



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**LES NOUVELLES COOPERATIONS  
TERRITORIALES DU CHU-HÔPITAUX  
DE ROUEN**

---

**Aurélien DELAS**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toute l'équipe du CHU-Hôpitaux de Rouen et plus particulièrement son Directeur Général, M. Christian PAIRE, pour m'avoir chaleureusement accueilli comme élève directeur d'hôpital pendant quasiment un an et pour m'avoir beaucoup appris durant mon stage et mes recherches.

Je veux ici remercier plus particulièrement quatre personnes qui m'ont particulièrement accompagné durant ce mémoire tant par leurs conseils que par leurs patientes relectures :

- ❖ Mon encadrant mémoire, M. Jean-Luc JUILLET, Directeur adjoint au Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil ;
- ❖ Mon maître de stage, M. Jean-François DOUSSON, Directeur du Pôle Investissements au CHU de Rouen ;
- ❖ Mon « collègue de travail » sur le dossier du Centre de Coordination en Cancérologie, M. Christophe GOT, Secrétaire général du CHU de Rouen et Administrateur du GCS 3C.
- ❖ Mme Anne MEUNIER, Directrice du Système d'Information et de l'Organisation au CHU de Rouen, pour sa relecture critique du mémoire.

Ensuite, je veux saluer et remercier Mmes Françoise DOTTIN et Camille ABOKI ainsi que le Dr Fabienne MARC pour le formidable travail qu'elles réalisent sur la politique gériatrique de territoire du CHU de Rouen et sur la Cellule de Coordination d'aval SSR, ainsi que pour le temps précieux qu'elles ont bien voulu m'accorder.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement Mme Françoise BLONDEL et ses collaboratrices de la Délégation à la Documentation du CHU de Rouen pour l'aide précieuse qu'elles ont bien voulu m'apporter.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b><i>Préambule:</i> Le thème de la coopération territoriale des établissements de santé structure les politiques d'offre de soins depuis une trentaine d'années .....</b>	<b>9</b>
<b>A. Historique de la territorialisation des politiques de santé : de « l'hôpital bunker » aux « Communautés Hospitalières de Territoire » :.....</b>	<b>9</b>
<b>B. La territorialisation des politiques de santé répond à des objectifs pertinents visant à améliorer la qualité de l'offre de soins proposée aux populations locales : .....</b>	<b>12</b>
<b>C. L'évolution de l'outil juridique qu'est le GCS souligne la pertinence du lien étroit entre territorialisation et coopération sanitaire: .....</b>	<b>14</b>
<b>1 Les enjeux stratégiques du développement des nouvelles coopérations territoriales pour le CHU de Rouen : .....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Les caractéristiques sanitaires locales ainsi que l'avènement de nouvelles thématiques modifient les formes de coopération du CHU de Rouen: .....</b>	<b>16</b>
1.1.1 Les caractéristiques sanitaires du territoire de santé Rouen-Elbeuf et de la région Haute-Normandie influent sur le type de coopération développée par le CHU de Rouen : .....	16
1.1.2 Les thématiques et impératifs liés aux exigences de qualité, d'évaluation ou de certification imposent de nouvelles coopérations territoriales au CHU de Rouen : .....	19
<b>1.2 Le CHU de Rouen vise l'influence au moyen d'une régulation par les normes et l'efficacité par une régulation des flux au service du patient : .....</b>	<b>21</b>
1.2.1 Les enjeux stratégiques du « <i>soft power</i> » pour le CHU de Rouen: .....	21

1.2.2 Les enjeux stratégiques des coopérations territoriales cherchant à contrer des dynamiques locales : l'action du CHU sur les flux amont et aval de patients : .....	23
<b>2 Les nouvelles coopérations territoriales du CHU de Rouen s'articulent autour de l'enjeu des normes en oncologie et de la gestion de ses flux aval et amont de patients : .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Les enjeux de la mise en place du GCS 3C pour le CHU de Rouen : atouts et contraintes d'un GCS de droit privé en partenariat avec un PSPH et des cliniques.....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Historique des étapes de la mise en œuvre opérationnelle du GCS 3C du territoire de santé Rouen-Elbeuf : .....	25
2.1.2 Objectifs et défis du GCS 3C du territoire de santé Rouen-Elbeuf : .....	31
<b>2.2 Les enjeux de la « cellule de coordination d'aval SSR » : d'une expérience territoriale à une extension régionale .....</b>	<b>34</b>
2.2.1 Historique du projet de cellule d'aval SSR et enjeux pour le CHU de Rouen : .....	35
2.2.2 Les nouveaux défis du projet « Cellule de coordination aval » : .....	38
<b>2.3 Les enjeux de la politique gériatrique de territoire : équipe mobile et conventions avec les EHPAD pour réguler les flux de patients âgés aux urgences du CHU.....</b>	<b>40</b>
2.3.1 Historique des projets majeurs de la politique gériatrique de territoire du CHU de Rouen : .....	41
2.3.2 L'enjeu de la régulation des flux amont aux urgences du CHU et ses difficultés : .....	43
<b>3 Bilan et prospective de ces nouvelles coopérations territoriales du CHU de Rouen:.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 Bilan, préconisations et méthodologie de ces nouvelles coopérations ciblées sur un thème et ancrées dans un territoire de santé : .....</b>	<b>44</b>
3.1.1 Récapitulatif des méthodes adoptées par le CHU afin de mettre en place ces nouvelles coopérations territoriales : .....	44
3.1.2 Préconisations et propositions sur chacune des coopérations territoriales décrites : .....	46

<b>3.2 Prospective : les coopérations territoriales du CHU de Rouen comme phase transitoire ou complémentaire aux « Communautés Hospitalières de Territoire » ?</b> .....	<b>47</b>
3.2.1 Articulation des cellules issues des nouvelles coopérations du CHU avec les coopérations conventionnelles : .....	47
3.2.2 Articulation entre ces nouvelles coopérations territoriales et les « Communautés Hospitalières de Territoire » : .....	49
<b>Conclusion</b> .....	<b>51</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>53</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- 3C** : Centre de Coordination en Cancérologie
- ARH**: Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS**: Agence Régionale de Santé
- CH** : Centre Hospitalier
- CHI**: Centre Hospitalier Intercommunal
- CHT**: Communauté Hospitalière de Territoire
- CHU**: Centre Hospitalier Universitaire
- CPOM**: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CRLCC** : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
- CSP** : Code la Santé Publique
- DMS** : Durée Moyenne de Séjour
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Dépendantes
- EPS** : Etablissement Public de Santé
- G4** : Groupement (GCS) des 4 CHU du Nord-Ouest de la France (Caen, Rouen, Amiens, Lille) sur des projets de recherche et d'activités spécialisées
- GIE** : Groupement d'Intérêt Economique
- GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- HAD** : Hospitalisation à domicile
- HPST** : Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »
- INCa** : Institut National du Cancer
- MCO**: Médecine, Chirurgie, Obstétrique (le court séjour hospitalier)
- MIGAC**: Missions d'intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
- PMT**: Projet Médical de Territoire
- PSPH** : établissement Participant au Service Public Hospitalier
- PU-PH** : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
- SIH** : Système d'Information Hospitalier
- SIOS**: Schéma Inter-régional d'Organisation Sanitaire
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération
- SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

## Introduction

Le thème de la coopération territoriale structure actuellement toutes les réflexions sur l'avenir des établissements de santé.

Le rapport LARCHER, le rapport VALLANCIEN ainsi que le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), en cours de discussion, contribuent à alimenter les hypothèses des nouvelles stratégies à développer par les établissements de santé.

Pourtant, cette problématique est relativement nouvelle dans le monde hospitalier. Ce dernier a longtemps raisonné en terme autarcique, au moins jusqu'à la création des ARH<sup>1</sup> en 1996, privilégiant souvent des approches hospitalières individuelles dont les actions étaient parfois redondantes par rapport à celles de l'établissement voisin.

Les études de géographie de la santé, avec notamment l'apparition de la notion de « bassin de santé » développée particulièrement par Emmanuel VIGNERON au début des années 1990 et qui inspira directement les actuels « territoires de santé », ont permis cette prise de conscience par le monde hospitalier de l'importance de la dimension locale et de la territorialisation de leurs politiques de santé.

Désormais, toute politique d'offre de soins réellement structurante se doit d'être articulée et graduée à différents niveaux territoriaux, du niveau de « proximité » au niveau inter-régional (par exemple le G4 auquel adhère le CHU de Rouen), ce qui a un impact direct sur l'organisation et le dimensionnement des politiques hospitalières.

Le poids de la territorialisation dans l'offre de soin implique certes, pour un établissement de santé, de devoir prendre en compte les fondamentaux sanitaires et socio-économiques, voire culturels, de son territoire de santé et de sa commune d'implantation, mais cette territorialisation hospitalière structure aussi en grande partie son attractivité - concernant autant les patients que les personnels - et donc à terme sa pérennité.

Pourtant, si tous les hôpitaux doivent inscrire leurs actions et leur offre de soins au travers de ces différents niveaux territoriaux, via les Schémas

---

<sup>1</sup> Toutes les abréviations ont leur signification précisée dans la "liste des sigles utilisés"

Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS III 2006-2011) et les Projets Médicaux de Territoire (PMT), tous ne subissent pas les mêmes contraintes territoriales ou démographiques.

