autant plus vigilants quant à la qualité de leurs prestations qu'ils sont placés explicitement sous le regard de partenaires identifiés. Coopérer facilite une comparaison, un échange, une émulation qui, au final, contribuent à améliorer la qualité du service rendu aux patients.

Enfin, la concentration des moyens techniques précédemment évoquée apparaît également comme un vecteur d'amélioration de la prise en charge médicale. En effet, alors que la notion de seuil technique traduisait la dimension à atteindre pour dégager une

³⁰ CREMADEZ M., GRATEAU F., *Op. cit.*, p. 201.

³¹ LOMBRAIL P., FRATTINI M.-O., «Pratiques coopératives dans le système de santé : quels enjeux ? », *Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question*, Actes du séminaire des 6 et 7 décembre 1996, Editions ENSP, 1998.

³² PATTE D., «Les enjeux de la coordination », *Actualité et dossier en santé publique*, n°28, septembre 1998, p. 16.

productivité suffisante et générer des effets d'échelle, la notion qualitative de masse critique introduit quant à elle l'idée que plus un geste technique est pratiqué, mieux il est exécuté. De nombreuses études anglo-saxonnes et françaises³³ ont ainsi mises en évidence une corrélation positive entre le volume d'activité de l'hôpital et les résultats obtenus en matière de durée de séjour anormalement longue, de fréquence des complications, de taux mortalité post-intervention, etc. Bien qu'en l'absence de critères incontestables l'interprétation de ces résultats demeure délicate, il est ainsi généralement postulé que l'expérience améliore la performance et que « plus on fait, mieux on fait ». Dans cette optique, la coopération, qui contribue à une concentration des ressources, peut utilement être mise en œuvre.

In fine, les démarches coopératives permettraient d'éviter les redondances dans l'offre de soins et de dégager des économies d'échelle tout en assurant aux patients d'être accueillis dans des structures bénéficiant de moyens techniques et humains importants et où la forte fréquence des actes médicaux dispensés serait source d'une sécurité accrue.

B) De nombreuses incitations législatives pour une mise en œuvre graduée

Pour répondre aux différents enjeux qui viennent d'être rappelés, le législateur va s'efforcer de promouvoir la complémentarité entre les établissements. Si dans les années 1970-1980 la coopération est seulement encouragée, elle devient progressivement un outil privilégié et parfois imposé de planification sanitaire s'inscrivant dans un dispositif juridique gradué³⁴.

Il faut tout d'abord noter qu'à l'échelle de l'histoire hospitalière, l'idée d'une coopération entre les acteurs de santé est relativement récente. C'est seulement en effet avec la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière³⁵ que le législateur a commencé à sensibiliser les hôpitaux sur l'exigence de complémentarité. Cette loi fixe les

³³ Cf. notamment CHARPAK Y., NICOLET I., BROCLAIN D., *Etude à base bibliographique internationale sur la notion de masse critique en relation avec le système d'organisation sanitaire en France*, Rapport pour la Direction des Hôpitaux, Paris, 1991.

³⁴ La présentation qui suit des outils de coopération ne se veut pas exhaustive ; il ne sera pas question par exemple des réseaux de santé, qui nous paraissent moins relever d'un instrument que d'une finalité, ou encore des fédérations interhospitalières.

³⁵ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970.

premières bases de la coopération inter-établissements en promouvant deux formules coopératives : la convention et le syndicat interhospitalier (SIH).

La loi de 1970 instaure en effet la possibilité pour les établissements de santé de conclure des conventions. Cette modalité se caractérise avant tout par sa souplesse et sa simplicité puisqu'elle n'aboutit pas à la création d'une nouvelle personne morale distincte des parties³⁶. Elle présente ensuite l'intérêt de pouvoir s'appliquer à des établissements de statut juridique différent, public ou privé. Ceci explique qu'elle soit devenue le mode de coopération le plus utilisé, essentiellement en matière de co-utilisation d'équipements lourds ou d'utilisation commune de services logistiques ou d'écoles de formation³⁷.

Le législateur octroie ensuite la possibilité à deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier de créer un syndicat interhospitalier. Les SIH ont pour vocation de favoriser la concentration et la rentabilisation des établissements existants ou à créer, et de permettre la coordination des actions de ces établissements. Leur vocation est large et englobe toute activité intéressant le fonctionnement des établissements adhérents : formation, prestations informatiques, missions de soins, gestion de la trésorerie et des emprunts, etc. Toutefois, leur mode d'organisation est complexe et pâti d'un régime juridique assez pesant.

Enfin, même si le législateur n'a pas précisé qu'il s'agissait d'un mode de coopération, la loi de 1970 autorise la constitution dans le champ hospitalier d'associations à but non lucratif de type loi 1901³⁸. Des associations ont ainsi vu le jour au niveau national³⁹ ou local, mais aussi dans le domaine de la recherche médicale ou de la coopération internationale. Il reste que la souplesse de ce type de dispositif juridique fait obstacle à une gestion sécurisée des deniers publics, rendant la formule associative suspecte aux yeux du juge des comptes.

Ces formules de coopération issues de la réforme de 1970 apparaissent ainsi largement destinées au seul bénéficiaire du secteur public hospitalier, « dont il importe de confirmer dans les faits la place prépondérante définie par la loi⁴⁰ ». Finalement assez

³⁶ DUMONT M., ESPER C., PAIRE C., *Droit hospitalier*, Paris : Dalloz, 2001, p. 123.

³⁷ Un recensement non exhaustif opéré en 1992 faisait état de plus 3000 conventions, plaçant ainsi cette formule en tête des modes de coopération choisis par les établissements. Cf. DUMONT M., ESPER C., PAIRE C., *Op. cit.*, p. 124.

³⁸ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

³⁹ Par exemples, l'Association nationale de la formation hospitalière (ANFH) ou le Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS).

⁴⁰ KERLEAU M., *Op. cit.*, p. 269, citant C. LAVIGNE.

peu ambitieuses, elles conduisent certains auteurs à estimer que « la véritable réforme de la coopération hospitalière date de 1991⁴¹ ».

La loi du 31 juillet 1991⁴² a entendu insuffler une nouvelle dynamique à la coopération en faisant de cette dernière un outil de planification sanitaire et en développant de nouveaux instruments juridiques.

La loi jette d'abord les bases d'une planification sanitaire plus qualitative que par le passé en mettant à la disposition du régulateur deux nouveaux outils : la carte sanitaire et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Ces derniers doivent s'attacher à répartir harmonieusement les moyens dans une zone sanitaire donnée en fonction des problèmes de santé publique locaux. Les notions de partage d'activité et de partenariats sont donc bien au cœur de la problématique de ces nouveaux SROS.

La loi instaure ensuite des conférences sanitaires de secteur qui réunissent, dans chaque secteur sanitaire, les représentants des établissements de santé publics ou privés de ce secteur. Aux termes du chapitre 3, titre I, ces conférences sanitaires ont un rôle incitatif : « promouvoir la coopération entre les établissements ». Pour cela, elles organisent en leur sein des commissions qui connaissant des actions de coopération en matière d'utilisation conjointe de matériels lourds, de gestion de services communes, de prévention, d'éducation pour la santé et de formation continue.

Il convient en outre d'ajouter que la loi oblige les hôpitaux locaux qui souhaitent conserver des lits de médecine de passer convention avec des centres hospitaliers, ce qui souligne encore la volonté du législateur d'utiliser la coopération comme modalité de restructuration.

En créant un lien explicite entre planification et développement des complémentarités, la loi du 31 juillet 1991 fait ainsi de la coopération un outil privilégié de restructuration du paysage sanitaire.

En accompagnement de cette logique planificatrice, la loi de 1991 étoffe la palette des outils juridiques de coopération avec l'instauration de deux nouvelles modalités plus ambitieuses. Elle offre d'abord aux établissements de santé la possibilité d'adhérer à des Groupements d'intérêt public (GIP), instrument adapté en 1987⁴³ aux domaines sanitaire et social et qui trouve ici une consécration législative. Dotés de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie financière, les GIP permettent le regroupement de

⁴¹ CALMES G. et ali, *Op. cit.*, p. 9.

⁴² Loi n°91-748 du 31 juillet 1991.

⁴³ Loi n°87-571 du 23 juillet 1987, article 22.

personnes morales de droit public ou privé pour exercer ensemble des activités dans le domaine sanitaire et social (formation et gestion d'équipements essentiellement). S'il constitue un premier exemple de passerelle entre le droit public et le droit privé dans le champ sanitaire, le GIP est toutefois soumis au contrôle financier de l'Etat, ne peut réaliser de bénéfices et s'inscrit dans une durée limitée (entre cinq et quinze ans). Ces rigidités structurelles ont contribué à réduire le caractère attractif du GIP.

La loi autorise ensuite les établissements publics de santé à recourir à la formule du groupement d'intérêt économique (GIE). Dispositif éprouvé dans d'autres domaines, le GIE, personne morale de droit privé, a pour but de faciliter le développement de l'activité économique de ses membres et d'en améliorer les résultats. Contrairement au GIP, la réalisation de bénéfices n'est ici pas juridiquement proscrite même si le GIE ne peut avoir un objet exclusivement commercial. Si le recours à cette formule présente un intérêt certain pour l'exploitation de brevets d'invention ou la gestion d'équipements lourds,

Au final, hormis les conventions qui ont connu un fort développement, la coopération sous ses autres formes juridiques s'est révélée assez limitée. On dénombre ainsi en 1993 plus de 2000 conventions pour 30 SIH, une vingtaine de GIE et autant de GIP⁴⁴, les conventions représentant 95% des actions de coopération.

La complexité et les contraintes du SIH et le fait que les GIP comme les GIE ne s'appliquent pas à la coopération autour de prises en charges médicales expliquent assez largement cette relative faiblesse du développement de la coopération interhospitalière.

Devant ce constat de semi-échec, l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996⁴⁵ a entrepris de relancer une dynamique coopérative en faisant de la coopération un véritable outil de planification (fût-il autoritaire) et en ouvrant la voie à une nouvelle formule de coopération : le groupement de coopération sanitaire (GCS).

Jusqu'ici locale, décentralisée, essentiellement basée sur le volontariat, la coopération interhospitalière devient en 1996 un outil de l'Etat et revêt un caractère plus contraignant. En effet, aux termes de l'article 38 de l'ordonnance, « le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés ». Le législateur ajoute que si cette demande n'est pas suivie

⁴⁴ CALMES G. et ali., *Op. cit.*, p. 12 et p. 25.

⁴⁵ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

d'effet dans les trois mois, « le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation peut (...) *prendre les mesures appropriées* pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements concernés ». Dès lors, la coopération n'est plus seulement incitée par le législateur mais peut revêtir un caractère coercitif.

Outre cette régulation en partie autoritaire des relations entre les établissements, l'ordonnance prévoit la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens (COM) entre les ARH et les établissements de santé publics et privés. Au titre de l'article 9, ces COM « favorisent la participation des établissements (...) aux actions de coopération ». Julien GOTTMANN note à cet égard que l'immense majorité des COM « prévoient l'institution de mécanismes de coopération⁴⁶ ».

Enfin, pour réaliser cette nouvelle ambition pour la complémentarité sanitaire, l'ordonnance prévoit la création d'un nouvel outil juridique : le groupement de coopération sanitaire. Le législateur assignait alors au GCS essentiellement deux objectifs. Il devait d'abord favoriser le rapprochement entre les structures de droit public et de droit privé en devenant, d'une certaine façon, un SIH ouvert aux structures privées. Il permettait ensuite d'inciter les établissements à promouvoir des partenariats autour d'une prise en charge médicale⁴⁷. Cette formule de coopération ambitieuse n'a toutefois pas suscité un grand intérêt auprès des établissements en raison du flou juridique qui la caractérisait⁴⁸.

Il faudra attendre 2003 pour que la formule du GCS soit significativement remaniée et que la coopération soit explicitement et pleinement consacrée comme un axe prioritaire de planification sanitaire.

Même si le plan Hôpital 2007 annonçait dès 2002 que le « GCS élargi, souple et polyvalent remplacera, à terme, les autres modalités de coopération », c'est avec l'ordonnance du 4 septembre 2003⁴⁹ qu'une nouvelle ambition pour le GCS est officiellement affichée. Ce texte octroie en effet une place prépondérante à cette nouvelle formule de coopération en empêchant la création de nouvelles communautés

⁴⁶ GOTTMANN J., « COM : où en sommes-nous cinq ans après l'ordonnance de 1996 ? », *Gestions hospitalières*, août-septembre 2001, p. 578.

⁴⁷ Au contraire des GIE et des GIP qui permettent uniquement une gestion commune d'équipements.

⁴⁸ A ce sujet, voir ENGEL F., « Les GCS : un puzzle inachevé », *Décision santé*, n°215, mai 2005, p. 10-11.

⁴⁹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

d'établissements à partir de sa date de parution et de nouveaux SIH à compter du 1^{er} janvier 2005 (*supra*).

L'objet de ce nouveau GCS, dont la personnalité juridique peut être publique ou privée, est de faciliter, améliorer et développer l'activité de ses membres. A ce titre, il peut permettre des interventions communes de personnels (il a la possibilité, le cas échéant, de recruter lui-même des personnels salariés), gérer des équipements d'intérêt commun, détenir et gérer des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins ou encore constituer ou être membre d'un réseau de santé. Enfin, bien que l'ordonnance dispose qu'il n'est pas un établissement de santé, le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) peut l'autoriser à exercer des missions d'établissement de santé.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 opère ainsi un processus de simplification des formules de coopération en faisant du GCS un outil performant et ambitieux ayant vocation à remplacer les autres modalités coopératives actuellement en vigueur. Ce « toilettage » s'inscrit dans une dynamique plus générale tendant à faire de la coopération un axe prioritaire de la planification sanitaire. En effet, si la loi du 31 juillet 1991 suggérait implicitement que les SROS devaient favoriser les complémentarités, l'ordonnance de 2003 dispose clairement que «le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé ». Elle prévoit en outre que, pour répondre aux nouveaux objectifs quantifiés précisés en annexe des SROS de troisième génération, « transformations, regroupements et coopérations d'établissements » seront privilégiés. Enfin, regardant le régime des autorisations sanitaires, ce texte précise que « L'autorisation peut être subordonnée à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens et la permanence des soins. L'autorisation peut être suspendue ou retirée (...) si la condition mise à son octroi n'est pas réalisée ».

Ce balayage de dispositions législatives met en évidence la volonté sans cesse plus marquée de l'Etat de promouvoir la complémentarité entre les établissements de santé. D'un simple outil dont on encourageait l'utilisation dans les années 1970, la coopération est devenue ces dernières années un instrument prioritaire de restructuration et de planification sanitaire pouvant s'imposer aux établissements. La coopération s'inscrit ainsi dans un dispositif gradué, allant de l'incitation à l'obligation pure et simple. A titre d'illustration, outre la possibilité offerte au directeur de l'ARH de « prendre les mesures appropriées » pour que des démarches coopératives soient engagées, des fusions juridiques ont été imposées aux établissements au titre de la complémentarité sanitaire. Nombre d'autorisations sanitaires délivrées par l'ARH ou de financements dans le cadre

du plan Hôpital 2007 sont par ailleurs conditionnés par la mise œuvre par les établissements demandeurs d'actions de coopération.

Le caractère parfois coercitif de ces nouveaux modes de coopération soulève toutefois des interrogations. Quel sens donner à une coopération forcée ? Peut-on considérer comme de l'ordre de la coopération une action qui ne fait qu'obéir à une injonction tutélaire ? La coopération avait été définie plus haut comme autonome, « non prescriptible et non programmable ». Selon cette définition, un rôle important devait être laissé aux partenaires dans la construction même de l'accord afin que ces derniers s'approprient le changement induit par la coopération. On peut dès lors s'interroger sur la pertinence et la faisabilité d'un objectif de régulation autoritaire via des partenariats imposés. En effet, une coopération réussie ne relève-t-elle pas d'une adhésion institutionnelle et professionnelle ? Et J. CALMES et ali de souligner que « tous les acteurs consultés (...) s'accordent à considérer que, quel que soit le dispositif juridique, la coopération interhospitalière sera ce qu'en feront les acteurs concernés ».