Entre un hôpital local et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), il est évident que l'enracinement local est une réalité incontournable pour ces deux établissements, mais que leurs moyens respectifs de s'en extraire et de s'affranchir en partie des contraintes externes ne sont pas identiques.

Un CHU, puisque c'est surtout de cette catégorie d'établissement de santé dont il va être question dans ce mémoire professionnel, a plus qu'un autre les moyens humains, technologiques et financiers d'une relative « prise de distance » envers son territoire de santé.

En effet, un CHU constitue par nature l'établissement de recours d'une aire régionale qui transcende plusieurs territoires de santé, pouvant même atteindre une attractivité inter-régionale, voire internationale, dans son recrutement en terme de file active de patients.

D'autre part, un CHU se révèle aussi relativement moins « dépendant » que d'autres catégories d'établissements de santé à l'enjeu des coopérations inter-hospitalières, lorsqu'elles touchent le partage du temps médical par exemple, pour les mêmes raisons que celles concernant sa moindre dépendance à la territorialisation de son offre de soins.

Il est intéressant de constater que ces deux notions s'imbriquent et se fortifient mutuellement désormais : désormais les coopérations sanitaires s'inscrivent et s'articulent au sein d'un territoire de santé qui, en retour, renforce et structure la pertinence de ces coopérations entre établissements sanitaires et médico-sociaux, lorsqu'elles contribuent réellement à accroître auprès des patients une offre de soin de qualité.

Néanmoins, un CHU ne doit surtout pas tomber dans l'illusion de l'autarcie et de « l'hôpital *bunker* », croyant que sa taille le met à l'abri de toute obligation de coopération ou de partage.

Au contraire, sa crédibilité comme établissement de recours régional ainsi que l'efficacité de son action sanitaire peuvent justement être conditionnées par une inscription territoriale forte, au cœur de sa région comme de son territoire de santé, et par la qualité de ses coopérations avec un maximum d'acteurs du monde de la santé.



Là encore, les notions de coopération et de territorialité sont étroitement liées car c'est par un juste positionnement territorial, impactant autant les patients de son bassin de proximité que ceux de toute la région, qu'un CHU sera incité à développer des coopérations de qualité, afin de prendre toute sa place au sein d'une offre de soins régionale et structurée.

Il s'agit ici d'un des paradoxes d'un CHU qui, s'il se sent moins menacé dans son autonomie par la territorialisation des politiques de santé que d'autres établissements, reste néanmoins relativement dépendant de cette dernière. En effet, la territorialisation contraint les CHU à un délicat positionnement entre une vocation au minimum régionale, des missions d'enseignement et de recherche cruciales pour leur pérennité et la nécessité d'avoir à proposer une offre de soins de proximité dont dépendent pour beaucoup leurs recettes en terme de T2A (tarification à l'activité) et donc leur viabilité financière à terme.

Ainsi, au-delà d'une coopération inter-hospitalière classique que le CHU de Rouen accomplit bien évidemment au travers de conventions inter-établissements avec les Centres Hospitaliers de la région Haute-Normandie (CH de Dieppe ou CHI d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil par exemple), il semble désormais plus pertinent à un CHU de se créer un nouveau positionnement afin de garder une influence au sein des différents territoires de recours régionaux.

Outre la participation à de nombreux réseaux de santé, plus souvent portés par des praticiens hospitaliers du CHU au travers de centres de référence labellisés, le CHU - au sens de sa Direction Générale et d'un portage institutionnel – semble désormais s'engager dans de nouvelles formes de coopérations, davantage ancrées dans son territoire de santé de Rouen-Elbeuf et s'inscrivant dans une politique d'influence, au moyen d'une régulation par les normes ou d'une régulation des flux de patients, amont comme aval.

Face à une certaine réticence, voire à la méfiance des acteurs de santé publics comme privés du territoire où le CHU de Rouen est implanté, cette stratégie de l'influence semble à terme la plus payante pour ce dernier. Il est évident que les partenaires potentiels du CHU, qu'il s'agisse de cliniques, d'autres établissements publics de santé ou PSPH ainsi que des établissements médico-sociaux (type EHPAD), sont souvent au départ prudents à l'égard d'un CHU de Rouen comptant presque 8 900 personnes (1<sup>er</sup> employeur régional),

cinq sites et dégageant un budget de fonctionnement de 500 millions d'euros annuel.

Ces acteurs du monde de la santé perçoivent parfaitement l'inégalité intrinsèque du "rapport de force" face au poids du CHU et craignent souvent de se faire absorber, ce qui risquerait d'handicaper a priori les projets de coopération du CHU.

Moins contraint que d'autres établissements par les enjeux du recrutement de son personnel médical comme non médical, de par la proximité de la Faculté de Médecine et de Pharmacie ou par le fait que 11 écoles paramédicales sont établies dans ses murs, le CHU de Rouen doit miser sur son « *soft power* » d'acteur central de la région pour toute coopération sanitaire, apportant son expertise, sa crédibilité et sa « force de frappe » en terme de moyens et de personnels. Pour le CHU de Rouen, le "*challenge*" revient à modifier les positions initiales de ses partenaires éventuels tout en arrivant à se présenter comme un atout dans une coopération sanitaire et se faire accepter comme "égal" malgré tout<sup>1</sup>.

Ainsi, le CHU doit chercher à devenir le moteur et l'inspirateur des coopérations dans lesquelles il prend part, tout en ménageant les susceptibilités de ses partenaires, ce qui suppose une approche indirecte, plus régulatrice que normative, via des normes (conventions, indicateurs, processus...) ou par le contrôle des flux de ses patients, dans un rapport « gagnant-gagnant » avec ses partenaires.

A l'heure où les impératifs de qualité, de certification et d'évaluation ont acquis une prééminence certaine dans le domaine de la santé, il est stratégique pour un CHU d'accroître ses marges de manœuvre et de focaliser une partie de son action dans le co-pilotage de réseaux et de cellules qualité de territoire.

Ainsi, le CHU de Rouen s'est engagé dans ce nouveau type de coopération territoriale, en usant de son expertise et de ses moyens humains pour orienter et conduire des projets qui servent aussi ses intérêts mais qui s'inscrivent

---

<sup>1</sup> On peut faire une analogie humoristique sur le positionnement d'un CHU dans son territoire de santé avec la phrase de Pierre Elliott TRUDEAU, ancien Premier ministre du Canada, qui décrivait la relation de son pays avec les Etats-Unis comme "partager le lit d'un éléphant"; c'est souvent ce que ressentent les acteurs de santé lorsqu'ils coopèrent avec le CHU pour un projet.

davantage qu'auparavant dans une démarche coopérative ancrée dans son territoire de santé et répondant mieux aux besoins de la population.

Il est pertinent de constater que le CHU s'engage désormais dans des projets d'application extrêmement concrète, ayant trait à la qualité des soins ou à la fluidification de ses filières d'amont ou d'aval, et qui prennent la forme de cellules de pilotage territorial où le CHU est un partenaire à "égalité" avec les autres acteurs.

On passe ainsi des traditionnelles relations bilatérales inter-hospitalières à davantage de "multilatéralisme", au sein de réseaux de santé et de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) où privé et public peuvent se retrouver à parité. Les notions de réciprocité et de mutualisation de moyens et personnels sont désormais la règle dans toute procédure de coopération du CHU avec ses partenaires.

Cette nouvelle approche coopérative est ainsi davantage respectueuse des spécificités et identités de chacun des acteurs concernés, rassure les partenaires par les montants et la taille raisonnables des projets en jeu, tout en assurant une emprise du CHU plus efficiente sur son territoire de santé, ce qui peut permettre de résoudre une partie des problèmes touchant par exemple à la sortie des patients.

Ainsi, le CHU s'est engagé récemment dans les projets suivants dont certains seront plus particulièrement étudiés dans ce mémoire:

- Un GCS de Centre de Coordination en Cancérologie (« 3C ») avec 7 autres établissements de santé publics et privés ;
- Une Cellule de Coordination aval des SSR s'étendant à toute la région ;
- Une équipe mobile extra-hospitalière de gériatrie pour son territoire de santé ;
- Une convention avec 42 EHPAD de la région ;
- Le GCS RRAMUHN (Réseau Régional d'Aide Médicale Urgente de Haute-Normandie) assurant la maintenance et le développement du système d'information des SAMU-SMUR de la région.

Ces projets ont tous plusieurs caractéristiques communes sous leur diversité apparente.

Ils correspondent à une même ambition de la part du CHU d'agir sur la **régulation** de son environnement territorial, via **des normes** (la cellule

« 3C » participant à la mise en application des critères d'agrément pour les activités cancérologiques) et via **des flux**, en amont (convention avec les EHPAD ou équipe mobile gériatrique évitant des flux de patients âgés aux urgences du CHU) et en aval (Cellule de coordination SSR).

D'autre part, en-dehors de la convention avec les EHPAD, ils correspondent souvent à des projets innovants pilotés par une cellule ou une équipe opérationnelle de taille modeste, comprenant souvent un médecin et s'attachant à des impératifs de qualité de la prise en charge des patients.

Enfin, ces projets associent souvent des partenaires publics et privés et pour certains, des acteurs issus du secteur sanitaire et social, tout en adoptant des statuts juridiques variés de droit public ou privé.