1.2.2 Une opportunité stratégique pour les établissements

Jusqu'ici, la coopération a été présentée comme une modalité essentiellement développée et promue par le régulateur qui, le cas échéant, peut aller jusqu'à l'imposer aux établissements. Ce tableau univoque réduisant la coopération à une juxtaposition d'encouragements et d'injonctions tutélaires face à la réticence des établissements peut être largement amendé.

A) La coopération, une démarche volontaire et autonome

Il ressort en effet de plusieurs études que les actions de coopération entreprises par les établissements sont le plus souvent des démarches volontaires. Les travaux menés par J.-C. MOISDON et D. TONNEAU, par exemple, ont révélé que par delà « le discours parfois incantatoire » des autorités de tutelle, les établissements occupent le plus souvent une « position d'impulseur » dans la réalisation des démarches de coopération⁵⁰. T. LE LUDEC et J.-L. MASSIOT soulignent aussi l'existence d'une capacité d'initiative forte des décideurs hospitaliers en matière d'alliances. Selon les auteurs, cette autonomie

⁵⁰ MOISDON J.-C. et TONNEAU D., « Concurrence et complémentarité : stratégies de l'hôpital et de sa tutelle », in CONTANDRIOPOULOS A.-P., *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, Paris : John Libbey, 1996.

concernerait également les conditions du déroulement de la coopération (clauses du contrat, règlement intérieur...). M. KERLEAU constate ainsi que les établissements utilisent pleinement dans la construction des stratégies d'alliance les marges de liberté dont ils disposent.

Une étude menée par S. CUEILLE⁵¹ auprès de 276 décideurs hospitaliers confirme très largement ces observations. Ses travaux montrent tout d'abord que la grande majorité des responsables hospitaliers interrogés ont un sentiment d'autonomie important vis-à-vis des tutelles dans leurs prises de décision stratégique. Ils mettent ainsi en évidence que les trois-quarts des responsables interrogés perçoivent les coopérations engagées dans leurs établissements comme des démarches volontaires, et que seulement 8% des alliances entreprises sont perçues comme des obligations tutélaires. Par ailleurs, 96% des répondants mentionnent l'existence ou le projet d'au moins une démarche de coopération avec un autre acteur du système de santé. Enfin, 28% des dirigeants ayant répondu à l'enquête estiment que leur établissement a été l'initiateur unique de toutes les coopérations réalisées.

Ces différents travaux tendent ainsi à montrer non seulement que les établissements jouissent d'une assez large autonomie dans leurs prises de décisions stratégiques, mais qu'ils s'engagent de manière volontaire et délibérée dans des actions de coopération, indépendamment de toute impulsion tutélaire. Ces résultats appellent néanmoins deux remarques. D'une part, la large autonomie perçue par les établissements en matière de coopération réside essentiellement dans la latitude laissée aux opérateurs quant au choix de la forme juridique du partenariat⁵². D'autre part, le recours massif aux stratégies coopératives (96%) peut ensuite être nuancé en ce qu'il concerne surtout la modalité conventionnelle. En effet, plus de 41% des répondants ne font état que de conventions, alors que seulement 10% des réponses révèlent des formes juridiques plus impliquantes pour l'activité des établissements (GIE, GIP ou GCS).

Même si elle recouvre des degrés d'avancement très divers, l'ampleur du recours aux stratégies d'alliance par les hôpitaux publics témoigne toutefois de la prise de conscience par les décideurs que l'avenir de leurs établissements ne passe pas par un mode de développement totalement isolé. M. CREMADEZ et F. GRATEAU notent à ce propos que l'hôpital « ne peut pas raisonner de manière autarcique car il s'inscrit dans un

⁵¹ CUEILLE S., « Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics », *Revue hospitalière de France*, n° 6, novembre-décembre 2000, p. 12-31.

⁵² Les textes de loi cherchent en effet à préserver la souplesse d'utilisation des outils de coopération.

ensemble de filières de soins qui s'articulent en un réseau complexe de relations⁵³ ». En effet, l'environnement des établissements, de plus en plus changeant et intriqué, renforce l'interdépendance des acteurs du système de santé qui perçoivent souvent les démarches de coopération non comme une contrainte mais comme un levier stratégique.

B) La coopération, un axe stratégique

Si les tutelles préfèrent la coopération à une concurrence effrénée et désordonnée, les établissements ont aussi des intérêts objectifs à coopérer entre eux.

Tout d'abord, de manière symétrique au raisonnement opéré par le législateur, les conventions de partage d'équipements permettent aux établissements coopérants d'accéder à des technologies plus modernes, d'élargir leur base de recrutement, et ainsi d'assurer un niveau d'activité suffisant pour, *in fine*, dégager des économies d'échelle. Les formules d'alliances plus impliquantes comme les groupements permettent quant à elles de mettre en commun des moyens au service de la réalisation d'objectifs qu'aucun des partenaires ne pourrait réaliser seul.

De façon générale, dans un environnement dense de compétiteurs potentiels, la coopération avec un partenaire détenteur de ressources complémentaires permet à un établissement de mieux gérer sa production au plan qualitatif et quantitatif et ainsi de mieux maîtriser la concurrence locale. Dans ce cadre, la coopération se présente comme un levier stratégique à la disposition des établissements pour tenter de stabiliser leurs relations avec un environnement de plus en plus concurrentiel et volatil. Elle permet ainsi de répondre partiellement à la problématique de l'irréversibilité des décisions dans un environnement marqué par l'incertitude. Comme l'expliquent M. KERLEAU et ali, la coopération « permet à l'organisation hospitalière, dès lors qu'elle évolue dans un contexte de ressources financières limitées mais de compétition technologique vive, de sauvegarder des marges de flexibilité, tout en se protégeant de l'irréversibilité partielle que pourrait représenter le non-engagement à temps dans des activités potentiellement porteuses⁵⁴ ». Coopérer, c'est donc se positionner sur un plan concurrentiel.

⁵³ CREMADEZ M. et GRATEAU F., *Op. cit.*, p. 198. CUEILLE S., *Les alliances comme mode de mise en œuvre de la stratégie des hôpitaux publics français : construction d'un modèle d'analyse*, X^{ème} conférence de l'AIMS, 13-14-15 juin 2001, p. 22, ajoute : « L'organisation autarcique identifiée par Thiéart n'est plus de mise dans le secteur hospitalier public français ».

⁵⁴ KERLEAU M. et ali, *Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins*, in CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y., *Op. cit.*, p. 175.

A cet égard, KERLEAU et ali, de nouveau, proposent une typologie duale des coopérations interhospitalières⁵⁵. Celles-ci relèveraient, selon eux, de manœuvres stratégiques défensives ou offensives. La coopération comme stratégie défensive s'entend comme une démarche visant à protéger une position acquise sur un créneau de marché des attaques portées par de nouveaux entrants. Comme l'explique l'un des responsables hospitaliers interrogés par S. CUEILLE, les coopérations « sont souvent des stratégies de survie⁵⁶ ». Les alliances « offensives » sont quant à elles des stratégies de conquête de parts de marché sur des concurrents exclus. Elles permettent d'être le premier sur un segment d'activité, de distancer ses concurrents, certains dirigeants admettant explicitement que la coopération est « une politique offensive en termes de gains de parts de marché⁵⁷ ». Dans un environnement perçu comme le lieu d'une compétition pour l'accès aux ressources stratégiques que sont les savoir-faire, les techniques et les compétences, la coopération serait un instrument à la disposition des établissements pour protéger ou asseoir une position concurrentielle et ainsi faire face à la concurrence locale. Qu'elles soient offensives ou défensives, les stratégies d'alliance sont ainsi avant tout des stratégies d'opportunité et de développement. Un des directeurs interrogés par S. CUEILLE admet à ce propos qu' « en ce qui concerne les stratégies de coopération, je ne crois que dans les stratégies d'intérêts. Je crois donc qu'il y a alliance que quand il y a intérêt⁵⁸ »

Au terme de cette première partie, il apparaît que la recherche de complémentarités est une solution souhaitable pour entraver la dérive des dépenses de santé tout en rendant aux malades les meilleurs services, que ce soit en terme d'accessibilité ou de qualité. Si le régulateur peut imposer à des établissements des formes de partenariats (fusion par exemple), il cherche le plus souvent à les susciter. En effet, la panoplie d'outils juridiques proposée aux acteurs sanitaires, et surtout le refus d'une prolifération réglementaire qui viderait l'incitation à coopérer d'une partie de sa substance⁵⁹ tendent à montrer que le législateur s'est efforcé, outre de rationaliser et optimiser l'offre de soins, de donner aux établissements une capacité nouvelle d'initiative.

⁵⁵ *Ibid.* p. 174.

⁵⁶ S. CUEILLE, *Op. cit.*, . 15.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 13.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 15

⁵⁹ Quelle que soit la forme de coopération envisagée, les partenaires sont en effet libres de définir par eux-mêmes l'architecture générale et l'organisation interne de leur alliance (règlement intérieur...).

Ces derniers, nous l'avons vu, ont souvent su la saisir pour faire du partenariat un levier de développement stratégique.

La coopération apparaît donc bien à la fois comme une nécessité économique et sanitaire pour le régulateur et une opportunité stratégique pour les opérateurs. Certes, ainsi que le note M. KERLEAU, les intérêts des uns et des autres ne sont que partiellement convergents, « ce qui a priori peut encourager toutes sortes de jeux stratégiques conduisant (...) à des équilibres instables⁶⁰ ». Mais dans l'ensemble, la coopération permet souvent de satisfaire à la fois aux exigences planificatrices des tutelles et aux ambitions stratégiques des établissements. Le projet de GCS «Dialyse Haute-Savoie Nord », dont il s'agit maintenant d'analyser les contours et les enjeux, constitue à cet égard une remarquable illustration de cette rencontre d'intérêts.

2 LE PROJET DE GCS « DIALYSE HAUTE-SAVOIE NORD » OU QUAND DES ENJEUX SANITAIRES RENCONTRENT DES AMBITIONS STRATEGIQUES

Deux centres hospitaliers du nord de la Haute-Savoie et une association oeuvrant dans le domaine sanitaire ont décidé d'unir leurs efforts pour assurer une prise en charge coordonnée et optimisée de l'insuffisance rénale chronique. Si leur projet, qui répond aux différents objectifs définis dans le SROS III, s'inscrit dans une démarche de santé publique, il traduit aussi la poursuite d'ambitions et d'intérêts stratégiques propres.

⁶⁰ KERLEAU M., *Op. cit.*, p. 276.

2.1 Un projet de coopération qui s'inscrit pleinement dans les orientations du SROS III

Le projet de groupement de coopération sanitaire «Dialyse Haute-Savoie nord » réunit trois partenaires en vue d'une prise en charge coordonnée, globale, mieux répartie et plus efficiente de l'insuffisance rénale chronique (IRC) dans le nord du département de la Haute-Savoie. Autant d'objectifs explicitement affichés dans le volet IRC du SROS de troisième génération de la région Rhône-Alpes.

2.1.1 Economie générale du projet

A) Un contexte favorable à une coopération

Le présent projet de coopération en matière de prise en charge de l'IRC s'inscrit dans le territoire de santé de la région Rhône-Alpes n°13, dit « Haute-Savoie nord », qui correspond peu ou prou au nord du département de la Haute-Savoie. Ce territoire se décompose de deux zones de soins de proximité : la zone d'Annemasse au sud et celle de Thonon-les-Bains plus au nord. Les deux acteurs sanitaires principaux du bassin sont le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) d'Annemasse-Bonneville (CHIAB) et le CHI Les hôpitaux du Léman situé sur les communes de Thonon-les-bains et d'Evian-les-bains.

Ce territoire de santé « Haute-Savoie nord » est marqué par un net déséquilibre s'agissant de la prise en charge en centre des patients nécessitant un traitement par l'épuration extra-rénale (EER), ou dialyse. En effet, à ce jour, l'offre d'hémodialyse en centre est concentrée sur la seule zone de soins de proximité de Thonon, gérée par les Hôpitaux du Léman sur le site d'Evian. Il n'existe sur la zone d'Annemasse qu'une unité d'auto dialyse, sise à Ambilly, et gérée par l'association lyonnaise AURAL⁶¹. La modalité d'hémodialyse en centre est donc totalement absente de la zone, pourtant plus peuplée que celle de Thonon, et alors même que l'on assiste à un déplacement sensible du centre de gravité médicale d'Evian et Thonon vers Annemasse.

L'ARH, qui a pointé ce déséquilibre et qui souhaite le corriger, a invité en 2004 les acteurs sanitaires du territoire à mener une réflexion sur l'organisation de la prise en charge des patients dans l'activité de dialyse. Afin de mieux répartir l'offre de soins dans le territoire, la constitution d'une offre d'hémodialyse en centre (lourd et allégé) sur le site d'Annemasse est très vite apparue inévitable. Pour ce faire, la formule d'une coopération entre producteurs de soins s'est imposée pour deux raisons. D'une part, le CHIAB ne

⁶¹ Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel dans la région Lyonnaise

possède pas de service de néphrologie et n'exerce aucune activité liée à la prise en charge de l'IRC sur son bassin. L'hôpital référent de la zone d'implantation souhaitée d'une nouvelle unité de dialyse ne possède donc aucune expérience en la matière. D'autre part, comme le souligne le volet IRC du SROS III : « Dans un contexte (...) d'effectifs de spécialistes tendant à diminuer, de parution d'une réglementation concernant la prise en charge de l'IRC en phase terminale (IRCT) contraignante, il paraît indispensable d'optimiser la répartition des spécialistes disponibles, d'éviter une trop grande dispersion des centres ».

Conscients de ces différents enjeux, trois établissements ont décidé d'associer leurs efforts pour mieux répondre aux besoins de santé publique en matière d'IRC : les Hôpitaux du Léman à Thonon et Evian, le centre hospitalier d'Annemasse-Bonneville et l'association l'AURAL. Retrouver ces trois acteurs comme promoteurs du projet n'a rien de surprenant. L'association et le centre hospitalier coopèrent en effet déjà depuis 1988 sur le site d'Annemasse dans le cadre de l'unité d'auto dialyse susmentionnée. Comme l'explique le Pr Maurice LAVILLE, président de l'AURAL, il était « naturel que l'AURAL et les Hôpitaux du Léman se positionnent » sur ce projet. Avant d'étudier l'architecture globale du projet, brosser à grands traits une description des trois partenaires apparaît indispensable.

Le premier acteur de cette coopération, les Hôpitaux du Léman, est un établissement situé sur les communes de Thonon-les-bains et d'Evian-les-bains, fruit d'une fusion juridique intervenue au 1^{er} janvier 1998, et dirigé par Jacques LESIMPLE. D'une capacité d'accueil d'environ 800 lits, dont 325 de Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO), il assure la prise en charge de la population du Chablais qui compte 110 000 habitants (le double durant les saisons touristiques d'hiver et d'été). Les Hôpitaux du Léman, qui ont une longue expérience en matière de dialyse⁶², disposent d'un service de néphrologie et d'une autorisation d'activité d'hémodialyse en centre lourd de vingt postes (pour seize postes installés). Parallèlement, l'établissement a développé en coopération avec l'AURAL des activités d'hémodialyse hors centre. Outre l'unité d'Ambilly, près de Annemasse, ouverte depuis 1988, une deuxième unité fonctionne à Thonon depuis 2005. A plusieurs égards, les Hôpitaux du Léman constituent le partenaire central et incontournable du projet. En effet, en matière de dialyse, les tutelles sont plus enclines à autoriser une activité de soins si le projet ne procède pas d'une simple addition d'offres déjà existantes mais repose sur un redéploiement d'activités. Pour pallier le déséquilibre géographique pointé plus haut, les partenaires ont donc besoin des postes de centre lourd « détenus » par les Hôpitaux du Léman à Evian afin de les redéployer sur le site

⁶² Cf. *infra*, p.

d'Annemasse. D'une certaine façon, l'établissement chablaisien apporte au projet de coopération ses autorisations d'activité de traitement de l'IRC en centre.

Le deuxième acteur principal de ce projet de partenariat, l'AURAL, présidée par le Pr Maurice LAVILLE, est une association loi 1901 créée en 1974 pour le développement du traitement de l'IRC par dialyse en Rhône-Alpes. L'association s'est initialement concentrée sur la dialyse à domicile et la dialyse péritonéale avant de développer depuis 1984 l'auto dialyse. Aujourd'hui, l'AURAL est présente dans toutes les modalités de traitement. En effet, elle traite actuellement 570 patients par dialyse chronique à domicile, par dialyse péritonéale, dans dix-huit unités d'auto dialyse, dans deux Unités de Dialyse Médicalisée (UDM) installées à Lyon depuis 1993 et Chambéry depuis 1994, et dans un centre lourd ouvert depuis 2003 à Bourgoin-Jallieu. L'association dispose enfin d'un centre de formation à Lyon, avec huit postes d'apprentissage à l'hémodialyse. Cette grande expérience positionne l'AURAL parmi les acteurs majeurs pour le traitement de l'IRC par hémodialyse dans la région Rhône-Alpes, et notamment sur le nord de la Haute-Savoie où elle gère d'ores et déjà deux unités d'auto dialyse en collaboration avec les Hôpitaux du Léman.

Enfin, le CHIAB, hôpital dirigé par Bruno VINVENT, n'a au contraire des deux autres partenaires aucune expérience en matière de dialyse. Fruit de la fusion entre les CH d'Annemasse et de Bonneville intervenue en 1998, l'établissement doit être entièrement reconstruit sur un nouveau site, toujours à Annemasse, à horizon 2012. L'engagement du CHIAB dans le projet tient donc au seul fait de sa situation géographique : sis sur la commune d'Annemasse, c'est sur ses terrains que le projet doit en effet physiquement se réaliser.

Les trois partenaires présentent ainsi des caractéristiques communes mais aussi de notables différences ; celles-ci introduisent la possibilité d'apports complémentaires. Les acteurs ont décidé de gérer leurs contributions et interventions réciproques par l'intermédiaire d'une structure juridique unique. C'est le choix de cette dernière ainsi que l'organisation générale du projet qu'il s'agit maintenant de préciser.

B) L'architecture globale du projet

a) *Les deux phases du projet*

Le projet a pour principal objet de développer une offre d'hémodialyse en centre sur le site d'Annemasse. Les partenaires ont convenu d'organiser cette nouvelle prise en charge en deux phases successives.

Dès que possible, et *a priori* à la fin de l'année 2007, une unité de huit postes de dialyse devrait être installée à Annemasse, sur un terrain appartenant au CHIAB. Il s'agit de locaux provisoires, de type préfabriqués, dont la construction incombera à l'AURAL.

Les générateurs de dialyse seront quant à eux fournis par l'hôpital d'Evian. Conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, la mise à disposition du terrain par le CHIAB, des générateurs par les Hôpitaux du Léman et la construction des locaux par l'AURAL constituent des participations en nature.

Ces locaux provisoires feront l'objet d'une utilisation partagée entre l'association et les Hôpitaux du Léman, selon un fonctionnement alterné. Les matins, l'unité fonctionnera selon modalité «Unité de dialyse médicalisée » (UDM) et sera gérée par l'AURAL qui aura déposé un dossier d'autorisation pour ce faire ; l'après-midi, elle fonctionnera selon la modalité «hémodialyse en centre » et sera gérée par les Hôpitaux du Léman qui auront également déposé une autorisation d'activité. Enfin, sur le site d'Evian, ce ne sont plus seize mais douze postes qui fonctionneront eux aussi alternativement entre la modalité UDM et la modalité centre lourd.

Dans un second temps, l'unité de dialyse quittera ses locaux provisoires pour être accueillie dans le nouvel hôpital d'Annemasse et Bonneville, une fois celui-ci construit (horizon 2012). Le programme fonctionnel table sur une unité de 16 postes qui pourront fonctionner, selon la demande de soins, en UDM ou en centre lourd. Dans le même temps, l'unité d'Evian serait quant à elle réaménagée dans un nouveau bâtiment dédié à la médecine sur le site de Thonon. Adossée au service de néphrologie, elle serait réduite à huit postes de centre lourd uniquement et servirait notamment de centre de repli.

Le projet prévoit donc, en ce qui concerne la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale dans le territoire Haute-Savoie nord, de déplacer graduellement le centre de gravité de la zone de Thonon vers la zone d'Annemasse. En cela, il est conforme aux observations et préconisations de l'ARH.

b) Le choix du GCS

Les trois partenaires ont décidé d'unir leurs efforts dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire. Comme cela a été évoqué plus haut, cet instrument redéfini par l'ordonnance du 4 septembre 2003 a vocation à remplacer les différents outils actuellement en vigueur. La formule du GCS s'est ici, de fait, imposée d'elle-même. C'est en effet la seule modalité de coopération qui permet aux établissements de nouer des partenariats autour d'une prise en charge médicale globale et non simplement autour d'une gestion commune d'équipements (cas des GIE, GIP...).

Depuis l'ordonnance de 2003, les futurs partenaires d'un GCS sont libres de déterminer si celui-ci est un réseau de santé, s'il exerce les missions d'un établissement de santé ou s'il s'agit simplement d'un outil traditionnel de coopération permettant une

mise en commun de moyens⁶³. Les Hôpitaux du Léman, l'AURAL et le CHIAB ont opté pour la troisième possibilité. Les partenaires ont décidé que le GCS prendrait le nom de « Groupement de coopération sanitaire Dialyse Haute-Savoie Nord ». Doté de la personnalité morale de droit public⁶⁴, le groupement sera constitué pour une durée indéterminée à compter de la date de publication au recueil des actes administratifs de la région Rhône-Alpes de l'acte d'approbation du directeur de l'ARH. Enfin, son siège social sera fixé aux Hôpitaux du Léman à Thonon-les-bains.

L'objectif d'efficience figure parmi les quatre objectifs essentiels définis dans le volet IRC du SROS III auxquels l'organisation de l'offre de soins doit répondre. Le présent projet de GCS paraît satisfaire à cette exigence tutélaire à plusieurs égards.

Tout d'abord, il a été vu *supra* qu'une utilisation partagée de matériels lourds, en ce qu'elle permet de générer des économies d'échelle, était hautement souhaitable dans un contexte financier contraint. Le projet de GCS, qui repose sur un fonctionnement alterné entre les partenaires, répond ainsi à la demande formulée par le régulateur « d'éviter une trop grande dispersion des centres ».

La démarche de coopération engagée par les trois partenaires répond ensuite à l'exigence posée par la tutelle « d'optimiser la répartition des spécialistes disponibles ». La démographie médicale concernant la spécialité néphrologique est en effet défavorable puisqu'on estime, en épaississant le trait, que pour cinquante néphrologues partant à la retraite chaque année en France, environ vingt-cinq sont formés. Coopérer peut donc être une réponse à la pénurie croissante de spécialistes. Dans le cadre du projet étudié, les partenaires avaient le choix entre deux modalités d'intervention de personnels : soit les personnels qui interviennent demeurent employés par les établissements membres, soit – c'est l'innovation de l'ordonnance du 4 septembre 2003, ils sont directement salariés par le GCS. Les Hôpitaux du Léman, l'AURAL et le CHIAB ont décidé que le GCS pourrait être employeur mais que, pour lors, l'option retenue était celle d'une mise en commun des

⁶³ Article L 6133-1 du Code de la santé publique : « Le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé. Toutefois, il peut être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé. »

⁶⁴ Article L 6133-1 du Code de la santé publique : « Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics (...). Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privées. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé ». Ici, les partenaires ont opté pour le statut de leur choix.

néphrologues des Hôpitaux du Léman. L'AURAL fera donc fonctionner l'UDM d'Annemasse grâce à l'intervention des néphrologues d'Evian, ce qui suggère une grande mobilité de leur part. Le même raisonnement a été conduit concernant les personnels paramédicaux des Hôpitaux du Léman qui participeront au fonctionnement du GCS. L'intervention de ces différents personnels constituera par ailleurs une participation en nature des Hôpitaux du Léman qui fera l'objet d'une compensation dans les comptes du groupement.

Enfin, outre cette mise en commun de matériels et de personnels, les partenaires projettent de mettre en place une politique d'achat efficiente des produits nécessaires à l'activité de dialyse. L'AURAL, qui effectue près de 100 000 séances par an et qui travaille donc sur une masse de produits importante, est en mesure de négocier des prix intéressants. Il a donc été convenu qu'elle sera chargée d'acheter pour le compte du GCS les fournitures médicales courantes et les consommables, et ce moyennant une compensation dans les comptes du groupement pour le montant exact de la dépense engagée.

A de nombreux égards, le projet de GCS Dialyse Haute-Savoie nord s'inscrit dans une démarche visant une optimisation des ressources et un fonctionnement efficient. Il répond en cela à l'un des objectifs formulés dans le volet IRC du SROS III.

Il convient enfin de noter que le GCS ne sera pas ici une structure très intégrée. Il ne détiendra pas en propre les autorisations d'activité mais les gèrera pour le compte de ses membres ; il ne recrutera pas *a priori* directement du personnel, celui des Hôpitaux du Léman étant mis à la disposition des membres du groupement afin qu'ils puissent exercer leurs activités ; il devrait enfin fonctionner de manière pragmatique, selon une logique de valorisation des apports de chaque structure partenaire⁶⁵. Les mots choisis par le Pr Maurice LAVILLE, Président de l'association l'AURAL, résume bien cette conception *a minima* du GCS : « Ce ne doit pas être une "usine à gaz". C'est avant tout un regroupement de bonnes volontés et de compétences locales⁶⁶ ».

2.1.2 Un projet répondant aux besoins des patients dialysés

⁶⁵ Art. R. 6133-7 du décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire : « Les participations des membres aux charges de fonctionnement du groupement consistent en une contribution financière ou une contribution en nature sous forme de mise à disposition de locaux, de matériels ou de personnels. L'évaluation des contributions en nature est faite sur la base de leur coût réel ».

⁶⁶ Entretien réalisé le vendredi 18 août 2006.

L'IRC résulte de l'altération permanente et définitive des capacités de filtration du rein. Elle est la conséquence de diverses maladies rénales et peut évoluer à plus ou moins long terme jusqu'au stade terminal (IRCT), stade à compter duquel les malades doivent avoir recours à un traitement de suppléance de la fonction rénale : la dialyse ou la greffe. Le projet de GCS Dialyse Haute-Savoie nord a été pensé et dimensionné afin d'organiser une prise en charge des patients nécessitant un traitement par hémodialyse la plus adaptée qui soit aux besoins des malades.

A) Une prise en compte de la lourdeur croissante des patients dialysés

Le projet de coopération prévoit l'ouverture sur Annemasse d'un centre d'hémodialyse de huit postes et le maintien sur Evian de deux postes également de centre lourd. Même si ces postes ne devraient pas fonctionner en permanence dans une configuration « centre lourd », le projet aménage un redéploiement quantitatif et qualitatif de cette modalité pour le nord de la Haute-Savoie. Plusieurs raisons ont motivé ce choix.

Tout d'abord, il apparaît que la dialyse en centre lourd est la modalité de prise en charge la plus fréquente. En effet, l'EER peut être réalisée selon quatre modalités : l'hémodialyse en centre ou « centre lourd », l'hémodialyse en UDM ou « centre allégé », l'hémodialyse en unité d'auto dialyse et la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale. Or, l'enquête nationale SROS-IRCT de juin 2003 a montré que 58 % des patients dialysés étaient pris en charge en centre lourd.

Ceci est d'abord dû à l'âge moyen élevé des patients. L'enquête citée de juin 2003 montrait que le centre lourd concernait 44,2 % des patients âgés de moins de 60 ans, 63,3 % des patients âgés de 60 à 79 ans et 73,2 % des patients âgés de 80 ans et plus. Plus les patients sont âgés, plus ils présentent une gravité médicale élevée, des handicaps sévères et *ipso facto* une autonomie limitée nécessitant une prise en charge en centre où une présence médicale permanente est assurée. Or, tout porte à croire que les patients dialysés seront de plus en plus âgés. En effet, les études démographiques mettent d'abord toutes en évidence le vieillissement de la population française ainsi qu'un allongement de l'espérance de vie. Ensuite, l'amélioration des traitements a eu pour effet d'allonger graduellement l'espérance de vie des patients traités. Enfin, la prospective clinique suggère que de nouvelles molécules pourront probablement à l'avenir encore retarder de manière significative la mise en dialyse des insuffisants rénaux. Les patients souffrant d'IRCT devraient donc être de plus en plus âgés, nécessiter une charge en soins croissante, et donc de plus en plus relever d'une prise en charge en « centre lourd ».

Outre le critère de l'âge, le fait que près de six patients dialysés sur dix soient pris en charge en centre lourd s'explique également par une prévalence importante des

comorbidités. Près d'un patient dialysé sur deux présente en effet au moins une comorbidité sévère, essentiellement un diabète ou une insuffisance cardiaque. Or, l'enquête SROS-IRCT a pointé que plus les comorbidités sont nombreuses, plus la prise en charge en centre lourd augmente⁶⁷. Dans le cadre du projet, les néphrologues des Hôpitaux du Léman ont effectué une enquête sur les comorbidités présentées par les patients traités dans le centre d'Evian et l'ont comparé avec l'enquête nationale⁶⁸. Leurs résultats montrent que les dialysés d'Evian sont plus « lourds » que la moyenne nationale puisque, par exemple, près de 40 % d'entre eux présentent un diabète de type 1 ou 2 et près de 45 % une insuffisance cardiaque (contre respectivement 23,6 % et 13,8 % au niveau national). Les patients actuellement pris en charge aux Hôpitaux du Léman présentent donc le profil typique des patients nécessitant un traitement en centre lourd. Comme l'explique le Dr Catherine EPRON, responsable de l'unité d'Evian : « Compte tenu de l'âge avancé de nos patients et de leur profil polyopathologique très marqué, on aura de plus en plus besoin à l'avenir de postes en centre lourd ». En outre, à l'instar du vieillissement progressif précédemment pointé, la prévalence des comorbidités sévères devrait aussi connaître une progression. Les pathologies vasculaires et diabétiques, devenues les principales étiologies de l'IRC puisque à l'origine de plus de la moitié des nouveaux cas, croissent en effet de manière continue en France.

Tous ces facteurs combinés – vieillissement de la population, augmentation de l'espérance de vie, augmentation des comorbidités sévères, inclinent à penser que la proportion de patients qui nécessiteront une prise en charge en centre lourd devrait dans l'avenir encore s'accroître. La configuration projetée dans le cadre du GCS, qui prévoit un renforcement et une meilleure répartition de l'offre en centre lourd, apparaît donc justifiée.

B) Un projet visant à limiter les prises en charge inadaptées

Comme cela a déjà été précisé plus haut, le projet de coopération repose sur un fonctionnement alterné de l'unité d'Annemasse entre la modalité « centre lourd », gérée par les Hôpitaux du Léman, et la modalité « dialyse médicalisée » ou UDM gérée par l'AURAL. Le développement de cette modalité, jusqu'ici absente du territoire Haute-Savoie nord, apparaît opportune.