Les nouvelles coopérations territoriales se mettent en place dans une période de profond bouleversement des modes de coopération et de la territorialisation des politiques de santé. Les besoins de santé de la population posent désormais la question d'une meilleure prise en charge.

Ainsi, le projet de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », qui insiste d'ailleurs dès son titre sur l'importance d'une approche territoriale de la santé, s'inspire largement du Rapport LARCHER et de ses préconisations issues de l'intercommunalité pour proposer des « Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT).

Cette approche englobante cherche à dépasser les stratifications et identités locales trop rigides qui créent des doublons et empêchent toute entente entre EPS, en voulant mutualiser les ressources des établissements de santé d'un territoire de santé et en s'inspirant du modèle « Maison mère/ Filiales ».

D'autre part, on observe aussi une relance du mécanisme des GCS dans ce projet de loi où les deux notions (coopération et territorialisation) sont là encore étroitement liées au sein du même Chapitre 3 « *Favoriser les coopérations entre établissements de santé* » intégré au Titre I qui traite de la modernisation des établissements de santé.

On assiste en fait à une relance de la coopération inter-hospitalière classique mais celle-ci est désormais intégrée au sein du territoire de santé et exploite toutes les ressources qu'une division pertinente du niveau local peut offrir.

Ainsi, face à ce renforcement de la coopération entre EPS à un niveau territorialisé, quelle place reste-t-il pour ces coopérations territoriales de niveau plus local, s'incarnant par des cellules qualité et des équipes opérationnelles restreintes opérant sur des domaines limités ?

Il semble pertinent de s'interroger à l'heure de cette relance de la coopération entre établissements de santé (ce que préconisait d'ailleurs le récent rapport de l'ARH adressé au CHU sur le suivi de son CPOM), les incitants à des « ententes territoriales », voire à des répartitions d'activités entre niveaux territoriaux et entre EPS :

Vaut-il mieux approfondir librement les coopérations inter-hospitalières existantes (par exemple le projet de GCS entre le CHU et le CRLCC de Rouen), afin d'éviter des réorganisations imposées à l'avenir par les ARS, ou bien le développement de ces nouvelles formes de coopération territoriale, reposant sur l'expertise et l'influence, constitue-t-il la meilleure façon d'appréhender les besoins de santé de la population ?

Ces nouveaux types de coopération territoriale constitueront-ils une simple phase transitoire avant l'avènement des CHT ou bien pourront-ils être complémentaires de ces structures communautaires, devenant même des outils privilégiés d'action territoriale des futures CHT, notamment dans leurs rapports avec les partenaires privés, libéraux et médico-sociaux ?

La problématique posée par ces nouvelles coopérations territoriales développées par le CHU de Rouen s'articule ainsi sur **deux niveaux** :

- La pertinence de cette cellule qualité (« 3C ») et des équipes opérationnelles de territoire (cellule de coordination d'aval ou équipe mobile gériatrique) dans les rapports du CHU avec ses partenaires par rapport à une coopération classique entre acteurs de santé.
- La pertinence de ces coopérations territoriales, fondées sur l'expertise et la régulation, au sein d'ensembles coopératifs plus vastes que seront les CHT.

Cette problématique binaire permettra de répondre à la question fondamentale que posent ces nouveaux types de coopération territoriale : permettront-ils une meilleure couverture des besoins de santé de la population du territoire de santé Rouen-Elbeuf, voire de la région Haute-Normandie ?

Ainsi, si le préambule du mémoire replacera les interactions entre les notions de coopération et de territorialisation dans leur contexte historique, la **première partie** se focalisera sur les enjeux stratégiques propres à ces nouvelles coopérations territoriales du point de vue du CHU de Rouen alors que la **deuxième partie** exposera les atouts et contraintes des principales coopérations territoriales développées par le CHU et que la **troisième partie** cherchera à tirer le bilan de ces expériences tout en s'interrogeant sur leurs évolutions prévisibles face aux préconisations du Rapport LARCHER et du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

## **PREAMBULE :**

### **Le thème de la coopération territoriale des établissements de santé structure les politiques d'offre de soins depuis une trentaine d'années**

La territorialisation des politiques de santé, corollaire de la décentralisation et des politiques d'aménagement du territoire menées au niveau national, constitue une réponse pertinente à une prise en compte plus qualitative des besoins de santé de la population. Cette territorialisation répond aussi au souci d'efficacité des EPS et d'économie générale de l'Assurance-Maladie par la hiérarchisation de l'offre de soins au sein d'un territoire qu'elle favorise.

Comme l'écrit Emmanuel VIGNERON, "*le local constitue le lieu où se tisse la cohérence entre les politiques nationales, régionales, départementales et les projets des acteurs du territoire*<sup>1</sup>".

#### **A. Historique de la territorialisation des politiques de santé : de « l'hôpital bunker » aux « Communautés Hospitalières de Territoire » :**

La déclinaison des politiques sanitaires dans les différents territoires ainsi que l'idée d'une gestion de l'offre de soins en fonction des caractéristiques locales constituent une constante des évolutions législatives et administratives depuis plus de trente ans.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 avait ainsi créé la carte sanitaire afin d'assurer un développement cohérent du parc hospitalier français, première tentative d'une rationalisation de l'offre de soins en fonction de déterminants locaux.

Il faut attendre ensuite la loi du 31 juillet 1991, encadrant les dépenses de santé par l'évaluation de l'activité hospitalière et créant les projets

---

<sup>1</sup> GROUPE DE PROSPECTIVE "SANTÉ ET TERRITOIRES" DE LA DATAR, 2004, *Territoires de l'Hôpital et territoires de projets de santé*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris: Editions de l'Aube – DATAR, 93 p.

d'établissements ainsi que les SROS, pour retrouver un élan vers davantage de territorialisation et de régionalisation.

Les années 90 voient la naissance des ARH par l'ordonnance du 24 avril 1996, inaugurant la déconcentration des politiques hospitalières. Les ordonnances d'avril 1996 créent aussi les Conférences Régionales de Santé et les Programmes Régionaux de Santé. Les créations de structures et de programmes accentuant cette régionalisation débouchent sur la loi du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (elle-même modifiant la loi du 4 février 1995). Le lien entre territorialisation des politiques publiques de santé et politiques nationales d'aménagement du territoire est confirmé.

Ensuite, l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé fait franchir un pas considérable en supprimant la carte sanitaire au profit des SROS, supports uniques de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers, et du territoire de santé.

Les territoires sont conçus comme un espace de concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large (notion de *démocratie sanitaire*) qui s'expriment dans le cadre de conférences sanitaires de territoires. Ils introduisent une plus grande souplesse dans l'exercice de la planification, s'inscrivent dans une approche infra départementale plus proche des besoins des populations et ouvrent la concertation locale sur les questions d'organisation de l'offre de soins à travers les PMT.

Puis, la loi du 9 août 2004 évoquait déjà la possibilité de créer des ARS, qui assureraient des missions de santé publique et d'organisation des soins. La circulaire du 5 mars 2004 précisait quant à elle les orientations régissant les SROS III en insistant sur la « *plus grande prise en compte de la dimension territoriale* ». Les régions doivent désormais tenir davantage compte de la géographie physique et humaine des territoires ainsi que des comportements de la population face à l'offre de soins.

Les années 2007 et 2008 ont vu se succéder divers travaux commandés par la ministre de la Santé afin d'élaborer la future loi « Hôpital, patients, santé, territoires » : le rapport de Philippe RITTER sur les ARS, celui de la commission dirigée par Gérard LARCHER sur les missions de l'hôpital, celui d'André FLAJOLET sur les disparités territoriales, celui de Guy VALLANCIEN sur



la gouvernance hospitalière et enfin les travaux des Etats généraux de l'organisation des soins (EGOS).

Tous ces travaux poursuivent un même objectif, à savoir améliorer la coordination des différents acteurs d'un même territoire afin de garantir, non seulement le développement de la prévention, mais aussi la meilleure prise en charge possible des soins et de la dépendance.

Enfin, le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », s'inspirant du rapport LARCHER, cherche à promouvoir des « Communautés Hospitalières de Territoire » qui deviendront la forme de droit commun des coopérations entre établissements publics de santé.

Ces Communautés permettront aux établissements les composant de « *mutualiser certaines fonctions support et stratégiques, afin d'améliorer les complémentarités et la réactivité de l'offre au niveau local*<sup>1</sup> ».

Ces Communautés prendront ainsi deux modalités d'organisation :

- **La CHT « tête de réseau » ou fédérative**, où l'établissement principal assurera le rôle d'établissement siège et laissera une autonomie juridique limitée à certains établissements membres. Cette CHT définira une stratégie commune et mutualisera des compétences.
- **La CHT intégrée**, les établissements préexistants confieront à la CHT l'ensemble de leurs compétences et en deviendront les différents sites tout en conservant des instances consultatives, à la différence de la fusion simple prévue à l'art L. 6131-1 à L. 6131-3 CSP.

Ce rapide historique de la territorialisation des politiques hospitalières met plus particulièrement en valeur les quatre objectifs suivants poursuivis depuis une trentaine d'années:

- Répondre à un *contexte économique et financier* de plus en plus tendu;
- Accroître *l'efficacité de l'offre de soins* proposée;
- Assurer à la population un *niveau de prise en charge pertinent et de qualité* en fonction de ses besoins;
- Participer à *l'aménagement du territoire* et accompagner la tendance à *la décentralisation et à la déconcentration des politiques publiques*.