⁶⁷ L'enquête montre à cet égard que les patients ne présentant aucune comorbidité sont pris en charge en centre dans 45 % des cas alors que les patients présentant plus d'une comorbidité sont pris en charge en centre dans 76 % des cas.

⁶⁸ Cf le graphique proposé en ANNEXE I.

Depuis la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, la régulation en matière d'IRC s'appuyait sur un double régime d'autorisation reposant sur une autorisation d'activité de soins et une autorisation au titre des équipements lourds (appareils de dialyse). Ces autorisations étaient délivrées pour une période de sept ans sur la base du SROS et d'un indice national de besoin exprimé en nombre d'appareils par habitants pour les appareils en centre. Cet indice, qui servait de limite aux indices régionaux, ne concernait que les appareils installés dans les centres, les appareils hors centre pouvant être autorisés « dès lors que le besoin s'en faisait sentir⁶⁹ ». L'augmentation continue du nombre de patients associée au contingentement des appareils en centre lourd a eu pour conséquence majeure le développement des alternatives hors centre (auto dialyse, dialyse à domicile...), seul moyen de répondre à l'augmentation de la demande de soins. Or, cette planification contraignante de l'offre de soins a entraîné un effet pervers majeur : la limitation des places en centre ne permettant pas d'y traiter l'ensemble des patients relevant de cette prise en charge, la prise en charge « hors centre » s'est développée pour des patients peu autonomes et/ou polyopathologiques. Les experts parlent ici d'inadaptation de la prise en charge. Selon le volet régional de l'enquête SROS IRCT, la modalité de prise en charge a ainsi été déclarée inadaptée pour près de 32 % des patients hémodialysés « hors centre » en Rhône-Alpes.

L'UDM, ou « centre allégé », est une structure intermédiaire entre le « centre lourd » et les modalités « hors centre ». Elle a pour objet de prendre en charge des malades ne nécessitant pas un environnement médical lourd et permanent, mais pas assez autonomes pour se dialyser eux-mêmes. Selon le Pr Maurice LAVILLE, président de l'AURAL, « l'UDM est la modalité qu'il convient de privilégier pour corriger l'inadéquation entre les structures de prise en charge et les profils des patients⁷⁰ ». Constatant au milieu des années 1990 que nombre des patients traités dans ses unités d'auto dialyse présentaient plusieurs comorbidités, l'association a ainsi décidé d'ouvrir deux « centres allégés » en Rhône-Alpes afin de corriger cette inadaptation de l'offre à la demande de soins. A ce jour, d'ailleurs, trois patients traités en auto dialyse sur les sites de Thonon et d'Annemasse, présentent plusieurs comorbidités générant une charge en soins importante. Selon le Dr EPRON, ils relèvent typiquement d'une prise en charge en centre allégé ou UDM.

Un raisonnement symétrique peut d'ailleurs être conduit à l'égard des patients pris en charge en centre lourd alors que leurs caractéristiques individuelles montrent qu'ils auraient pu relever d'une méthode de prise en charge plus légère. Le volet régional de

⁶⁹ Enquête national SROS-IRCT, préambule.

⁷⁰ Entretien réalisé le vendredi 18 août 2006.

l'enquête SROS-IRCT montrait ainsi que sur les 1222 patients traités en « centre lourd » en Rhône-Alpes, environ 230 relevaient de structures moins médicalisées de type UDM voire auto dialyse ou hémodialyse à domicile⁷¹. Comme l'enquête le souligne, « un rééquilibrage de l'offre de soins entre centre et unité de dialyse médicalisée apparaît souhaitable⁷² ». C'est la raison pour laquelle, comme nous l'avons vu, il est prévu de faire fonctionner certains postes lourds installés à Evian dans une configuration UDM.

Le développement de l'UDM apparaît donc indispensable, d'autant qu'il s'agit d'une modalité peu répandue. L'enquête SROS-IRCT en a en effet dénombré trente-quatre en France, dont seulement trois en Rhône-Alpes. L'année de l'enquête, sur l'ensemble de la population des patients dialysés, 3,2 % étaient pris en charge en UDM alors que les néphrologues estimaient que 12,4 % auraient pu relever de cette modalité. Et en Rhône-Alpes, seulement 1 % de la population des dialysés depuis moins de six mois l'étaient en UDM alors que 6 % auraient pu en relever selon les néphrologues⁷³. Les besoins en UDM seraient donc loin d'être satisfaits.

In fine, en proposant l'ouverture d'une unité de dialyse médicalisée sur Annemasse, et en prévoyant en parallèle le fonctionnement en modalité UDM de certains postes installés à Evian⁷⁴, le projet de coopération s'inscrit pleinement dans l'objectif du SROS III de voir à terme la dialyse médicalisée représenter 25 % des prises en charge sur la région Rhône-Alpes.

C) Une offre de soins plastique et adaptable

Avec le système d'indices de besoins décrit plus haut, le recours à une modalité de traitement de l'IRCT était devenu davantage lié à l'offre de soins disponible qu'à une indication médicale. Le nouveau système de régulation introduit par les décrets du 23 septembre 2002 relatifs au traitement de l'IRC par EER a substitué à ce système un régime fondé sur les besoins des patients en terme de niveau de prise en charge. Il n'y a donc plus de carte sanitaire des appareils mais une seule autorisation portant sur l'activité de traitement de l'IRC. Ce nouveau régime juridique, qui a pour objectif de garantir le libre choix du patient et surtout de permettre une prise en charge adaptée et de qualité,

⁷¹ Volet régional, p. 59-60.

⁷² Ibid., p. 82

⁷³ Enquête nationale SROS-IRCT, p. 51-52.

⁷⁴ A ce jour, il n'existe pas d'UDM gérée par le secteur public. L'UDM d'Evian sera donc la première gérée par un hôpital public en Rhône-Alpes. Il en est de même pour l'unité d'Annemasse, le GCS devant être doté de la personnalité morale publique.

s'appuie sur un SROS qui devient obligatoire au travers des objectifs quantifiés fixés en annexes et opposables aux établissements.

Le projet de GCS Dialyse Haute-Savoie nord s'inscrit pleinement dans cette nouvelle orientation. Les postes installés à Annemasse ainsi que ceux d'Evian pourront en effet fonctionner alternativement en centre lourd ou en UDM⁷⁵. Cette plasticité des locaux devrait permettre d'ajuster l'offre de dialyse aux objectifs quantifiés et ainsi d'adapter au mieux l'offre de prise en charge aux besoins de santé publique.

Exprimés en nombre de patients par modalités de traitement à l'horizon 2010, les objectifs quantifiés ont été fixés par le régulateur pour le territoire Haute-Savoie nord de la façon suivante : de 47 à 52 patients traités en centre lourd et de 26 à 29 patients traités en UDM. Au regard de ces objectifs, la configuration du projet de GCS apparaît adaptée.

En effet, la nouvelle unité d'Annemasse comptera huit postes, fonctionnant alternativement et de façon équilibrée en UDM le matin et en centre lourd l'après-midi. Sachant qu'une séance de dialyse dure en moyenne une demi-journée, à raison de trois séances hebdomadaires par patient et de douze demi-journées de traitement par semaine (du lundi au samedi), l'unité pourra accueillir jusqu'à 16 patients en centre lourd et autant en UDM.

Il est ensuite prévu de faire fonctionner les douze postes de l'unité d'Evian 75 % du temps en centre lourd (soit neuf demi-journées) et les 25 % du temps restant en UDM (soit trois demi-journées). Suivant le même raisonnement que pour l'unité d'Annemasse, le centre d'Evian pourra donc accueillir 36 patients en centre lourd et douze patients en unité de dialyse médicalisée.

Au total, pour le territoire Haute-Savoie nord, les structures de prise en charge coordonnées par le futur GCS seront en mesure de prendre en charge 52 patients en centre lourd (16 sur Annemasse et 36 sur Evian) et 28 patients en UDM (16 sur Annemasse et 12 sur Evian). Ces files actives de patients respectent donc bien les objectifs quantifiés fixés par l'ARH.

Le projet de coopération étudié paraît ainsi être organisé et dimensionné pour assurer aux patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique terminale une prise en charge en centre adaptée à leurs besoins de santé.

⁷⁵ Le programme fonctionnel du nouvel hôpital d'Annemasse a ainsi prévu que la superficie attribuée à chacun des seize postes serait d'au moins 12 m², superficie exigée pour l'hémodialyse en centre, afin que les postes puissent fonctionner selon toutes les modalités.

2.1.3 Un projet de prise en charge globale de l'IRC

La lecture des paragraphes précédents peut laisser penser que la prise en charge de l'IRC se réduit à l'activité de dialyse. Il n'en est rien. Le développement de la prévention et du dépistage ou encore la transplantation rénale constituent en effet également des moyens de prise en charge des patients.

En France, sur les vingt dernières années, l'accroissement de l'incidence et de la prévalence de l'IRCT est estimé à 5% par an en moyenne. Nous avons vu que cette tendance résultait en grande partie du vieillissement de la population, de l'amélioration de la prise en charge médicale, de l'allongement de la durée de vie des patients dialysés et de la progression des néphropathies d'origine vasculaire et diabétique. Deux autres raisons au moins peuvent toutefois être avancées : l'insuffisance de greffons disponible et le faible développement de la prévention. De façon plus générale, la gravité de l'IRCT, la lourdeur de sa prise en charge et son retentissement sur la qualité de vie des malades font de l'amélioration de la prise en charge de l'IRC dans toutes ses dimensions une priorité de santé publique.

Les trois objectifs généraux fixés par le volet IRC du SROS III recourent ces différents enjeux puisqu'ils proposent d' « organiser le dépistage de l'IRC et la mise en place de moyens de prévention », de « garantir aux patients porteurs d'une IRCT la disponibilité et la proximité géographique de toutes les méthodes de traitement » et de « promouvoir une prise en charge globale du patient et rechercher les conditions d'une autonomie "maximale" ». Fondé sur une intervention coordonnée et complémentaire de ses membres, le GCS Dialyse Haute-Savoie nord entend répondre à ces trois objectifs.

A) Un projet organisant une prise en charge précoce de l'IRC

Les experts estiment que 10 % des IRCT pourraient être évitées et que 30 % d'entre elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce. De nombreux cas de maladies rénales «secondaires » pourraient ainsi être évités comme les néphropathies vasculaires et diabétiques qui représentent 40 % des cas, alors que l'on sait aujourd'hui soigner ces étiologies. Pourtant, comme le notait en 2003 le Pr Daniel CORDONNIER, « Il y a plus d'une décennie que l'on évoque la prévention comme moyen alternatif à la greffe rénale pour tenter de limiter

l'augmentation de l'IRCT. Mais rien pour l'instant n'a vraiment dépassé le stade des déclarations d'intention⁷⁶ ».

Le premier objectif général défini par le SROS III entend corriger cette situation en promouvant le développement du dépistage précoce de l'IRC et la prévention de l'IRCT. Les experts montrent qu'une prise en charge tardive a plusieurs conséquences pour le patient. Dans son étude sur le dépistage et la prévention de l'IRC de 2002, l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES) concluait : « les patients ayant une prise en charge néphrologique tardive arrivent en dialyse avec cliniquement, significativement plus d'hypertension artérielle sévère et d'œdème pulmonaire et biologiquement une insuffisance rénale plus évoluée. Ces patients ont significativement plus de première dialyse en urgence, d'accès vasculaire temporaire lors de la première mise en dialyse et une durée initiale d'hospitalisation significativement plus longue⁷⁷ ». Le Pr Maurice LAVILLE relève deux autres désagréments majeurs d'une prise en charge tardive : une mortalité accrue au cours des trois premiers mois de dialyse et des taux plus faibles de patients traités hors centre, technique qui permet de préserver aux malades une relative autonomie⁷⁸.

Eu égard aux enjeux d'une prise en charge précoce, le GCS Dialyse Haute-Savoie nord a prévu de développer une activité de dépistage et de prévention de l'IRC en adhérent⁷⁹ au réseau TIRCEL (Traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique dans l'Est Lyonnais) que préside le président de l'AURAL, le Pr Maurice LAVILLE. Celui-ci estime qu'en l'absence de réseau de prévention, les patients « souffrent d'une perte de chance car, sans une prise en charge continue, leur IRC ne peut se stabiliser et finit par entrer en phase terminale ». Ce partenariat actif avec le réseau TIRCEL permettra donc au projet Dialyse Haute-Savoie nord de répondre à différents objectifs. En premier lieu, diminuer le nombre de patients pris en charge trop tardivement en augmentant le taux de diagnostique des patients dès les premiers stades de l'IRC et en développant des actions coordonnées entre médecins généralistes, spécialistes et néphrologues. L'adhésion à TIRCEL permettra également de mener des actions de dépistage auprès des patients à risque, essentiellement diabétiques et hypertendus, et de faciliter l'identification des facteurs étiologiques et des facteurs de progression et d'aggravation de l'IRC (régime

⁷⁶ Intervention prononcée au Congrès de Versailles le 31 mars 2003.

⁷⁷ ANAES, *Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte*, septembre 2002, p. 53.

⁷⁸ LAVILLE M., OLTRA-GAY C., GROS C., « Réseau TIRCEL. Mise en commun des ressources de soins autour du patient insuffisant rénal chronique », *Technologie & santé*, septembre-octobre 2005, n°55-56, p. 102.

⁷⁹ Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, le GCS peut constituer ou être membre d'un réseau de santé.

diététique inadapté...). Le projet entend en outre organiser la prévention et le traitement des comorbidités par une surveillance adaptée. Il permettra enfin de préparer l'avenir du patient par une information sur la pré-dialyse adaptée qui lui permette de choisir la technique qui lui convient le mieux, et d'optimiser son suivi dans le cadre du réseau.

Le projet d'adhésion du GCS au réseau TIRCEL devrait *in fine* permettre de ralentir la progression de l'IRC dans le territoire, soit en évitant la survenue d'une maladie rénale grâce à un dépistage très précoce, soit, le plus souvent, en prenant en charge précocement une IRC pour éviter son aggravation. Le réseau sera enfin un moyen de pérenniser les prises en charge et d'assurer la continuité des soins afin de stabiliser les pathologies des patients.

B) Une offre diversifiée et facilement accessible

Le deuxième objectif fixé par le volet IRC du SROS III consiste à garantir une offre de soins de proximité et diversifiée.

En projetant l'ouverture d'un centre de dialyse sur le site d'Annemasse, le projet de GCS répond tout d'abord clairement à l'exigence de proximité géographique. La nécessité d'assurer une épuration du sang régulière impose, nous l'avons vu, de répéter les dialyses plusieurs fois par semaine (trois fois généralement). Ceci représente une contrainte lourde pour les patients surtout lorsque le lieu de traitement est éloigné de leur lieu d'habitation. Or, le volet régional de l'enquête SROS-IRCT déjà citée précise que les patients ayant les temps de trajet les plus élevés étaient principalement domiciliés dans les départements de la Drome, de l'Isère et de la Haute-Savoie. La situation observée dans le territoire n° 13 Haute-Savoie nord tend à confirmer l'étude régionale. En effet, sur les cinquante-six patients pris en charge à ce jour aux Hôpitaux du Léman à Evian, vingt-et-un résident en dehors du Chablais et sont domiciliés dans le bassin annemassien, le pays de Gex voire la vallée de l'Arve. Certains patients mettent ainsi plus d'une heure pour se rendre à leurs séances d'hémodialyse à Evian, dépassant le seuil de 60 minutes correspondant aux recommandations des experts du Comité régional IRC. L'ouverture d'une unité sur le site d'Annemasse, ville « centrale » située au carrefour de toutes les grandes voies de circulation du nord du département, permettra donc de proposer aux patients nécessitant une dialyse en centre une offre de traitement plus accessible.