---

<sup>1</sup> Projet de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », disponible sur internet, [visité le 29.09.2008]:  
[http://www.fhp.3cfr.com/fhp\\_circulaires/--doc--/Projet\\_loi-3.pdf](http://www.fhp.3cfr.com/fhp_circulaires/--doc--/Projet_loi-3.pdf)

## **B. La territorialisation des politiques de santé répond à des objectifs pertinents visant à améliorer la qualité de l'offre de soins proposée aux populations locales :**

L'enjeu territorial est bien de coordonner la programmation régionale hospitalière, dans un souci d'économie générale, avec les projets locaux de santé qui répondent aux besoins de santé spécifiques des populations.

La territorialisation de l'offre de soins hospitaliers a permis une approche plus fine des besoins des patients, en fonction des caractéristiques de leurs « bassins de santé ». Cette territorialisation de l'organisation et de l'accès de l'offre de soins est censée répondre aux principaux défis de notre système de santé national, sources de surcoûts substantiels:

- Les inégalités d'accès à la santé qui se creusent, entre régions et entre catégories sociales;
- L'inégale répartition de la "démographie médicale" sur le territoire national;
- Le délaissement du monde rural par les professionnels de santé;
- La captation de la chirurgie par les établissements privés avec les dangers d'une atteinte au libre choix et d'une médecine à deux vitesses;
- Les déficits structurels importants dans les EPS et notamment dans les CHU;
- L'atomisation de la recherche médicale.

Ces problèmes se posent à des échelles géographiques différentes car ce sont aussi des enjeux d'aménagement du territoire. Le territoire de santé est ainsi devenu l'outil privilégié permettant de répondre à trois exigences fondamentales : la **qualité des services hospitaliers**, leur **accessibilité à la population** et l'**accomplissement des missions de service public**.

Cette reconnaissance des diverses échelles des pratiques hospitalières a permis de mieux les articuler entre elles pour tirer le meilleur parti des ressources et garantir une sécurité accrue de la prise en charge des patients. Comme l'écrit encore Emmanuel VIGNERON, "*l'objectif est de s'appuyer sur ces différents niveaux de territorialisation pour fédérer les compétences des*

*professionnels, développer les coopérations, les réseaux de spécialités, concevoir les projets susceptibles d'améliorer le fonctionnement d'ensemble*<sup>1</sup>".

Il existe ainsi une graduation de l'offre de soins sur **5 niveaux de prise en charge des patients**:

- Le niveau de « *proximité* » comprend les soins de premier recours et la permanence des soins;
- Le niveau « *intermédiaire* » est structuré autour de la "médecine polyvalente" (premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique);
- Le niveau de « *recours* » dispense les soins spécialisés (hôpital pivot du territoire de recours);
- Le niveau « *régional* » correspond aux prestations spécialisées non assurées par les autres niveaux et que l'on trouve en CHU;
- Le niveau « *interrégional* » est réservé aux 5 activités que l'on trouve listées dans les SIOS (chirurgie cardiaque, traitement des grands brûlés, neurochirurgie, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques).

A ces différents niveaux de soins vont correspondre des territoires gradués, depuis les territoires de proximité jusqu'aux grandes inter-régions, en sachant que les régions ont en plus la possibilité de dessiner des territoires différents selon les activités. Seul le territoire de santé a fait l'objet d'une délimitation géographique précise, en tant qu'espace d'organisation des soins sur lequel sont fixés les OQOS et négociés les CPOM afin de répondre à un PMT.

L'aménagement sanitaire du territoire semble ainsi être un moyen de relever les défis lancés à la pérennité de notre système de santé, y compris celui de son financement.

A l'occasion de ses tours de France 2008, la Fédération Hospitalière de France a ainsi souligné que l'avenir du service public hospitalier serait dépendant de la capacité des EPS à se positionner dans une « stratégie de groupe » au sein de chaque territoire de santé, par le développement de coopérations et de complémentarités.

---

<sup>1</sup> GROUPE DE PROSPECTIVE "SANTÉ ET TERRITOIRES" DE LA DATAR, 2004, *Territoires de l'Hôpital et territoires de projets de santé*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris: Editions de l'Aube – DATAR, 93 p.

### C. L'évolution de l'outil juridique qu'est le GCS souligne la pertinence du lien étroit entre territorialisation et coopération sanitaire:

L'historique de la démarche de coopération inter-hospitalière<sup>1</sup> permet de souligner son ancrage territorial progressif ainsi que le souci croissant d'économies et de mutualisations de personnels et/ou de moyens qui l'anime. De plus, dans le cadre de la territorialisation des soins, c'est l'analyse des besoins sanitaires des territoires de santé et l'adaptation de l'offre de soins de l'établissement à ceux-ci qui conduisent à la recherche de coopération.

Déjà, la loi hospitalière du 31 décembre 1970 avait introduit dans le Code de la Santé Publique le *syndicat inter-hospitalier* qui fut particulièrement utilisé en logistique hospitalière.

La loi du 31 juillet 1991 institua les *groupements d'intérêt public* et l'article L.6134-1 CSP devenait le texte de base permettant aux établissements de santé de fonder juridiquement leur coopération.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 créa le **groupement de coopération sanitaire** (art. L. 6133-1 et s. CSP) en indiquant que les regroupements hospitaliers public-privés devenaient un objectif à atteindre. Cependant, cette première version du GCS restait insatisfaisante : l'objet des coopérations était limité, seuls les établissements de santé pouvaient être membres des GCS, ces derniers ne pouvaient être employeurs.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, puis le décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 ont adapté le GCS aux évolutions du monde hospitalier. Ainsi il est créé trois catégories de GCS :

- Le GCS « simple » ou « coopératif » (gestion logistique d'une activité);
- Le GCS « complexe » ou « de soins »;
- Le GCS « réseau de santé ».

Enfin, le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » prévoit un article sur la simplification du droit des GCS répondant à **5 objectifs** :

- rendre le droit plus lisible pour les acteurs concernés par les GCS;

---

<sup>1</sup> DEVILLERS, M., *La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire: un simple changement de structure juridique ?*, Mémoire ENSP 2005, 93p.

- répondre aux besoins de coopération dans le cadre de restructuration d'activité (chirurgie, obstétrique...);
- optimiser les ressources humaines, logistiques ou techniques;
- mutualiser les activités de recherche et d'enseignement;
- permettre une organisation territoriale des activités dans un souci d'amélioration de l'accès et de la mobilité des praticiens hospitaliers.

Ainsi, l'articulation entre coopération et territorialisation est clairement affichée par la loi « HPST », les deux notions se fortifiant mutuellement au service d'une offre de soins de qualité pour les patients d'un territoire.

Les GCS se distinguent désormais par deux finalités essentielles :

- *Le GCS de moyens* organisant ou réalisant des activités pour le compte de ses membres (Pharmacie à Usage Intérieur, équipements, SIH...);
- *Le GCS de soins* autorisé à exercer en son nom des activités de soins et qualifié dans ce cas d'établissement de santé.

Le Groupement de Coopération Sanitaire constitue désormais le mode de coopération privilégié entre établissements publics et privés de santé tout en permettant également les coopérations avec des professionnels de santé libéraux ou avec le secteur médico-social au niveau territorial.

Il a progressivement remplacé les autres formes juridiques de coopération dans le domaine sanitaire, ces dernières ne subsistent que dans quelques domaines spécialisés (blanchisserie par exemple).

Ainsi le CHU et le CRLCC de Rouen, dont la convention régissant jusque là les relations et le partage d'équipements lourds était un *GIE*, vont bientôt créer un GCS clarifiant leurs relations comme pôle régional de cancérologie.

A terme, des GCS sont prévus entre CHU par le projet de loi « HPST », au niveau de l'inter-région, le but étant d'éviter les doublons (rationalisation économique et efficience) et d'offrir un plateau technique et humain très spécialisé et pertinent (pour les activités de recherche par exemple) avec une qualité optimale de prise en charge du patient (pour les activités SIOS par exemple).

# **1 Les enjeux stratégiques du développement des nouvelles coopérations territoriales pour le CHU de Rouen :**

Le positionnement central du CHU-Hôpitaux de Rouen dans sa région ainsi que les problématiques auxquelles il est confronté (placement dans des solutions d'aval de patients sortant de MCO, flux importants d'arrivées aux urgences...) imposent le développement de coopérations territoriales répondant de manière pertinente à ces enjeux.

## **1.1 Les caractéristiques sanitaires locales ainsi que l'avènement de nouvelles thématiques modifient les formes de coopération du CHU de Rouen:**

Les caractéristiques du territoire de santé Rouen-Elbeuf et les nouveaux impératifs affectant le monde hospitalier renforcent l'approche territoriale des coopérations pratiquées jusqu'ici par le CHU de Rouen. Le projet d'établissement 2008-2012 fait d'ailleurs des coopérations et de leur pilotage un axe stratégique majeur pour le CHU de Rouen.

### **1.1.1 Les caractéristiques sanitaires du territoire de santé Rouen-Elbeuf et de la région Haute-Normandie influent sur le type de coopération développée par le CHU de Rouen :**

#### **A) Données régionales générales :**

Le SROS III 2006-2011 de la région Haute-Normandie dresse un panorama de la situation sanitaire régionale et territoriale qui permet de replacer les actions de coopération entamées par le CHU dans leur contexte.

Démographiquement, la Haute-Normandie est la treizième région française avec 1 804 541 habitants en 2004 mais comprend une population plus jeune que la moyenne nationale.

Le territoire de santé Rouen-Elbeuf est le plus peuplé des quatre territoires de santé de la région avec presque 800 000 habitants et une densité de 209 habitants au km<sup>2</sup>.

Concernant les indicateurs socio-économiques, la Haute-Normandie connaît d'importants problèmes de pauvreté, d'illettrisme et de précarité (7<sup>ème</sup> rang en métropole pour le taux d'allocataires du RMI) alors que le territoire de santé Rouen-Elbeuf connaît le deuxième taux d'allocataires du RMI de la région.

#### B) Données sanitaires régionales et territoriales :

Les indicateurs sanitaires de mortalité montrent en région Haute-Normandie un taux largement supérieur à la moyenne nationale (993.1 décès pour 100 000 habitants contre 959.5 en France métropolitaine<sup>1</sup>), la région faisait partie des 6 régions françaises où la mortalité est la plus forte.

La Haute-Normandie est la 2<sup>ème</sup> région française où la mortalité par tumeurs est la plus forte (écart de +16% chez les hommes et +7% chez les femmes par rapport à la moyenne nationale) avec de forts risques environnementaux dus à son contexte industriel.

La mortalité prématurée (avant 65 ans) est très importante dans la région (taux régional de 266.2 décès pour 100 000 habitants contre 259.5 décès pour 100 000 en taux national), avec un écart de +15% chez les hommes et +8.5% chez les femmes.

Par ailleurs, la région est l'une des plus touchées de France par l'obésité avec une prévalence de 12% chez l'adulte contre 11.3% en France en 2003.

Enfin, la région Haute-Normandie subit une densité de professionnels de santé médicaux et paramédicaux, salariés et libéraux, largement inférieure à la moyenne de la France métropolitaine (11.74 pour 1000 habitants Haut Normands contre 14.95 pour 1000 en 2004) et se place au 19<sup>ème</sup> rang des régions françaises pour la densité médicale (163 praticiens pour 1000 habitants).

---

<sup>1</sup> Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III de la région Haute Normandie 2006-2011, Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute Normandie, arrêté le 30 mars 2006.

Le territoire de santé Rouen-Elbeuf a les taux de mortalité générale et prématurée les plus faibles de la région mais il se caractérise par une mortalité par cancer et par suicide la plus élevée.

Le territoire de Rouen-Elbeuf est caractérisé principalement par la présence de l'établissement de santé de référence régionale, le CHU de Rouen, mais aussi par la présence au sein de l'agglomération rouennaise d'autres établissements jouant un rôle majeur comme le CRLCC Henri Becquerel, le CH spécialisé en psychiatrie du Rouvray, le CH du Belvédère qui constitue la plus grande maternité de l'agglomération et cinq cliniques au plateau technique attractif.

L'autre établissement public de recours est le CHI d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil qui rayonne sur un bassin de 200 000 habitants, situé à une vingtaine de kilomètres du CHU.

Enfin, ce territoire comprend de nombreux établissements sans plateau technique, dispersés et excentrés pour certains au sein du territoire.

Le principal défi pour ce territoire de santé, identifié comme tel tant par le SROS que par le PMT, repose dans l'amélioration de la fluidité entre structures afin de diminuer les encombrements constatés, particulièrement l'aval des services de médecine court séjour et des services d'urgences. Il faut ici souligner le poids du non programmé, tant au CHU de Rouen qui constitue le troisième pôle d'urgences de France avec presque 115 000 passages dans ses services d'urgences en 2007, qu'au CHI d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil qui en comptabilise 58 000.

#### C) Conséquences sur la politique de coopérations du CHU de Rouen :

Le CHU de Rouen se retrouve donc au centre d'un territoire de santé peuplé, au sein d'une région dont les caractéristiques sanitaires sont médiocres et qui connaît par ailleurs une démographie médicale faible.

D'autre part, le CHU doit faire face à un problème de DMS allongée (un jour supplémentaire par rapport à la moyenne des CHU) dû au manque de fluidité des solutions d'aval de ses patients et de par l'encombrement de l'amont, au regard du nombre de passages aux urgences.

Le CHU doit donc impérativement développer une politique active de réseaux et de coopérations territoriales visant à organiser la complémentarité entre les différents pôles de ressources sanitaires, plus rares en Haute-Normandie qu'ailleurs en France.



Les faiblesses locales ainsi que les handicaps territoriaux subis par le CHU doivent ainsi motiver une politique territoriale active en retour, afin d'offrir une prise en charge globale et continue aux patients au travers de parcours de soins adaptés et pertinents, visant particulièrement les patients âgés polypathologiques, ce qu'aucun établissement ne peut plus offrir seul désormais.

Le CHU doit ainsi se concentrer sur la gestion des sorties de ses patients ainsi que sur le développement d'une forte politique partenariale dans le domaine des SSR, deux domaines qui constituent d'ailleurs des priorités identifiées par le projet d'établissement adopté en juin 2008.

### **1.1.2 Les thématiques et impératifs liés aux exigences de qualité, d'évaluation ou de certification imposent de nouvelles coopérations territoriales au CHU de Rouen :**

L'objectif de toute coopération dans le domaine sanitaire repose sur la garantie apportée au patient d'un égal accès à l'ensemble des prises en charge, réalisé dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité possibles où le CHU, au regard de son rôle spécifique dans la région, devient ainsi l'acteur essentiel de nombreuses coopérations dont il est souvent membre ou tête de pont.

Le CHU de Rouen souscrit évidemment à des formes plus classiques de coopération, comme les conventions-cadre avec les principaux CH de référence de la région ou des coopérations d'utilisation en commun d'équipement (*GIE*).

Néanmoins, au regard tant de ses problématiques propres que de ses ressources humaines et matérielles, le CHU cherche désormais à former des coopérations plus stratégiques garantissant autant la fluidité de ses circuits patients, et donc la pérennité de ses activités, que la juste orientation au plus tôt de ses malades.

Par ailleurs, la déconcentration accrue des politiques de santé permet aux établissements d'être davantage associés qu'auparavant à la définition ou à la mise en pratique locale de mesures sanitaires, ce qui constitue une opportunité pour les établissements de référence comme les CHU, acteurs incontournables de la réorganisation régionale des soins.

Les exigences de qualité, de certification et d'évaluation, dont l'importance va croissante, s'ajoutent à la liste des paramètres qui rentrent dans le champ d'une coopération et peuvent constituer des atouts pour les patients comme pour tout acteur de santé sachant en tirer parti.

Or, de nouvelles formes de coopérations, comme les réseaux ou les GCS, paraissent plus adaptées à ces problématiques que les outils « classiques » de coopération inter-hospitalière.

Face à des domaines d'activité précis, correspondant à des prises en charge spécifiques de patients, ce sont désormais des coopérations plus ciblées et plus flexibles qui semblent correspondre aux vœux tant des professionnels de santé que des patients, désireux de se retrouver dans des structures « à taille humaine ».

Le concept d'équipes restreintes animant des cellules de territoire et s'occupant d'une problématique de prise en charge précise semble constituer le complément indispensable aux coopérations plus globales entre établissements.

Ces équipes de taille modeste constituent néanmoins autant de projets ambitieux, opérant dans le champ de l'évaluation et de la qualité sous forme de cellule opérationnelle. Ces équipes peuvent comporter un médecin, comme dans le cas du « 3C » ou de la Cellule de coordination d'aval SSR, et deviennent garantes d'une efficacité et d'une proximité tant avec les attentes des patients qu'avec celles des professionnels du secteur concerné.

D'autre part, ces équipes offrent une prestation pluridisciplinaire, répondant à des besoins précis des populations et des professionnels de santé, tout en permettant aussi plus facilement d'associer des acteurs de santé du privé comme du public dans une logique « gagnant-gagnant ». L'évolution des formes juridiques de coopération, comme l'attrait grandissant des GCS, a permis une flexibilité appréciée tant dans la composition des acteurs (établissements privés ou publics, libéraux...) que dans les statuts juridiques possibles (de droit privé ou public).

Enfin, ces cellules et équipes opérationnelles peuvent plus facilement développer une approche territoriale, fonctionnant aussi dans une logique d'animation de réseaux, et permettent, grâce à leur taille modeste, aux établissements de santé et notamment aux plus importants comme un CHU,

une approche plus aisée avec des acteurs de terrain qui normalement sont plus réticents.

Par l'intermédiaire de ces cellules et équipes sanitaires de terrain, l'approche territoriale et la coopération entre professionnels de santé publics et privés se trouvent facilitées, permettant de répondre plus efficacement aux besoins sanitaires de la population du territoire de santé.

## **1.2 Le CHU de Rouen vise l'influence au moyen d'une régulation par les normes et l'efficacité par une régulation des flux au service du patient :**

Ces nouvelles coopérations territoriales permettent au CHU de Rouen de remplir ses objectifs stratégiques de manière plus efficace, de consolider son positionnement central régional tout en répondant de manière plus pertinente aux besoins des patients. Il est désormais indispensable pour un établissement de santé de s'intégrer dans les instances régulant un domaine ou une filière s'il veut garder une influence et un contrôle sur les processus en cours.