Regardant ensuite l'objectif de diversité de l'offre, le GCS sera d'abord chargé de coordonner l'ensemble des méthodes de traitement de l'IRCT exercées par ses membres : dialyse en centre lourd, UDM, auto dialyse, hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale. Cette diversité de prise en charge, conforme aux préconisations du SROS III qui veut que chaque territoire soit en mesure d'offrir toutes les modalités de dialyse,

garantira au patient un libre choix de son traitement compatible avec son état de santé. Outre l'activité d'EER, le projet prévoit ensuite de développer la transplantation, deuxième modalité de suppléance de la fonction rénale. La transplantation reste le traitement de choix de l'IRCT, tant du point de vue économique que par la qualité de vie qu'elle procure aux patients. Elle est toutefois en pratique fortement limitée par la pénurie de greffons, ce qui génère des listes d'attente de plus en plus importantes. Conscients des enjeux de la transplantation pour les patients, les partenaires du GCS s'engagent à rendre accessible cette modalité en la proposant à tous les patients dès le stade de l'IRC avancée et en évaluant sa faisabilité au cas par cas.

C) Une prise en charge globale pour une autonomie « maximale » du patient

Le troisième objectif général fixé par le SROS est de garantir aux patients une autonomie maximale. Le projet étudié y répond à plusieurs égards. D'une part, le GCS organisera une prise en charge pluridisciplinaire de l'IRCT en s'assurant le concours d'un diététicien, d'un psychologue et d'un assistant social afin de satisfaire aux besoins spécifiques des patients dialysés et de les inscrire dans une chaîne coordonnée. D'autre part, l'adhésion à TIRCEL permettra de développer des actions d'éducation thérapeutique. Le réseau lyonnais s'efforce en effet d'informer le malade sur l'insuffisance rénale, son évolution, ses complications et ses traitements (information à la pré-dialyse...) en vue d'une adhésion à un projet thérapeutique respectant ses modes de vie et ses aspirations. Le patient peut également bénéficier de consultations d'informations ou d'éducation infirmières ou encore accéder à la partie « grand public » du site Internet du réseau⁸⁰. Ces différents dispositifs d'information devraient favoriser l'autonomisation du patient et permettre qu'il devienne autant que faire ce peu acteur, et non plus seulement spectateur, de sa santé.

Au final, le projet de GCS Dialyse Haute-Savoie nord répond à de nombreux enjeux de santé publique définis par le régulateur de soins. Proposer une répartition plus rationnelle de l'offre d'hémodialyse en centre, ouvrir des unités de dialyse médicalisée jusqu'ici absentes du territoire ou encore développer des actions de prévention et de dépistage sont en effet des orientations conformes aux objectifs et préconisations formulées dans le volet IRC du SROS III.

⁸⁰Le site est à l'adresse suivante : [http:// www.tircel.net](http://www.tircel.net)

2.2 Un projet de coopération qui répond aux ambitions stratégiques des partenaires

Le GCS Dialyse Haute-Savoie nord a été présenté jusqu'ici comme un projet de santé publique proposant une organisation optimale de la prise en charge de l'IRC dans le nord de la Haute-Savoie. Envisager cette coopération entre les trois partenaires uniquement sous l'angle des préoccupations sanitaires apparaît néanmoins quelque peu réducteur. Les établissements de santé sont en effet aujourd'hui des structures évoluant dans un secteur hautement concurrentiel qui justifie de plus en plus la mise en œuvre de plans stratégiques. Au-delà de la satisfaction des exigences tutélaires, quels intérêts stratégiques les partenaires poursuivent-ils dans le cadre de ce projet de coopération ?

2.2.1 Le contexte stratégique du projet

A) L'émergence d'un hôpital stratège

Selon C. LAWRYSZ, directeur général de la fondation ophtalmologique Rothschild, « l'hôpital est administré, l'hôpital participant au service public hospitalier (PSPH) est géré et la clinique est managée⁸¹ ». Cette assertion peut être largement nuancée. Certes, l'hôpital n'est pas une entreprise comme une autre. Il appartient au secteur dit « non marchand », dénommé ainsi car il répond à des missions de service public qui échappent à la logique de rémunération d'un actionnaire et de distribution d'un dividende⁸². Le code de la santé publique rappelle ainsi que l'objet principal de l'hôpital n'est « ni industriel, ni commercial⁸³ » mais bien de servir l'intérêt général. Les hôpitaux sont d'ailleurs soumis à de nombreuses contraintes statutaires comme, par exemples, les obligations du service public hospitalier imposant notamment l'accueil de tous les malades sans sélection possible, le statut de la fonction publique impliquant une gestion des ressources

⁸¹ Propos rapporté par LOISON D, « Gestion publique / gestion privée de l'hôpital. Quelles évolutions envisageables en France et en Europe ? », *Gestions hospitalières*, novembre 2003, p. 704-707.

⁸² Cf. LIMPENS J.M., « La gestion d'un hôpital sous l'angle de la "corporate governance" », *Gestions hospitalières*, novembre 2003, p. 719-722.

⁸³ Art. 6141-1 du Code la Santé Publique : « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial ».

humaines assez rigide, ou encore la soumission au code des marchés publics ou aux règles de la comptabilité publique.

Pour autant, l'hôpital est d'une certaine façon plongé dans un environnement rigoureusement marchand voire commercial et il présente de nombreux traits communs avec les entreprises privées : budgets colossaux, énormes enjeux d'investissements, politiques d'optimisation des achats, besoins de performance pour réinjecter les bénéfices dans les investissements (autofinancement), organisation complexe et « multiprofessionnelle », enjeux de pouvoir, environnement concurrentiel, besoins croissants de professionnalisation, etc. Dans un contexte incertain et de plus en plus concurrentiel, le principe fondamental de la satisfaction de l'intérêt général n'exonère donc plus les hôpitaux publics des contraintes de performance. A cet égard, l'exemple du GCS Dialyse Haute-Savoie nord illustre bien ce souci d'efficacité et d'efficience (partage de locaux, de matériels et de personnels, optimisation des achats...).

Ce mode de comportement stratégique, fondé sur une allocation plus optimale et plus rationnelle des ressources, se double plus en amont d'une logique de réflexion stratégique visant à évaluer les évolutions possibles de l'environnement de l'hôpital public. Cette phase de diagnostic stratégique a entraîné une substantielle évolution du métier de directeur d'hôpital. Hier, pour assurer l'adaptation de l'organisation aux contraintes de gestion des activités, les capacités individuelles de quelques leaders éclairés pouvaient produire des résultats satisfaisants⁸⁴. Aujourd'hui, pour piloter le développement d'activités émergentes ou conduire de complexes transformations organisationnelles, ces seules capacités individuelles ne suffisent souvent plus. Les directions des établissements publics de santé sont en effet amenées à se poser des questions qui justifient de plus en plus des capacités de management stratégique. L'émergence de directions de la stratégie et la création, dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, de conseils exécutifs parfois aussi dénommés « comités stratégiques » illustrent bien cette évolution de l'hôpital administré vers « l'hôpital stratège⁸⁵ ».

Ce surgissement des préoccupations stratégiques à l'hôpital public au cours des vingt dernières années est essentiellement imputable à l'évolution d'un environnement de plus en plus volatil et concurrentiel (réglementations mouvantes, pression continue du secteur privé lucratif, concurrence entre les hôpitaux de petite et moyenne taille pour éviter la « relégation » dans le segment gériatrique, etc). En effet, comme l'affirme M. PORTER : « Toute firme, dès lors qu'elle œuvre dans un secteur concurrentiel, a une stratégie explicite ou implicite face à ses concurrents ». Le projet de coopération étudié

⁸⁴ La profession a consacré l'expression de « directeur bâtisseur ».

⁸⁵ CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y, *Op. cit.*

illustre parfaitement cette corrélation entre un environnement marqué par une forte intensité concurrentielle et une gestion stratégique des établissements.

B) La dialyse : un secteur devenu concurrentiel en Haute-Savoie nord

Depuis plusieurs décennies, les Hôpitaux du Léman assuraient seuls la prise en charge en centre de l'IRCT dans le territoire de santé Haute-Savoie nord. Depuis peu, ils sont concurrencés sur ce secteur par un grand groupe de cliniques privées. Constatant, avec l'ARH, que l'offre d'hémodialyse en centre était concentrée sur la seule ville d'Evian, la polyclinique de Savoie, appartenant au groupe Générale de santé, projette en effet d'ouvrir une unité de dialyse en centre (centre lourd et dialyse médicalisée) également sur le territoire d'Annemasse.

Cette incursion du secteur privé lucratif dans la prise en charge de l'IRCT n'a rien de surprenant. Depuis les années 1970, les cliniques se positionnent en effet assez massivement sur l'activité d'hémodialyse en centre, et développent de plus en plus les activités « hors centre » ainsi que la dialyse péritonéale. Le secteur privé représente ainsi près de 35 % des dialyses réalisées aujourd'hui en France.

Il reste que le projet de la Générale de santé concurrence explicitement l'activité exercée par les Hôpitaux du Léman sur le bassin. En effet, même s'il n'existe plus d'indices de besoins limitant de manière contraignante la multiplication des postes de dialyse, l'exigence d'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population – que traduisent les objectifs quantifiés – interdit l'existence d'une offre redondante et/ou pléthorique. L'offre de prise en charge de l'IRCT en Haute-Savoie nord s'inscrit donc dans un contexte environnemental marqué par une nouvelle intensité concurrentielle. Celle-ci a conduit les Hôpitaux du Léman à formuler le diagnostic stratégique suivant : « il faut coopérer pour survivre⁸⁶ ».

2.2.2 Les ambitions stratégiques des partenaires

A) Les Hôpitaux du Léman : une stratégie réactive

Rapidement informés du projet porté par la polyclinique de Savoie à Annemasse, les Hôpitaux du Léman ont immédiatement pris la mesure de l'impact que celui-ci aurait, s'il aboutissait, sur leur propre activité d'EER en centre. Lors d'un entretien, son directeur

⁸⁶ Propos de Jacques LESIMPLE, lors d'un entretien le jeudi 1^{er} juin 2006.

Jacques LESIMPLE confiait qu'il ressentait ce projet comme une menace et qu'il n'était « proprement pas acceptable de perdre la dialyse ». Au-delà du fait que, comme pour tout établissement, la perte d'une activité est en général mal vécue, l'activité de dialyse revêt aux Hôpitaux du Léman une signification symbolique forte. Comme l'expliquent A.-P. CONTANDRIOPOULOS et Y. SOUTEYRAND, « la situation initiale de l'hôpital (...) intègre les paramètres qui influent sur l'évolution de l'hôpital et qui relèvent, soit de sa situation géographique (en tant qu'avantage ou handicap naturel pour l'établissement), soit des acquis de son histoire ». Les décisions stratégiques des Hôpitaux du Léman s'inscrivent donc dans un contexte historique et spatial donné.

a) *Histoire et géographie de la dialyse en Haute-Savoie nord*

La ville d'Evian est étroitement associée à l'activité d'hémodialyse et à la néphrologie en général. C'est en effet dans cette ville lémanique que s'est tenu en 1960 le premier congrès international de néphrologie, réunion au cours de laquelle B. SCRIBNER présenta son invention qui allait permettre de développer l'hémodialyse. Le centre hospitalier d'Evian-les-bains fut ensuite le premier hôpital non universitaire français à développer l'hémodialyse en centre, avec une activité très importante d'accueil des patients en convalescence ou en vacances. Selon le Dr Claude TROMBER⁸⁷, ancien chef du service de néphrologie, dans les années 1970 et début 1980, les malades venaient de Lyon, Paris, Bordeaux, d'Italie même, et le centre, composé de 24 reins artificiels, fonctionnait 24 heures sur 24. Il bénéficiait en outre du concours de grands professeurs lyonnais ou parisiens, ce qui en faisait un centre d'excellence en Rhône-Alpes. Ce riche passé explique en grande partie pourquoi les Hôpitaux du Léman bénéficient aujourd'hui à eux seuls d'une autorisation de vingt postes en centre lourd, soit davantage que pour le bassin d'Annecy, pourtant plus peuplé.

Dans le cadre d'une restructuration et d'une optimisation de l'offre de soins qui ne sauraient tenir compte de ce legs historique, la direction des Hôpitaux du Léman a vite compris que, face au projet de la Générale de santé, l'attentisme serait la plus mauvaise stratégie à adopter.

b) *Une stratégie de « survie »*

Afin de ne pas céder une grande partie de l'activité de prise en charge de l'IRCT au secteur privé, les Hôpitaux du Léman ont très vite admis la nécessité de proposer à leur tour une offre de dialyse en centre sur Annemasse. Comme l'explique S. CUEILLE, « dans un contexte de compétition pour l'accès aux ressources, les stratégies de type coopératif peuvent en effet constituer un moyen d'accéder aux ressources jugées

⁸⁷ Entretien téléphonique réalisé le 23 mai 2006.

nécessaires au fonctionnement de l'organisation⁸⁸ ». En l'occurrence, une coopération avec le Centre hospitalier d'Annemasse-Bonneville permettait aux Hôpitaux du Léman d'avoir un terrain d'implantation sur Annemasse. Par ailleurs, l'AURAL et les établissements chablaisiens travaillant déjà en collaboration sur l'activité de dialyse d'auto dialyse sur le secteur, il paraissait naturel d'associer l'association lyonnaise au projet. Les trois partenaires étaient donc détenteurs de ressources complémentaires.

A bien des égards, la stratégie des Hôpitaux du Léman peut ici être qualifiée de réactive, d'adaptative : l'établissement a attendu une évolution de l'environnement et a réagi promptement. Ni pleinement acteur de son environnement (proactif), ni pleinement spectateur (passif), il a su se montrer flexible pour réagir rapidement à un changement qui le menaçait. Selon les mots de Jacques LESIMPLE, « coopérer est une nécessité ; c'est une stratégie de survie » visant à protéger une position acquise des attaques portées par un nouveau concurrent, potentiellement nouvel entrant.

Aussi, même si des préoccupations de santé publique ont bien présidé à l'élaboration du projet de GCS, en amont, ce sont des considérations d'ordre stratégiques qui ont motivé l'attitude coopérative des Hôpitaux du Léman. Comme l'admettait l'un des décideurs hospitaliers interrogés dans l'enquête de S. CUEILLE, « il n'y a coopération que quand il y a intérêt ». L'intérêt des Hôpitaux du Léman est ici double. D'une part, faire en sorte que l'établissement conserve une activité à la charge symbolique forte ; d'autre part, améliorer sa position sur un segment d'activité globalement intéressant sur un plan financier⁸⁹. Le projet de coopération est ainsi « plus qu'une simple action défensive : c'est une contre-attaque » (J. LESIMPLE).

B) Les motivations stratégiques des autres partenaires

a) *L'AURAL : une stratégie de développement*

Association loi 1901 à but non lucratif, l'AURAL a avant tout pour objet d'assurer une prise en charge de qualité de l'IRCT dans l'est lyonnais. Ses missions d'intérêt général n'exonèrent toutefois pas l'association d'une exigence de performance et de réflexion stratégique. A l'instar des Hôpitaux du Léman, ce projet de coopération est ainsi clairement pour elle un moyen de se positionner vis-à-vis de la concurrence sur le site d'Annemasse. Pour son président, le Pr Maurice LAVILLE, « il est naturel que l'AURAL,

⁸⁸ CUEILLE S., « Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics », *Revue hospitalière de France*, n° 6, novembre-décembre 2000, p. 29.