### **1.2.1 Les enjeux stratégiques du « *soft power*<sup>1</sup> » pour le CHU de Rouen:**

Le poids des exigences concernant les critères qualité en cancérologie et la conformité aux normes et critères d'agrément édictés par l'INCa va déterminer à court terme les autorisations de pratiquer des activités de cancérologie et de chirurgie carcinologique pour les établissements de santé de France.

---

<sup>1</sup> Le « *soft power* » (ou « puissance douce ») est un concept inventé par Joseph NYE et utilisé en Relations internationales pour décrire la capacité d'un acteur politique – comme un État, une firme multinationale ou une ONG - d'influencer indirectement le comportement d'un autre acteur ou la définition par cet autre acteur de ses propres intérêts à travers des moyens non coercitifs (capacité d'attraction, prestige, influence).

Son application à un acteur hospitalier, un CHU en l'occurrence, n'est pas sans pertinence comme ce mémoire tente de le démontrer.

L'enjeu de la cellule d'animation territoriale du Centre de Coordination en Cancérologie (« 3C ») repose sur la participation des établissements membres à la mise en application des critères d'agrément définis par l'INCa pour les activités cancérologiques. Le CHU de Rouen, dont l'activité cancérologique constitue un domaine stratégique identifié par le projet d'établissement 2008-2012, se devait de participer au « 3C » et même, au regard de sa taille, d'en être un des principaux animateurs.

En effet, la cancérologie représente 15% des séjours du CHU de Rouen. On note que 27% des patients en cancérologie du territoire de santé (hors chimiothérapies) vont se faire soigner au CHU tout comme 17.5% des patients de la région.

Le « 3C » accomplira dans un premier temps un état des lieux des activités cancérologiques du territoire de santé Rouen-Elbeuf et participera à des activités d'évaluation des établissements pratiquant ces activités.

Cette dynamique renforcera la démarche qualité spécifique des soins cancérologiques et fera du « 3C » un acteur incontournable du secteur dont il semble stratégique pour le CHU d'être un des principaux porteurs du projet.

L'exigence du respect de critères qualité devient ici un outil et un atout au service de la qualité des soins délivrés au patient mais permet aussi au CHU de co-piloter le « 3C » (l'Administrateur du « 3C » étant par ailleurs Secrétaire général du CHU) au regard de sa notoriété et de son poids en cancérologie.

Or l'influence reconnue au CHU dans ce domaine, et donc le poids de ce dernier dans le projet du « 3C », provient de la notoriété régionale des activités de cancérologie du CHU grâce à ses acteurs médicaux et ses coopérations existantes (rôle du Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, mise en place avec le CRLCC du pôle régional de cancérologie, gestion de la Tumorothèque, notoriété des PU-PH pratiquant des activités cancérologiques, présence de la Faculté de Médecine, recherche en oncogénétique ...).

L'importance de l'*expertise* dans la prééminence acquise par la suite au sein de structure de coopération se retrouve aussi dans le GCS RRAMUHN, regroupant les 3 établissements sièges de SAMU et depuis 2007 sièges de SMUR. L'Administrateur de ce GCS est par ailleurs le Directeur Général Adjoint du CHU de Rouen.

Ce GCS assure ainsi la maintenance et le développement du système d'information des SAMU, utilisant le logiciel RRAMU - Régional de l'Aide Médicale Urgente. Il a aussi été missionné par l'ARH afin de constituer un Répertoire opérationnel de ressources régionales (référentiel des structures concernées par les soins non programmés afin de mieux orienter les patients dans les établissements de santé pour leur prise en charge plus rapide).

Ainsi, ces deux exemples de coopération territoriale illustrent bien l'importance pour le CHU de Rouen de sa participation à l'animation ou au portage d'un projet relatif à une démarche qualité et/ou concernant l'orientation des patients.

La régulation par les normes permet une influence pour les établissements qui en font partie, soit par influence directe sur le contenu, soit par la connaissance et donc l'anticipation des mesures prises.

L'expertise reconnue permet ainsi au CHU d'exercer une influence, un « *soft power* » renforçant son attractivité régionale, et lui permettant de s'ériger en partenaire indispensable.

Ces coopérations relatives à l'élaboration de référentiels et de normes ainsi que celles ayant trait à l'orientation des patients revêtent ainsi un caractère stratégique pour le CHU de Rouen puisqu'elles déterminent en partie la place des établissements dans l'attractivité des flux de patients.

Concernant les patients, ces coopérations leur promettent une participation engagée des établissements de soins qu'ils seront amenés à fréquenter et donc une appropriation par ces derniers des démarches ou normes qualité qui leur garantissent une offre de soins de qualité.

### **1.2.2 Les enjeux stratégiques des coopérations territoriales cherchant à contrer des dynamiques locales : l'action du CHU sur les flux amont et aval de patients :**

Le CHU de Rouen connaissant un problème de DMS supérieure à la moyenne des CHU, l'enjeu de l'amélioration de la fluidité de ses flux amont et aval de patients répond ainsi autant à un besoin stratégique qu'à une amélioration du service rendu à la population, les patients étant généralement désireux de ne pas prolonger leur séjour hospitalier.

Cette problématique locale est accentuée autant par le manque de structures et de lits d'aval au sein du territoire de santé que par le déficit de professionnels médicaux qui explique en grande partie l'afflux de patients aux urgences du CHU.

La résolution de cette problématique implique intrinsèquement une logique territoriale entre le CHU et ses partenaires locaux, dans une optique « gagnant-gagnant », et passe par un renforcement de leurs relations.

Les initiatives de la CEGAR (Communauté d'Établissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise<sup>1</sup>), le projet d'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière ainsi que les conventions passées avec les EHPAD du territoire de santé permettront à terme d'éviter des entrées injustifiées de patients âgés aux urgences du CHU, passages qui leur sont généralement préjudiciables au niveau sanitaire et contribuent généralement à bloquer des capacités d'accueil au Service d'Urgences (SU) ou des lits en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

Par ailleurs, le projet de cellule d'évaluation précoce et d'orientation vers les structures SSR de la région Haute-Normandie permettra de résoudre en partie le problème des filières d'aval pour le CHU de Rouen, grâce à des appariements facilités entre ses demandes de places en SSR et les réponses des structures d'accueil.

Il est intéressant de souligner que ce sont des coopérations territoriales, là encore en partie caractérisées par des conventions inter-établissements classiques mais aussi par des équipes opérationnelles de territoire (cellule SSR, équipe mobile gériatrique), qui pourront résoudre un problème lui aussi territorial, produit en partie par des déterminants de géographie humaine (démographie médicale, conditions sanitaires ou socio-économiques).

Ce sont ces coopérations territoriales qui permettront de résoudre ces problèmes stratégiques posés au CHU de Rouen tout en améliorant grandement le service rendu à la population et la qualité de sa prise en charge dans les structures d'accueil de moyen séjour, mais aussi dans les services de court séjour du CHU.

---

<sup>1</sup> BILLARD, V., *Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées: l'exemple du CHU de Rouen*, Mémoire ENSP 2000. 93p.

## **2 Les nouvelles coopérations territoriales du CHU de Rouen s'articulent autour de l'enjeu des normes en cancérologie et de la gestion de ses flux aval et amont de patients :**

Ces nouvelles coopérations développées par le CHU de Rouen s'inscrivent toutes dans des problématiques territoriales fortes, où le CHU possède de vrais intérêts stratégiques en terme de poursuite de ses activités, que ce soit la régulation des activités cancérologiques via les normes et le « 3C » ou la régulation des flux amont et aval de patients par des équipes opérationnelles engagées ou des politiques de territoire pertinentes.

### **2.1 Les enjeux de la mise en place du GCS 3C pour le CHU de Rouen : atouts et contraintes d'un GCS de droit privé en partenariat avec un PSPH et des cliniques.**

L'historique de la mise en place du GCS 3C du territoire de santé Rouen-Elbeuf ainsi que l'analyse des atouts et contraintes à participer à une telle structure pour le CHU soulignent son intérêt à s'investir dans un projet ambitieux et novateur dont le co-pilotage lui permet de développer une approche territoriale pertinente avec les établissements de santé du territoire, au service de la qualité des soins.

#### **2.1.1 Historique des étapes de la mise en œuvre opérationnelle du GCS 3C du territoire de santé Rouen-Elbeuf :**

##### **A) Rôle du Centre de Coordination en Cancérologie (« 3C ») :**

Le Plan Cancer 2003-2007 comprend 6 axes majeurs (prévention, dépistage, soin, accompagnement, formation et recherche) et la création de Centres de Coordination en Cancérologie (« 3C ») correspond à la *mesure 32*.

La prise en charge des patients atteints du cancer relève d'une implication pluridisciplinaire où la coordination systématique entre acteurs de

santé doit être impérativement recherchée, d'où l'enjeu des « 3C » qui doivent s'assurer de la coordination médicale de la cancérologie, en particulier des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en cancérologie (RCP).