⁸⁹ En effet, d'après les projections établies par le contrôle de gestion, l'établissement ressort gagnant du passage de la dotation globale à la tarification à l'activité.

déjà présente sur ce secteur, participe à ce projet d'y instaurer un opérateur unique. Notre stratégie n'est pas de conquérir des parts de marché mais de renforcer des positions établies ». Le positionnement de l'association lyonnaise sous-tend plusieurs enjeux qu'il convient de développer.

Le projet de GCS constitue d'abord un moyen pour l'AURAL de développer son offre de prise en charge en centre, jusqu'ici composée de deux UDM et d'un centre lourd (*supra*). Le secteur associatif, traditionnellement positionné sur les activités « hors centre » et l'auto dialyse en particulier, tend de plus en plus à diversifier son offre. En l'occurrence, l'AURAL a explicitement conditionné sa participation au projet de GCS à la possibilité de déposer pour son compte un dossier d'autorisation d'activité de dialyse médicalisée (UDM). Les recettes générées par l'activité de l'UDM que projettent d'ouvrir les trois partenaires sur Annemasse iront donc à l'association.

La participation de l'association au projet de GCS peut aussi être analysée comme une stratégie de développement territorial. Concentrée à ses débuts uniquement sur l'est lyonnais, elle tend de plus en plus à s'implanter dans des secteurs géographiques périphériques, voire très éloignés de la capitale régionale. Cette stratégie de développement territoriale n'est pas étrangère au fait que l'AURAL n'a pas pour seul concurrent la polyclinique de Savoie. L'AGDUC, association grenobloise positionnée sur le même segment, tend aussi à développer son activité de prise en charge de l'IRCT bien au-delà de son secteur naturel d'intervention. Avec des structures implantées notamment à Chambéry, l'AGDUC poursuit la même stratégie de diversification de ses activités et de développement territorial. Toute proportion gardée, elle représente donc une forme de concurrence pour l'AURAL. Certes, leurs offres ne se concurrencent pas directement et sont même plutôt complémentaires. Ainsi que l'explique le Pr LAVILLE : « avec l'AGDUC, on ne se bat pas, on formalise même des conventions et on ne peut donc pas vraiment parler de concurrence ; disons plutôt qu'il existe une saine émulation ». La réalisation du GCS constitue donc pour l'AURAL une opportunité d'asseoir et d'affirmer sa position territoriale sur le nord de la Haute-Savoie . . .

b) Le CHIAB : une stratégie d'opportunité

A la différence des deux autres partenaires, le CHIAB n'a aucune expérience en matière de prise en charge de l'IRCT, en centre comme « hors centre ». Sa participation au projet de GCS ne peut dès lors être considérée comme une action visant à défendre une activité menacée (cas des Hôpitaux du Léman) ou comme un projet de développement territorial (cas de l'AURAL). La présence du CHIAB dans le GCS relève plutôt d'une stratégie d'opportunité. Comme le soulignent M. CREMADEZ et F. GRATEAU, « Susciter des partenaires, lorsque l'on est dans la situation d'avoir à offrir

des services pour lesquels on n'est pas adapté, peut être une excellente attitude stratégique⁹⁰ ». En effet, compte tenu de son inexpérience en matière de dialyse, l'établissement n'a pas perçu son environnement comme une menace mais comme détenteur de ressources stratégiques. Coopérer, c'est accéder à des savoir-faire, des techniques, des compétences spécifiques. Fort d'une localisation géographique au carrefour de différentes vallées nord savoyardes qui lui a permis de se positionner comme un partenaire « obligé » du projet, le CHIAB sait qu'il a « tout à gagner et rien à perdre dans l'affaire », comme le confie son directeur Bruno VINCENT.

L'implantation d'une activité de dialyse sur son site permettra d'abord à l'établissement d'offrir à sa population une nouvelle offre de soins. Le projet prévoit en effet que, grâce à l'intervention des médecins d'Evian sur l'unité d'Annemasse, le CHIAB pourra proposer des consultations de néphrologie à ses patients. Participer à une coopération pour la prise en charge de l'IRC permettra en outre au CHIAB d'apprendre au contact de ses partenaires expérimentés. A terme, en effet, il n'est pas déraisonnable de penser que le CHIAB, dont les nouveaux bâtiments abriteront une unité de seize postes « louée » au GCS, puisse prétendre exercer une activité en lien avec l'IRC.

In fine, au travers de ce projet de GCS, les partenaires poursuivent à l'évidence des ambitions stratégiques personnelles, lesquelles ont largement motivé leur engagement dans le projet. La coopération permet ici de concilier la poursuite d'intérêts stratégiques personnels avec l'amélioration d'une prise en charge sanitaire exigée par la tutelle. Stratégies d'établissements et enjeux de santé publique peuvent donc être convergents. Finalement, comme le souligne D. Loiseau : « manager un hôpital aujourd'hui, c'est décliner, au plan stratégique, les différents objectifs de santé publique pour s'adapter de façon optimale, voire optimisée, aux besoins de santé de la population tant au niveau quantitatif qu'au niveau qualitatif ⁹¹ ».

⁹⁰ CREMADEZ M., GRATEAU F., *Op. cit.*, p. 64.

⁹¹ LOISON D, « Gestion publique / gestion privée de l'hôpital. Quelles évolutions envisageables en France et en Europe ? », *Gestions hospitalières*, novembre 2003, p. 706.

3 ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

A ce stade du projet de coopération, il est proposé d'analyser la stratégie déployée par les partenaires. L'objectif de cette petite étude est d'en tirer des enseignements généraux sur la stratégie hospitalière, ses attributs, ses ressorts, ses limites. Il conviendra dans un second temps de dresser un bilan provisoire du projet et de formuler des recommandations.

3.1 Analyse de la formation et du déploiement de la stratégie en établissement de santé

Les attitudes des acteurs et les choix qu'ils ont opérés dans le cadre du projet constituent des éléments permettant de caractériser la stratégie hospitalière en général, et les alliances stratégiques en particulier.

3.1.1 De la stratégie en général...

A) De puissants déterminants pèsent sur la formation de la stratégie

La présente étude a jusqu'ici mis en évidence la large autonomie et la liberté de décision dont jouissent les trois partenaires dans la conduite du projet de coopération. Ce constat peut être relativisé au regard des influences qui pèsent sur la formation des décisions stratégiques. A bien des égards, il conviendrait plutôt de parler de sentiment d'autonomie. En effet, outre l'impulsion et l'exigence tutélaires déjà évoquées, la stratégie apparaît en amont largement déterminée par des facteurs culturels et identitaires dont les acteurs ne sont pas forcément conscients.

Les dirigeants des organisations sont tous dépositaires d'une culture identitaire faite de valeurs et de symboles⁹² qui agissent comme une sorte de filtre et guident leurs comportements. Ces éléments contribuent à façonner un cadre mental dans lequel les acteurs sont amenés à se représenter leur environnement interne comme externe. L'attitude des partenaires du GCS Dialyse Haute-Savoie nord illustre ce poids des facteurs identitaires et culturels dans la détermination des choix stratégiques.

⁹² Que traduit le concept anglo-saxon de *corporate culture*.

S'agissant tout d'abord de l'environnement interne des établissements, les dirigeants ont à gérer ce que les auteurs nomment une identité organisationnelle. Créatrice de valeurs, de mythes et de symboles partagés, cette identité fonde un sentiment d'appartenance à l'organisation. Son poids dans la formation de la prise de décision peut être déterminant, comme le montre l'exemple des Hôpitaux du Léman dans ce projet de GCS. L'engagement des établissements chablaisiens dans le projet n'est en effet pas seulement lié à une analyse objective du contexte stratégique. J. LESIMPLE, jugeant inacceptable la perte de la dialyse, admet implicitement qu'il n'avait d'autres choix que de s'engager dans ce projet de coopération, fût-il non rentable. Il ne s'agit donc pas d'une stratégie financière, de conquête de parts de marché mais plutôt d'une démarche visant à gérer et à maîtriser l'identité de son hôpital.

Pour les personnels d'Evian, qui vivent déjà mal dans l'ensemble la fusion avec l'hôpital de Thonon et craignent la disparition à court terme de leur établissement, la dialyse constitue en effet l'activité de référence du site. Autour de la dialyse se sont ainsi constitués des rites et des mythes, avec ses héros⁹³, qui ont contribué au développement d'un sentiment d'appartenance à une structure prestigieuse. J. LESIMPLE, conscient qu'on ne fait pas évoluer une identité par décret, s'est avant tout montré soucieux de maîtriser ces phénomènes identitaires afin de garantir le maintien d'un consensus dans son organisation. Il en a conclu qu'il était politiquement et symboliquement inenvisageable d'abandonner une bonne partie de l'offre d'hémodialyse en centre à un concurrent. Sans lui être directement dicté par une autorité de tutelle, sans être uniquement motivé par des considérations de développement stratégique, ce choix traduit l'enjeu d'une habile gestion des phénomènes identitaires dans une organisation et l'impact que peuvent avoir ces derniers sur la formation d'une stratégie.

Concernant ensuite l'appréciation par les organisations de leur environnement externe, les facteurs culturels apparaissent également prépondérants. Dans le cas du GCS Dialyse Haute-Savoie nord, les trois partenaires ont le sentiment d'adhérer aux mêmes valeurs, celles du service public, et de partager des objectifs et des visions identiques. Ces convictions communes ont largement déterminé leur comportement vis-à-vis de leur environnement concurrentiel. En effet, les partenaires ont décidé d'unir leurs efforts principalement contre un nouvel entrant : la polyclinique de Savoie. Pourtant, en 2004, cet établissement privé n'envisageait pas *a priori* de proposer seul un projet visant à concurrencer l'activité des Hôpitaux du Léman à Evian. Il recherchait des partenariats, notamment avec le CHIAB, pour exercer en collaboration une activité d'hémodialyse en

⁹³ Le Pr Georges CANARELLI par exemple, ancien chef de service de néphrologie d'Evian.

centre sur Annemasse, conformément aux orientations de la tutelle. Ces tractations n'ont pas abouties.

Il n'est pas déraisonnable de penser que l'échec de cette tentative de rapprochement public / privé est en partie imputable aux facteurs culturels et identitaires considérés. Le Pr M. LAVILLE admet ainsi qu'une des raisons qui ont motivé l'AURAL pour coopérer avec les Hôpitaux du Léman et le CHIAB était liée au fait que ces deux établissements assuraient le service public hospitalier. Selon ces propres termes, l'association, en tant qu'entité «parapublique », ne désirait pas s'allier avec le secteur privé « pour des raisons de déontologie⁹⁴ ». De la même façon, les directeurs des Hôpitaux du Léman et du CHIAB, bien que relativement ouverts au dialogue avec le privé, ont trouvé plus naturel de s'allier entre eux ; J. LESIMPLE admet ainsi partager avec le directeur du CHIAB « la même culture, la même vision des choses ».

Le poids des facteurs culturels dans la formation de la stratégie de développement apparaît donc substantiel. Il explique en grande partie que le projet porté aujourd'hui sur Annemasse par une clinique privée soit uniquement perçu par les trois partenaires comme une menace, comme une manœuvre visant à capter une part de leur activité. Au travers du prisme culturel, l'environnement n'est pas appréhendé de manière objective. Il y a loin en effet de l'environnement réel de l'organisation, objet d'une analyse rigoureuse, de l'environnement perçu, fondamentalement subjectif. Les auteurs de Stratégor définissent ainsi l'environnement perçu comme « un artefact qui n'est qu'une représentation partielle et déformée de l'environnement réel⁹⁵ ». Ces éléments apportent un éclairage intéressant à l'analyse formulée par M. CREMADEZ et F. GRATEAU selon laquelle l'organisation hospitalière a tendance à se comporter comme une organisation fermée vis-à-vis de son environnement, généralement perçu comme une menace⁹⁶.

En amont de la décision stratégique, des facteurs identitaires, politiques et culturels déterminent ainsi plus ou moins puissamment l'attitude adoptée et les choix opérés par les différents acteurs du projet. Il en ressort que la stratégie ne paraît procéder d'un comportement purement rationnel. Les propos qui suivent semblent accrédi-ter cette thèse.

⁹⁴ Entretien réalisé le vendredi 18 août 2006

⁹⁵ Op. cit. p. 124.

⁹⁶ Op. cit, p. 39-45.

B) Une démarche peu rationnelle

Puissamment déterminées en amont, les postures stratégiques adoptées par les partenaires du projet se caractérisent, dans leur phase décisionnelle, par leur dimension émergente, incrémentale et intuitive.

Il a été souligné plus haut que l'engagement des Hôpitaux du Léman⁹⁷ dans ce projet de coopération sanitaire correspondait à une réaction de l'établissement à une mutation de son environnement. Il ne saurait donc s'agir d'une stratégie purement délibérée. Le choix des Hôpitaux du Léman de coopérer ne procède pas ici d'un processus organisé d'élaboration des objectifs et des orientations stratégiques. C'est la discontinuité et l'imprévisibilité de l'environnement qui ont en effet conduit la direction de l'établissement à formuler une stratégie selon un mode adaptatif et émergent. Comme l'exprime un dirigeant d'entreprise publique interrogé dans le cadre d'une enquête : « Vu à la vitesse à laquelle évoluent les marchés sur lesquels nous pourrions positionner nos activités nouvelles, il devient indispensable de développer des stratégies adaptables en permanence⁹⁸ ». La planification stratégique, définie comme un processus analytique visant à programmer des stratégies identifiées, apparaît donc inapplicable à l'hôpital⁹⁹. En effet, comment planifier une stratégie quand les rythmes qui ponctuent les principales transformations que les décideurs hospitaliers ont à piloter ne sont pas synchrones ? Le rythme de la négociation avec les tutelles, le rythme du déploiement des activités garantissant le développement de l'établissement et le rythme des transformations organisationnelles internes n'étant pas les mêmes, la formulation d'un plan relèverait d'une gageure. La double question posée par Marie-José AVENIER résume bien cette tension entre ce qui relève du délibéré et de l'émergent dans le déploiement de la stratégie : « Dans un contexte complexe, le management stratégique d'une organisation peut-il consister à essayer de suivre au mieux une trajectoire ? Ne vise-t-il pas plutôt à construire son chemin, pas à pas, en tirant partie des situations qui émergent progressivement ?¹⁰⁰ »

Processus émergent, la stratégie hospitalière implique une démarche de type incrémentale, également observée dans les prises de décision de la direction des Hôpitaux du Léman. Cette dernière a en effet géré son action par « incrément », par

⁹⁷ Il sera essentiellement question dans cette sous partie des Hôpitaux du Léman.

⁹⁸ MAHIEU C, «Management stratégique et gouvernance organisationnelle des établissements publics français en mutation ; quels managers, pour quel dialogue stratégique ? », XV^{ème} conférence de l'AIMS, Genève, 2006, p. 9.

⁹⁹ Cf. MINTZBERG H., *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris : Dunod, 1994.

¹⁰⁰ AVENIER M.-J. (sous la direction de), *La stratégie « chemin faisant »*, Paris : Economica, 1997.

« essais-erreurs », expériences, affinage, etc. A une semaine du dépôt du dossier d'autorisation relatif à l'activité d'EER, l'architecture du projet n'était pas encore définitivement arrêtée. La configuration globale du projet a d'ailleurs évolué plusieurs fois en l'espace de quelques mois. Le plus étonnant est que cette addition d'actions et de tâtonnements successifs finit par faire corps commun et donne *a posteriori* l'impression que le projet découle d'un plan stratégique rationnel alors qu'il procède essentiellement de revirements incessants, de compromis et de négociations.