Trois éléments déterminants en cancérologie conditionnent en effet l'amélioration de la qualité de soins centrés autour du patient:

- Une coordination systématique des soins en ville et à l'hôpital qui puisse s'appuyer sur des « 3C »;
- Un accès à l'information par tous moyens ainsi qu'aux dispositifs d'annonce;
- L'accès à des soins complémentaires (prise en compte de la douleur, accès à un soutien psychologique, soins de supports, accompagnement social renforcé, prise en charge des soins palliatifs...).

Les « 3C » se substituent donc aux anciennes Unités de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie et chaque établissement ayant des activités oncologiques doit désormais être membre d'un réseau de cancérologie (le Réseau Onco-Normand en Haute-Normandie – R.O.N) et d'un « 3C », ce dernier agissant comme une assurance qualité du programme personnalisé de soins suivi par le patient.

Le Centre de Coordination en Cancérologie a donc pour principales missions la déclinaison opérationnelle des recommandations régionales (du SROS III) ou nationales (INCa) du plan Cancer autour de trois actions:

- Evaluer :
  - a) La mise en oeuvre par les médecins et les personnels soignants de référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le réseau régional (R.O.N),
  - b) La mise en oeuvre effective de la pluridisciplinarité,
  - c) La mise en place du dispositif d'annonce,
  - d) La remise à chaque patient du programme personnalisé de soin,
  - e) L'accès aux soins de support,
  - f) L'information des patients.
- Produire des informations sur les activités cancérologiques des établissements membres.
- Contribuer à la dynamique régionale, en collaboration avec le réseau régional de cancérologie (R.O.N).



Les « 3C » ont ainsi pour mission de s'assurer que l'organisation de la prise en charge de chaque patient cancéreux s'effectue conformément à la stratégie la meilleure définie pour lui, dans le cadre d'une orientation structurée et informée, lui permettant de bénéficier de l'ensemble des compétences et techniques nécessaires à la prise en charge de sa maladie et dans le respect des bonnes pratiques.

B) Historique de la mise en place des Centres de Coordination en Cancérologie au niveau régional:

La circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie reprend les mesures du Plan Cancer et les décline régionalement au niveau des établissements, des sites et des territoires de santé, afin d'adapter au contexte local la qualité de la prise en charge des patients.

Cette territorialisation de l'offre de soins est évidemment reprise par le SROS III Haute-Normandie qui rappelle ainsi le schéma d'organisation du dispositif « 3C »:

*Les "établissements autorisés sont incités à constituer des sites de cancérologie par territoires de santé, en s'appuyant sur les coopérations inter établissements nécessaires. Ils vont ensuite coordonner l'activité dans le territoire et mettre en œuvre les centres de coordination en cancérologie".*

*"... la création de centres de coordination en cancérologie (« 3C ») va s'appuyer sur la mutualisation des moyens des différents établissements et sur la dynamique et les travaux déjà engagés par les acteurs régionaux<sup>1</sup>".*

L'ARH a ainsi lancé le dispositif par un courrier du 7 septembre 2007 adressé au R.O.N, au CRLCC, au CHU et aux délégués ou représentants régionaux FHF, FEHAP et FHP.

Cette lettre décrivait le fonctionnement d'un Centre de Coordination en Cancérologie, cellule qualité appliquée aux soins en cancérologie, et indiquait la constitution d'un « 3C » par territoire de santé (Le Havre, Dieppe, Evreux-Vernon et Rouen-Elbeuf) afin de favoriser des dynamiques de filières dans le cadre de coopérations territoriales publiques-privées.

Les « 3C » doivent disposer de ressources en propre et leur logique de constitution repose sur une mutualisation inter-établissements publics-privés.

L'ARH a ainsi défini 4 niveaux de compétences :

- **Le niveau régional (Réseau Onco-Normand – R.O.N)** : Niveau de la stratégie et de l'animation régionale en lien avec l'ARH par l'élaboration de références, de propositions d'organisations, de recommandations et méthodes ou par l'élaboration de cahier des charges.
- **Le réseau régional dans sa fonction de cellule opérationnelle « 3C »** : Coordination des « 3C » territoriaux et mise en œuvre de la dynamique et de la diffusion régionale.
- **Les « 3C » territoriaux** : Evaluation de proximité du bon fonctionnement du dispositif de prise en charge du cancer par des audits dans les établissements de santé, par la coordination des prises en charges ainsi que par l'assurance qualité des circuits patients et des transmissions de données des établissements adhérents. Les « 3C » territoriaux adhèrent au R.O.N et deviennent ainsi les relais de la mise en œuvre des missions conjointes.
- **Les établissements adhérents** : Mise en œuvre des compétences nécessaires à la prise en charge effective et transversale des patients et orientation de ces derniers, avec l'aide du « 3C » de territoire, vers le dispositif le plus adéquat lorsque l'établissement ne dispose pas des compétences pertinentes.

Cette architecture permettra les suivis longitudinaux des patients, l'harmonisation des pratiques, la production de données de suivi et d'évaluation convergentes tout en favorisant le décroisement des prises en charge entre structures hospitalières et/ ou filières de soins particulières.

Après 2 ans de fonctionnement, le dispositif sera évalué au travers d'une analyse des fonctions réalisées, des moyens engagés et des missions bien couvertes, en comparaison de celles qui nécessiteront formations et/ ou relocalisations, ainsi que de l'expression des besoins éventuels complémentaires de coordination.

---

<sup>1</sup> Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III de Haute Normandie 2006-2011, Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute Normandie, arrêté le 30 mars 2006.

C) Le Centre de Coordination en Cancérologie du territoire de santé Rouen-Elbeuf (GCS 3C):

Au départ du projet et au regard de la nouvelle organisation en cancérologie préconisée par l'ARH et par le Plan Cancer, les principaux établissements de santé privés de l'agglomération rouennaise étaient désireux de se regrouper entre eux afin de constituer un « 3C » exclusivement privé. L'idée maîtresse reposant sur la fluidité et la coordination de la prise en charge des patients, la présence de deux « 3C » sur le même territoire de santé, l'un public et l'autre privé, était exclue par la tutelle.

Ainsi, en décembre 2007, l'ARH prescrivit une structuration du « 3C » en groupement de coopération sanitaire (GCS) pour le territoire de santé Rouen-Elbeuf afin de rassembler les établissements de santé publics et privés au sein d'un projet unique. Comme ce GCS rassemblait des établissements publics et privés, ses membres choisirent un statut de droit privé<sup>1</sup>.

Ce GCS 3C rassemble ainsi les 8 principaux établissements de santé du territoire de santé en devenant une structure qualité multi-établissements:

- **Deux EPS** : le CHU-Hôpitaux de Rouen et le CHI d'Elbeuf-Louviers-Val de Reuil ;
- **Un PSPH** : le CRLCC Henri Becquerel ;
- **Cinq établissements privés** : les Cliniques de l'Europe, Mathilde, du Cèdre, St Antoine et St Hilaire.

Conformément à la réglementation en vigueur<sup>2</sup> concernant le fonctionnement des groupements de coopération sanitaire, le GCS 3C a rédigé une convention constitutive approuvée par un arrêté de l'ARH du 16 juillet 2008, publié au recueil des actes en Préfecture de région.

Au niveau de ses institutions, le GCS 3C s'est doté d'une **Assemblée Générale** (réunion 2 fois par an) qui a choisi un **Administrateur** (M. Christophe GOT, Secrétaire général du CHU de Rouen) et un **Secrétaire général** (le Dr Bernard MESSNER, représentant légal de la Clinique Mathilde). Ces deux représentants légaux du GCS 3C ont des fonctions « tournantes »

---

<sup>1</sup> Art. L. 6133-1 CSP

<sup>2</sup> Art. R. 6133 et suivants CSP

qui respecteront par intermittence une appartenance publique ou privée de leurs titulaires.

Par ailleurs, un **Comité Médical** a été institué, véritable « pilote scientifique » du « 3C » orientant ses travaux d'évaluation, dont les membres ont été désignés par les 8 établissements membres à raison de 2 ou 3 praticiens par établissement (2 PU-PH pour le CHU + le PU-PH et un PH du DESP) ayant tous des activités cancérologiques. La première réunion s'est déroulée le 24 juin 2008.

Le Centre de Coordination en Cancérologie est surtout constitué d'une équipe opérationnelle de 4 personnes animant cette cellule qualité et mutualisée au bénéfice des établissements :

- **Un médecin mi-temps** : en charge de l'animation des activités du « 3C », sous la responsabilité méthodologique du Département d'Epidémiologie et de Santé Publique (DESP) du CHU et d'un médecin désigné par les cliniques. Il prépare et met en œuvre les décisions du Comité Médical et de l'Assemblée Générale du « 3C ».
- **Un qualicien** : chargé de la mise en place et de l'animation du système de management de la qualité pour les activités de cancérologie tout en gérant les missions d'animation, d'interface et de synthèse avec les établissements de santé.
- **Un cadre soignant** : chargé de la réalisation des enquêtes et de l'animation des groupes de travail parmi les établissements de santé publics et privés du territoire de santé Rouen-Elbeuf.
- **Un secrétaire** : apporte son concours à l'équipe opérationnelle ainsi qu'aux instances du « 3C » (Comité médical, Assemblée, réunions avec le R.O.N).