Cette démarche incrémentale implique par ailleurs une prise de décision fondée sur l'intuition, le jugement, la synthèse, l'imagination et la créativité, éléments qui occupent une place prépondérante aux côtés de procédures plus analytiques. Les comportements stratégiques des dirigeants observés dans le cadre du projet de GCS invitent ainsi à une « approche cognitive de la stratégie » développée par H. LAROCHE et J.-P. NIOCHE. Ces auteurs considèrent que « l'une des clés du processus stratégique, peut-être la seule, réside dans la pensée des dirigeants, dans ses mécanismes¹⁰¹ ». C'est ainsi au départ sur la base d'une intuition et d'une vision stratégique que le directeur des Hôpitaux du Léman s'est engagé dans le projet.

Au final, la stratégie déployée par les différents partenaires, et par les Hôpitaux du Léman en particulier, ne s'apparente pas à une définition précise d'un plan d'ensemble mais tend au contraire vers l'idée de vision stratégique impliquant une démarche incrémentale et fondamentalement subjective. La stratégie observée relève d'une stratégie « chemin faisant » essentiellement intuitive et finalement peu rationnelle.

3.1.2 ... et des stratégies de coopération en particulier

Dans la première partie de ce travail ont été exposés les attributs des processus coopératifs. Il était précisé que, de nature « complémentaire » ou « communautaire », la coopération était caractérisée par des phénomènes d'apprentissage, de « coopération », et par l'importance de la notion de confiance. L'étude du comportement stratégique des futurs partenaires du GCS fournit, à cet égard, des éclairages précieux.

¹⁰¹ LAROCHE H. et NIOCHE J.-P., « L'approche cognitive de la stratégie d'entreprise », *Revue française de gestion*, N° 99, juin-août 1994, p. 64-78.

A) Une coopération « complémentaire » et « communautaire »

Les Hôpitaux du Léman, l'association l'AURAL et le CHIAB ont tous trois, nous l'avons vu, un intérêt objectif à s'allier pour assurer une prise en charge de l'IRC dans le nord de la Haute-Savoie. En épaississant le trait, les Hôpitaux du Léman nécessitent un terrain d'implantation, l'AURAL des médecins néphrologues et le CHIAB des compétences médicales nouvelles. Leur démarche est donc empreinte de « rationalité calculatoire » et d'opportunisme et vise, à travers la coopération, l'accès à des ressources complémentaires à celles qu'ils détiennent en propre.

Dans le même temps, l'alliance entre ces partenaires traduit aussi un besoin d'appartenance à un groupe porteur de croyances et d'objectifs communs. En l'occurrence, les valeurs sous-tendues par la notion de service public forment un socle commun aux trois offreurs de soins qui estiment partager une vision identique du champ sanitaire et de ses enjeux. Ces derniers entendent, à travers un arrangement coopératif, préserver cette communauté de valeurs contre les projets émanant du secteur privé.

Le projet de GCS étudié vérifie ainsi le postulat posé plus haut selon lequel toute coopération inclut les deux modes « complémentaire » et communautaire » dans des proportions variables. En d'autres termes, le projet sert à la fois les ambitions stratégiques des acteurs et leur besoin d'appartenance à un groupe solidaire.

B) Entre coopération et compétition : une stratégie « coopérative »

Les sciences de gestion mobilisées *supra* ont montré que les organisations en concurrence combinent des stratégies coopératives et compétitives, et qu'elles gèrent ainsi des relations paradoxales de « coopération ». L'historique des relations entre deux des partenaires du projet de GCS, à savoir les Hôpitaux du Léman et le CHIAB, illustre bien cette tension entre postures concurrentielles et manoeuvres collectives.

Les deux hôpitaux nord savoyards partagent la même culture de coopération. Ce projet n'est en effet pas le seul voyant les deux établissements unir leurs efforts dans le cadre d'une prise en charge sanitaire. Un projet d'unité neurovasculaire (UNV) commune aux deux sites, et prenant la forme d'une coopération juridique de type GCS, est actuellement à l'étude. En outre, une convention de coopération est en cours de finalisation en ce qui concerne la chirurgie oncologique, les établissements possédant chacun des ressources médicales performantes qu'il paraissait opportun de mutualiser. Enfin, de manière plus anecdotique, les directeurs de ces structures entretiennent des relations amicales plus propices à la concertation qu'à l'affrontement direct.

Dans le même temps, en dehors des domaines où une coopération est engagée ou envisagée, les deux établissements publics, de taille comparable, représentant chacun un quart des séjours issus du bassin Haute-Savoie nord¹⁰² et distants seulement de trente kilomètres, sont explicitement en concurrence. Leur raisonnement n'est plus fondé sur une logique d'alliance et de complémentarité mais se fait en aveugle, sans considération pour les stratégies conçues et déployées par l'autre. Le directeur des Hôpitaux du Léman déclare à cet égard qu' « il ne faut pas être hypocrite. On coopère sur certains sujets, mais sur les autres, on est clairement en compétition ».

Ainsi, les établissements tentent d'étoffer leur palette d'activités et renouvellent leurs plateaux techniques (en 2004 pour les Hôpitaux du Léman et à horizon 2012 pour le CHIAB) pour fidéliser une clientèle et mieux justifier leur positionnement. *In fine*, chaque hôpital est conduit à diversifier sa gamme de soins ce qui, au niveau global, peut se traduire par des redondances d'activités et d'équipements.

A l'image des postures adoptées par les Hôpitaux du Léman et le CHIAB, les alliances stratégiques nouées par les établissements de santé s'inscrivent donc dans un contexte paradoxal combinant compétition et coopération, ce que résume bien le néologisme de « coopération ».

C) La confiance, un régulateur des stratégies coopératives

L'un des arguments majeurs développé par les différents acteurs du projet pour expliquer leur souhait de travailler ensemble est l'existence entre eux de relations de confiance. Les Hôpitaux du Léman et l'AURAL oeuvrent ensemble depuis plus de vingt dans le cadre de conventions régissant l'activité de dialyse « hors centre ». Les directeurs des deux hôpitaux publics entretiennent quant à eux des relations cordiales et sincères depuis près de cinq ans. L'expérience du travail en commun et le capital de réputation qu'elle permet d'engranger permettent ainsi d'accroître le niveau de confiance entre les partenaires du projet de coopération.

Véritable ciment de la relation sociale choisie et maintenue, la confiance est ainsi le socle de toute relation de coopération. L'existence d'intérêts mutuels à des alliances réciproques ne saurait en effet suffire à garantir l'équilibre délicat des coopérations. Faire confiance, c'est se rendre vulnérable à l'autre partie en supposant *ex ante* que la probabilité du risque lié à l'échange est très faible. Ceci contribue à expliquer pourquoi un arrangement coopératif n'a pu être trouvé entre l'un des trois partenaires et la clinique privée. La confiance étant l'amont qui rend possible le contrat, et les acteurs en présence

¹⁰² Source : site *Parthage*, année 2004, total MCO.

manifestant une méfiance «culturelle» vis-à-vis du secteur privé lucratif, la possibilité d'un échange était de fait très mince.

D) Stratégie coopérative et phénomènes d'apprentissage

Enfin, il a été vu que la coopération peut être appréhendée comme un processus d'apprentissage en ce qu'elle suppose une articulation de compétences individuelles, une adaptation de raisonnements, une mise en commun de connaissances, etc. En l'occurrence, pour le CHIAB, l'opportunité d'un apprentissage a constitué une réelle motivation à coopérer. Le GCS permettra en effet à l'établissement de se nourrir du savoir, de l'expérience et du métier de ses partenaires en matière de prise en charge de l'IRC. D'une manière plus générale, la relative hétérogénéité des acteurs participant au processus de coopération permettra un croisement des apprentissages dans le cadre de relations interactives. La stratégie coopérative étant en outre un processus de type incrémental, elle s'appuie sur les vertus du tâtonnement, de l'ajustement mutuel, ce qui constitue déjà en soi une méthode d'apprentissage.

Le GCS devrait ainsi offrir la possibilité aux trois acteurs du projet, à travers des phénomènes d'apprentissages croisés, d'acquérir de nouveaux savoirs, de nouvelles compétences ou de nouveaux points de vue.

L'observation et l'étude des attitudes des différents acteurs du projet de GCS auront ainsi permis de fournir des éclairages précieux quant à la formation et au déploiement de la stratégie dans le champ sanitaire. Finalement, la stratégie apparaît comme un processus puissamment déterminé en amont, non exempt de paradoxes, peu rationnel dans son déploiement mais au contraire fondamentalement subjectif et intuitif.

3.2 Etat des lieux et recommandations

A ce jour, le projet de GCS est finalisé et attend d'être autorisé par l'ARH dans le cadre des autorisations d'activité de traitement de l'IRC par EER. Pour autant, il n'existe aucune garantie que la tutelle le privilégie au détriment de la démarche concurrente engagée par la polyclinique de Savoie. En outre, bien qu'il concentre de nombreux atouts, le projet soulève des interrogations quant à sa pleine concrétisation et quant à sa pérennité. Il apparaît dès lors opportun d'analyser le projet au regard de ses atouts et de ses faiblesses afin de proposer des pistes d'amélioration.

3.2.1 Un projet présentant d'indéniables atouts

Ce projet de coopération sanitaire présente de nombreuses qualités qui ont déjà été mentionnées plus tôt dans le texte.

Le GCS s'inscrit d'abord en cohérence avec les objectifs sanitaires définis dans le SROS III. Il propose ainsi une prise en charge coordonnée des patients souffrant d'IRC grâce à des structures d'accueil et de traitement aisément accessibles et adaptées à la demande de soins du territoire et au développement d'un réseau de prévention et de dépistage. Le projet permet ensuite de satisfaire à la double exigence tutélaire d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins et d'une optimisation de la prise en charge grâce à une mutualisation des moyens humains et matériels. Ces éléments sont autant d'atouts, de gages de réussite du projet. Pour les qualifier, la notion de « facteurs clés de succès » peut être utilisée avec profit. Mobilisés par certains auteurs, comme M. CREMADEZ et F. GRATEAU par exemple, ces facteurs peuvent être définis comme des variables (informations, compétences...) qu'une organisation doit absolument maîtriser pour obtenir un succès. Il faut ici se garder d'une vision trop rationnelle de ce concept : aucune variable ne saurait à elle seule constituer « la » clé de la réussite. C'est une notion stratégique qui permet seulement d'aider un établissement à positionner une activité ou un projet au regard de l'environnement concurrentiel.

A ce stade du projet, deux facteurs clés de succès réunis par les partenaires peuvent être identifiés. Le premier tient à l'expérience et aux compétences humaines et techniques détenues par les Hôpitaux du Léman et l'AURAL dans le domaine du traitement de l'IRC. L'hôpital et l'association jouissent en effet d'une image et d'une réputation favorables auprès de l'ARH qui contrastent avec la totale inexpérience de la polyclinique de Savoie en matière de dialyse¹⁰³. D'une certaine manière, les promoteurs du GCS peuvent considérer avoir le soutien tacite de leur autorité de tutelle.

Le second facteur clé de succès réside quant à lui dans la nature même du projet. En envisageant de développer la prévention et le dépistage précoce par l'adhésion à un réseau formalisé, le GCS Dialyse Haute-Savoie nord se démarque du projet concurrent uniquement fondé sur un traitement de l'IRCT par dialyse. Cette dimension « amont » de la prise en charge est indéniablement un atout qui devrait peser dans le choix final de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Si le projet présente des atouts certains, deux éléments viennent toutefois relativiser ce tableau encourageant. D'une part, dans le cadre d'un environnement

¹⁰³ La clinique compte en effet recourir à une formule « clé en main » que délivre certains groupes pharmaceutiques.

marqué par une intensité concurrentielle, ces facteurs clés de succès ne sont pas invariants. S'agissant, par exemple, des compétences médicales, les partenaires projettent de recruter d'ici 2008-2009 deux néphrologues alors que la démographie dans cette spécialité n'est pas favorable. Or, une pénurie de ressources médicales serait préjudiciable au fonctionnement du groupement et pourrait conduire *in fine* à dégrader la position concurrentielle avantageuse détenue par les partenaires. D'autre part, l'architecture du groupement de coopération et les postures et attitudes stratégiques adoptées par ses promoteurs suscitent des interrogations quant à l'avenir du projet. Il convient maintenant d'exposer ces différentes limites et de formuler des préconisations pour l'avenir.

3.2.2 Trois propositions pour un projet pérenne

Des limites relatives aux conditions de fonctionnement du GCS et aux choix et comportements stratégiques qui ont présidé à son élaboration peuvent être identifiées. Si les développements qui suivent ne prétendent pas apporter des solutions à proprement parler, ils contiennent néanmoins des pistes de réflexion et d'amélioration visant à renforcer et pérenniser le groupement de coopération.

- A) Première proposition : associer plus étroitement les acteurs pour qu'ils s'approprient le projet de coopération

La stratégie des Hôpitaux du Léman dans le cadre du projet a été pensée, définie et mise en œuvre par la seule direction générale de l'établissement. Hormis un néphrologue d'Evian, et encore dans une certaine mesure, aucun autre personnel médical, soignant ou administratif des Hôpitaux du Léman n'a été associé à la définition et la mise en œuvre des décisions regardant le GCS. Il est certes souvent admis que ces décisions sont des choix relevant du « top management » et qu'elles entrent peu dans le cadre du management participatif. Pour autant, cette concentration de la stratégie au sommet de l'organisation peut générer des effets pervers. Par exemple, comme le notent, non sans malice, les auteurs de *Stratégor* à propos du tâtonnement du dirigeant d'entreprise : « Etant seul à posséder une vue d'ensemble du projet (...) son éventuelle indécision reste maquillable et peut être transformée - symboliquement - en sagesse,

prudence ou dessein énigmatique¹⁰⁴ ». D'une manière plus générale, rendre plus participative la formulation de la stratégie peut s'avérer bénéfique à deux égards.

D'une part, les stratégies ont des chances d'être plus réalistes lorsqu'elles intègrent les points de vue d'acteurs connaissant de près la situation interne et externe de l'activité considérée. Du fait qu'elles mobilisent des expertises diverses, elles sont également souvent plus créatives. Aussi, concrètement, associer d'avantage au projet les personnels médicaux, paramédicaux et techniques du centre d'Evian aurait peut-être permis de favoriser une formulation de la stratégie plus en prise avec les réalités et les spécificités du secteur et, par là même, d'atténuer le dimensionnement incrémentale observée.

D'autre part et surtout, une plus grande association des équipes à la réalisation de la stratégie conditionne dans une assez large mesure la réussite du projet. Une participation active des membres de l'organisation augmente en effet l'adhésion aux décisions prises car ils ont pris part à leur élaboration et comprennent les raisons qui les ont inspirées. Or, dans le cas du projet de GCS, le caractère intuitif du pilotage stratégique décrit *supra* implique un mode de management particulier fondé sur une sorte d'ambiguïté. Les décisions stratégiques ayant des contours mal définies, elles se révèlent peu impliquantes pour les acteurs et leur apparaissent d'une certaine façon « clandestines ». Une coopération réussie nécessiterait donc une adhésion institutionnelle et professionnelle forte, ce que résume bien la notion d'*affectio societatis*. Celle-ci désigne, en droit privé, l'intention animant des associés de collaborer en vue d'une finalité commune. Comme le soulignait finalement J. CALMES et ali, « la coopération interhospitalière sera ce qu'en feront les acteurs concernés¹⁰⁵ ».

Dès lors, l'initiation d'une démarche associant plus étroitement les personnels concernés par l'activité de dialyse peut être recommandée. Cette mesure concerne au premier chef les personnels médicaux qui, sur le terrain, devront porter le projet et qui, par ailleurs, demandent souvent à être plus associés aux décisions. Une enquête d'opinion menée auprès des praticiens hospitaliers par la Fédération hospitalière de France (FHF) rapporte ainsi que 94 % d'entre eux estiment que les équipes médicales devraient d'avantage prendre part aux décisions stratégiques de l'hôpital. La mesure intéresse également le personnel soignant, étroitement concerné par le projet puisqu'il sera désormais amené à travailler sur les deux villes d'Evian et d'Annemasse. Or, les personnels paramédicaux estiment aujourd'hui ne pas être tenu au courant des développements du GCS ; certains ignoraient même, il y a peu encore, qu'ils seraient appelés à exercer leur profession sur deux sites à la fois.

¹⁰⁴ *Op. cit.*, p. 656.

¹⁰⁵ *Op. cit.*, p. 12.

Eu égard à l'importance de l'appropriation du projet par les acteurs, il est préconisé, d'une part, de développer des actions de communication interne (note, courrier, etc.) pour informer les personnels concernés et, d'autre part, de les associer dans le cadre de réunions ou de groupes de travail. Ces derniers auront pour objectif de définir des modalités de fonctionnement du groupement acceptées par le plus grand nombre, condition indispensable à la réussite du projet et à sa pérennisation.

- B) Deuxième proposition : privilégier une évolution vers une forme de coopération plus intégrée

Les Hôpitaux du Léman, l'AURAL et le CHIAB ont décidé d'unir leurs efforts, nous l'avons vu, dans le cadre d'une version *a minima* du groupement de coopération sanitaire. Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, le GCS peut en effet détenir des autorisations, recruter directement du personnel ou encore dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, ce qui en fait une formule très impliquante pour l'activité de ses membres. Le GCS Dialyse Haute-Savoie nord est assez éloigné de cette logique intégrative puisqu'il s'apparente moins à un établissement de santé qu'à une simple convention d'utilisation commune de personnels, de locaux et d'équipements. Comme cela a déjà été précisé, Le Pr Maurice LAVILLE justifiait ce choix par la volonté de ne pas faire du groupement « une usine à gaz ».

Or, la question se pose de savoir si, dans l'intérêt d'une prise en charge coordonnée et efficace de l'IRC sur le secteur, le groupement ne devrait pas précisément évoluer vers une configuration plus intégrée et devenir un réseau de soins. Une telle évolution suppose que le GCS ne se contenterait plus de gérer les autorisations pour le compte de ses membres (Les Hôpitaux du Léman et l'AURAL en l'occurrence) mais les détiendrait en propre, et qu'il pourrait recruter directement du personnel. Selon Jacques LESIMPLE, « à horizon 2012, il faudra accepter que le GCS évolue vers une forme de gestion plus autonome, plus indépendante de ses membres, et qu'il existe en propre et non seulement à travers eux. J'ai la conviction que c'est une condition à sa survie ». Deux arguments plaident en effet en faveur de ce scénario.

D'une part, la mise en place de mesures de prévention et de dépistage, la coordination efficace des prises en charge et l'obligation tutélaire de respecter les objectifs quantifiés par modalité de traitement nécessitent un pilotage d'ensemble cohérent qu'un GCS de type « établissement de santé » semble mieux à même de garantir. Il apparaît en effet raisonnable de penser qu'une assemblée générale qui représente avant tout les intérêts propres des partenaires ne sera pas à l'abri de tout phénomène de compétition et sera donc moins apte à produire de la cohérence.

D'autre part, ainsi que l'admet derechef Jacques LESIMPLE, «c'est un projet "personne dépendant" : je ne sais pas s'il résistera au départ de ses promoteurs, si la relation de confiance se maintiendra avec nos successeurs ». Promouvoir une évolution vers une forme plus intégrée de coopération permettrait à cet égard de poser le GCS comme un acteur sanitaire à part entière, et de ne plus l'identifier qu'au travers de ses seuls membres. Dans cette configuration, l'équilibre du groupement paraît moins tributaire de la nature et de la qualité des relations tissées entre les différents partenaires.

- C) Troisième proposition : envisager une éventuelle participation de la polyclinique de Savoie au groupement de coopération

En ce qu'il répond de manière satisfaisante et exhaustive aux objectifs définis dans le SROS III, le projet de GCS Dialyse Haute-Savoie nord devrait obtenir l'autorisation de l'ARH pour les prochaines années. Toutefois, tout porte à croire¹⁰⁶ que la polyclinique de Savoie n'a nullement l'intention d'abandonner le projet d'ouvrir une unité de dialyse sur Annemasse. Dans le cadre du SROS de quatrième génération, il est tout à fait possible que sa démarche aboutisse à la création d'une offre concurrente, menaçant ainsi directement l'économie générale du groupement déjà constitué.

Dans ce contexte, le choix d'une nouvelle concurrence frontale avec le privé lucratif ne semble pas opportun. Il a été vu en effet que les coopérations sont des jeux à somme non nulle dont l'objectif n'est pas de battre la partie adverse et où la réussite ne s'obtient pas au détriment de l'autre. Il est ainsi préconisé de ne pas rejeter *a priori* l'intention de la polyclinique de Savoie de participer à l'activité de prise en charge de l'IRC en Haute-Savoie nord. Il semble souhaitable en effet que, dans le cadre des discussions et travaux préparatoires au prochain SROS, les trois partenaires et l'établissement privé réfléchissent ensemble à la définition d'une offre qui satisfasse l'ensemble des acteurs concernés dans le cadre de rapports « gagnant gagnant ».

Une association de la clinique au groupement n'est donc pas à exclure, d'autant que le décret du 26 décembre 2005 dispose que le GCS peut admettre de nouveaux membres par décision de l'assemblée générale¹⁰⁷. Ce scénario présente d'abord l'avantage de substituer à une concurrence désordonnée potentiellement préjudiciable à

¹⁰⁶ Par exemple, lors d'une réunion à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, le médecin en charge de la thématique IRC en Rhône-Alpes a suggéré que, dans l'hypothèse où la Polyclinique de Savoie n'obtiendrait pas l'aval de la tutelle pour son projet actuel, elle ferait tout son possible pour obtenir une autorisation dans le cadre du prochain SROS.

¹⁰⁷ Article R. 6133-5.

la population une offre rationnelle et optimale. Il permet ensuite de respecter la volonté du législateur de faire du GCS l'outil privilégié des rapprochements publics / privé. Il est en effet assez étonnant qu'un outil à l'origine conçu pour favoriser la complémentarité entre les deux secteurs consacre ici au contraire une opposition culturelle tenace.

Cette préconisation requière cependant que les dirigeants des Hôpitaux du Léman, du CHIAB et surtout de l'AURAL objectivent leurs relations à l'environnement. Certes, la période est plus propice à la multiplication des bisbilles entre le public et le privé qu'aux tentatives de rapprochement. On assiste en effet, à la faveur des réformes hospitalières en cours¹⁰⁸, à un « retour en force des vieilles querelles¹⁰⁹. » Néanmoins, et pour reprendre le titre d'une tribune libre signée par le directeur du centre hospitalier de Gonesse (95), il existe entre le public et le privé « un devoir de confiance¹¹⁰. » Aussi, bien que les trois partenaires aient le sentiment de partager une culture et des valeurs qui s'opposent à celles du secteur privé, la pérennité de leur groupement de coopération suppose, à notre sens, qu'ils transcendent leurs *a priori* négatifs et associent le cas échéant la polyclinique de Savoie à la définition d'un GCS reconfiguré et élargi.

¹⁰⁸ Par exemples : la tarification à l'activité, la convergence des tarifs, la différence des coûts salariaux, etc.

¹⁰⁹ DHORDAIN A., TOMA O., PELLOUX P., VINCENT C., « Hôpitaux-cliniques : l'empoignade », *Décision santé*, n° 223, mars 2006, p. 8-13.

¹¹⁰ BURNIER J.-P., « Public/privé : un devoir de confiance », *Revue hospitalière de France*, n° 506, septembre-octobre 2005, p. 68.

CONCLUSION

Le projet de groupement de coopération sanitaire « Dialyse Haute-Savoie nord » illustre tous les avantages attendus d'une complémentarité entre les établissements de santé. Ses différents axes – le développement de la dialyse médicalisée, de la prévention, etc. – paraissent sans nul doute appropriés au regard du diagnostic posé et des objectifs fixés par le SROS III. Fort de l'expérience de ses membres en matière de prise en charge de l'IRC, il a clairement vocation à répondre aux enjeux de santé publique auxquels est confronté le nord de la Haute-Savoie. Le projet opère concomitamment une rationalisation géographique de l'offre de soins en matière d'IRC et une optimisation des ressources humaines et matérielles grâce à leur mise en commun. Il répond ainsi à l'exigence tutélaire d'efficacité et d'efficience des prises en charge.

Parallèlement, ce projet GCS sert aussi les ambitions stratégiques de ses promoteurs. Qu'il s'agisse des Hôpitaux du Léman, de l'AURAL ou du centre hospitalier intercommunal d'Annemasse-Bonneville, chaque partenaire avait un intérêt objectif à la coopération. Pour les premiers, un non engagement dans le projet aurait inévitablement débouché sur une perte partielle de leur activité de dialyse en centre. Le groupement permet ensuite à l'association lyonnaise de diversifier et d'asseoir territorialement ses activités. L'adhésion du CHIAB au GCS peut enfin être interprétée comme une stratégie d'opportunité puisque l'établissement profitera notamment des ressources médicales mutualisées dans le cadre de consultations de néphrologie.

Il apparaît *in fine* que la coopération est tout à la fois un outil de régulation pour la tutelle et un levier stratégique pour les hôpitaux. Les enjeux de santé publique et de planification portés par l'ARH et les intérêts stratégiques – plus ou moins conscients – des établissements peuvent ainsi être congruents.

Il reste que, même si le projet devrait être incessamment autorisé par la tutelle, certaines interrogations demeurent quant à sa pérennité. Conçu et conduit par les seules directions générales des établissements partenaires, le projet n'a pu être approprié par les personnels directement concernés. Il repose ensuite sur une forme de coopération peu intégrée, plus proche finalement d'une simple convention que d'un véritable groupement très impliquant pour ses membres. Il s'est enfin construit contre un projet concurrent qui, loin d'être abandonné par ses promoteurs, devrait à moyen terme le « menacer » à nouveau.

La mise en œuvre de mesures adéquates visant à impliquer d'avantage les acteurs de terrain, la possibilité d'une évolution vers un GCS « établissement de santé » et enfin l'ouverture éventuelle du groupement à un nouveau partenaire venu du secteur privé constituent trois axes de réflexion visant à pérenniser le projet.

Bibliographie

OUVRAGES

- AVENIER M.-J. (sous la direction de), *La stratégie « chemin faisant »*, Paris : Economica, 1997.
- AXELROD R., *Comment réussir dans un monde d'égoïstes ? Théorie du comportement coopératif*, Paris : Odile Jacob, 2006 (rééd.), 226 p.
- CALMES G., *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité*, Paris : Masson, 1998, 170 p.
- CHARPAK Y., NICOLET I., BROCLAIN D., *Etude à base bibliographique internationale sur la notion de masse critique en relation avec le système d'organisation sanitaire en France*, Rapport pour la Direction des Hôpitaux, Paris, 1991.
- CORIAT B., WEINSTEIN O., *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Paris : Librairie Générale Française, 1995.
- CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, Paris : John Libbey, 1996.
- CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*, Paris : Masson, 1997, 448 p.
- M. CROZIER, E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 1977.
- DETRIE J.-P., (sous la direction de), *Stratégor : politique générale de l'entreprise*, Paris : Dunod, 2000.
- DUMONT M., ESPER C., PAIRE C., *Droit hospitalier*, Paris : Dalloz, 2001, p. 123

- DURKHEIM E., *De la division du travail social*, Paris : PUF Quadrige, 1996 (rééd.),
- GUERRIEN B., *La théorie des jeux*, Paris : Economica, 2002, 115 p.
- HOUDART L., LAROSE D., BARRÉ S., *Traité de la coopération hospitalière*, volume I, Paris : éditions Houdart, 2000, 207 p.
- LOMBRIL P., FRATTINI M.-O., «Pratiques coopératives dans le système de santé : quels enjeux ? », *Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question*, Actes du séminaire des 6 et 7 décembre 1996, Editions ENSP, 1998.
- MINTZBERG H., *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris : Dunod, 1994.
- ZARIFIAN P., *La nouvelle productivité*, Paris : L'harmattan, 1995.

ARTICLES

- BURNIER J.-P., « Public/privé : un devoir de confiance », *Revue hospitalière de France*, n° 506, septembre-octobre 2005, p. 68.
- CUEILLE S., « Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics », *Revue hospitalière de France*, n° 6, novembre-décembre 2000, p. 12-31.
- CUEILLE S., *Les alliances comme mode de mise en œuvre de la stratégie des hôpitaux publics français : construction d'un modèle d'analyse*, X^{ème} conférence de l'AIMS, 13-14-15 juin 2001,
- DAMERON S., « Opportunisme ou appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet », *M@n@gement*, Paris : Université Paris IX, 2004, 25 p.
- DAMERON S., *Structuration de la coopération au sein d'équipes projet*, XII^{ème} conférence de l'AIMS, 2003.
- DHORDAIN A., TOMA O., PELLOUX P., VINCENT C., « Hôpitaux-cliniques : l'empoignade », *Décision santé*, n° 223, mars 2006, p. 8-13.

- ENGEL F., « Les GCS : un puzzle inachevé », *Décision santé*, n°215, mai 2005, p. 10-11.
- GOTTMANN J., « COM : où en sommes-nous cinq ans après l'ordonnance de 1996 ? », *Gestions hospitalières*, août-septembre 2001, p. 578-580.
- KERLEAU M., « L'hôpital et ses partenaires : nouvelles formes de coopération », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, n° 2, 1997, p. 270-280.
- LAROCHE H. et NIOCHE J.-P., « L'approche cognitive de la stratégie d'entreprise », *Revue française de gestion*, N° 99, juin-août 1994, p. 64-78.
- LAVILLE M., OLTRA-GAY C., GROS C., « Réseau TIRCEL. Mise en commun des ressources de soins autour du patient insuffisant rénal chronique », *Technologie & santé*, septembre-octobre 2005, n°55-56, p. 101-104.
- LIMPENS J.M., « La gestion d'un hôpital sous l'angle de la "corporate governance" », *Gestions hospitalières*, novembre 2003, p. 719-722
- LOISON D., « Gestion publique / gestion privée de l'hôpital. Quelles évolutions envisageables en France et en Europe ? », *Gestions hospitalières*, novembre 2003, p. 704-707.
- MAHIEU C., *Management stratégique et gouvernance organisationnelle des établissements publics français en mutation ; quels managers, pour quel dialogue stratégique ?*, XV^{ème} conférence de l'AIMS, Genève, 2006.
- PATTE D., « Les enjeux de la coordination », *Actualité et dossier en santé publique*, n°28, septembre 1998, p. 15-19.
- PHANUEL D., « La stratégie hospitalière existe-t-elle ? », *Gestions hospitalières*, octobre 1998, p. 622-627.
- SAUBESTY C., *Dynamique de la construction de coopérations transversales*, XIII^{ème} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), 2004.

TEXTES OFFICIELS

- Code de la santé publique
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991
- Loi n°87-571 du 23 juillet 1987
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003
- Décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire.
- Arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'IRC par l'EER.

RAPPORTS ET PUBLICATIONS OFFICIELLES

- ANAES, *Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte*, septembre 2002, 121 p.
- Enquête nationale SROS de l'insuffisance rénale rénale chronique terminale (IRCT), volet patient, CNAMTS, juin 2003, 62 p.

SITES INTERNET

- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://www.legifrance.gouv.fr>
- <http://www.strategie-aims.com>

Liste des annexes

Annexe I : Graphique relatif aux comorbidités présentées par les patients insuffisants rénaux chroniques pris en charge aux Hôpitaux du Léman en 2006.

ANNEXE I

Comorbidités sur le centre lourd d'Evian (sur 54 patients / 2006)

Comparaison avec l'enquête nationale