Des recrutements se déroulent fin septembre et début octobre devant un jury paritaire public-privé composé de C. GOT et B. MESSNER auquel j'ai participé, afin que la cellule « 3C » puisse démarrer son travail début novembre. Des entretiens de présélection en partenariat avec l'ANPE ont été réalisés pour le poste de secrétaire du « 3C ».

A terme, le GCS 3C intégrera dans son équipe les secrétaires RCP, pour l'instant employées par le R.O.N, ce qui accroîtra d'autant ses charges financières.

Au niveau financier, les crédits reçus pour le Centre de Coordination en Cancérologie émanent de l'INCa via l'ARH et sont reconductibles. L'ARH de Haute-Normandie a ainsi reçu 680 000 € annuel pour la région, répartis entre les quatre territoires de santé et les établissements concernés sous forme de crédits MIGAC destinés à être reversés en totalité aux « 3C ».

Le territoire de santé Rouen-Elbeuf a reçu 320 000 € en 2007 et en 2008.

Un compte bancaire a été ouvert afin de recevoir ces financements ARH reversés par les établissements et de pouvoir aussi rembourser les établissements de santé, le GCS employant à terme 4 personnes mises à disposition par les établissements.

D'autre part, le GCS étant de droit privé, une procédure d'appel d'offres a été lancée pour un marché de commissaire aux comptes afin de certifier les comptes du GCS 3C à chaque fin d'exercice financier.

### **2.1.2 Objectifs et défis du GCS 3C du territoire de santé Rouen-Elbeuf :**

- A) Objectifs 2008-2009 du Centre de Coordination en Cancérologie et atouts pour le CHU de Rouen :

Les objectifs médicaux décidés par le Comité médical pour le deuxième semestre 2008 et l'année 2009 reposent d'abord sur la volonté de faire réaliser par l'équipe opérationnelle du « 3C » un état des lieux des établissements de santé du territoire et de leurs pratiques en cancérologie mais aussi d'y trouver des « correspondants ».

D'autre part, le « 3C » devra répondre rapidement aux questionnaires sur la qualité de la prise en charge des patients en cancérologie envoyés par l'INCa.

Ensuite, l'année 2009 sera l'occasion de lancer les travaux plus qualitatifs du « 3C » tels que:

- Conduire une enquête sur **les moyens reçus** par les établissements de santé dans le cadre du Plan Cancer et sur leur utilisation à partir des points de vue des professionnels et des patients ;
- Faire un travail sur **l'information des patients** auprès des praticiens et des patients eux-mêmes ;
- Accomplir un travail sur les **délais de prise en charge** (entre la prise de décision médicale et l'exécution du traitement) ;

- Faire un ***audit des pratiques médicales*** ;
- Travailler sur ***l'analyse et l'exploitation des indicateurs d'activité*** (INCa) ;
- Analyser ***l'offre et les pratiques des soins de support*** (l'environnement du patient)
- Mener un travail spécifique sur ***les RCP***.

Le « 3C » s'inscrit pleinement dans une logique territoriale, actée comme telle par ses membres, dans laquelle le CHU s'inscrit pleinement tout en assurant l'encadrement opérationnel via le DESP et co-pilotant le GCS au côté d'un acteur privé.

L'intérêt du CHU rejoint ainsi celui des patients puisque le « 3C » leur garantit une prise en charge de qualité, conforme aux recommandations de l'INCa, et que le CHU, étant un des plus gros acteurs régionaux en cancérologie, a besoin de s'inscrire dans ce dispositif certifiant son aptitude et sa qualification à pratiquer la cancérologie conformément aux normes.

Le poids du CHU au sein du « 3C » du territoire de santé Rouen-Elbeuf permet aussi à ce dernier d'apporter un soutien méthodologique aux autres « 3C » régionaux, ce qui renforce indirectement le « *soft power* » du CHU par l'expertise reconnue du DESP, tout en étant bénéfique au final pour les patients, ces derniers étant assurés d'une meilleure harmonisation et coordination entre « 3C » et donc de leur prise en charge potentielle.

Le GCS 3C permet aussi de tisser des liens entre établissements de santé compétents en cancérologie, de développer des logiques de territoire et de renforcer des relations existantes à partir de nouveaux objectifs.

Ainsi, la logique « 3C » est un appui stratégique au rapprochement actuel, longtemps difficile, entre le CHU et le CRLCC, pourtant voisins géographiques. Les deux établissements, reconnus par le SROS comme Pôle régional de cancérologie, sont actuellement en cours d'établissement d'un GCS visant à former un Institut Régional de Cancérologie<sup>1</sup>, comme le recommandait d'ailleurs le Plan Cancer.

---

<sup>1</sup> ESPER, C., mars-avril 2005, « Pôles régionaux de cancérologie et groupements de coopération sanitaire. Quelques questions », *Gestions Hospitalières*, N°503, pp. 30-34

La mesure 30 du Plan Cancer énonce ainsi : « *ce pôle peut prendre la forme d'un institut régional, d'une communauté d'établissements, ou encore d'une coordination contractuelle entre établissements*<sup>1</sup> ».

Comme l'énonce Claudine ESPER à propos des GCS, et qui s'adapte ici tant pour le GCS 3C public-privé que pour le GCS entre le CHU et le CRLCC, « *un objectif " gagnant-gagnant " doit être poursuivi, notamment au plan médical. L'équilibre des relations entre les parties doit être préservé. De même, l'accompagnement des agences régionales de l'hospitalisation est indispensable.*<sup>2</sup> »

Dans le même ordre, le « 3C » permet de repenser la relation avec le Réseau Onco-Normand et les réseaux d'organes, notamment en ce qui concerne les RCP, l'épidémiologie ou les référentiels. Le « 3C », de par sa pluridisciplinarité, s'adresse aussi à de multiples intervenants pour qui il constituera une force de propositions et un modèle de cellule qualité.

Ainsi, cette logique territoriale animant le « 3C » permet de renforcer les coopérations territoriales existantes, voire de leur redonner une nouvelle base. Ce nouveau type de coopération territoriale qu'est le GCS 3C permet au CHU de voir son rôle et sa place renforcés au sein de son territoire tout en développant davantage de relations avec ses partenaires et en renforçant la sécurité et la qualité des soins pour la population.

#### B) Les difficultés et contraintes du « 3C » pour le CHU de Rouen :

L'historique de la mise en place du GCS 3C illustre les difficultés d'une coopération territoriale où la tactique politique et la prise en compte des sensibilités de chacun des acteurs au processus sont primordiales.

Après l'essai infructueux d'un « 3C » privé tenté par les Cliniques du territoire de santé, la condition de la réussite d'un GCS public-privé reposait sur l'aspect strictement paritaire du projet. Ainsi, les droits des membres à l'Assemblée Générale sont répartis entre deux collèges égaux : 50% des droits au collège privé, 50% au collège public. L'Administrateur et le Secrétaire général doivent se répartir entre public et privé et le jury de recrutement sera aussi paritaire.

---

<sup>1</sup> Plan Cancer 2003-2007

<sup>2</sup> ESPER, C., janvier-février 2007, « Le groupement de coopération sanitaire : actualité et limites », *Revue de droit de la santé*, N°1, pp. 117-125

La première séance du Comité médical fut houleuse en raison de la posture de certaines cliniques devant le volontarisme et l'activisme du CHU à faire avancer le projet de GCS 3C et face au rôle du DESP dans l'encadrement opérationnel et méthodologique de la cellule qualité du « 3C ».

D'une part, le « 3C » n'a qu'un rôle de subsidiarité vis-à-vis des établissements du territoire de santé et doit se placer dans une perspective d'aide et de complémentarité envers ces derniers. En effet la bonne entente réciproque entre professionnels des établissements de santé et équipe opérationnelle du « 3C » est une nécessité impérative au regard des exigences de la population ainsi que le gage de la réussite des travaux du « 3C ».

D'autre part, l'enjeu de la coordination des 4 Centres de Coordination en Cancérologie régionaux se révèle essentiel afin de garantir la cohérence de leurs grilles d'analyse et de leurs travaux respectifs.

Enfin, l'articulation avec le Réseau Onco-Normand, même si elle se fera par empirisme, devient ici essentielle. C'est le R.O.N qui garantira en outre la coordination des quatre Centres de Coordination en Cancérologie de la région. En effet, même si les deux institutions doivent travailler en étroite relation et sont complémentaires, ils ne situent pas leurs actions à partir de la même perspective. Le « 3C » raisonne et travaille à partir d'une perspective « patient » alors que le R.O.N travaille en priorité pour les professionnels de santé.

De plus, les « 3C » sont placés sous la supervision du R.O.N tout en suivant les critères et procédures qualité de l'INCa.

## **2.2 Les enjeux de la « Cellule de coordination d'aval SSR » : d'une expérience territoriale à une extension régionale**

L'ARH est ainsi à l'origine d'un projet de cellule de coordination des transferts de patients vers l'aval du MCO pour le territoire de santé Rouen-Elbeuf. Récemment, ce projet territorial a pris une nouvelle ampleur avec une extension régionale, voir inter-régionale, ainsi qu'une extension vers l'HAD.



## 2.2.1 Historique du projet de cellule d'aval SSR et enjeux pour le CHU de Rouen :

### A) Objectifs de la « Cellule de coordination d'aval SSR »:

En Haute-Normandie, en plus d'un sous-groupe SSR au sein de la Conférence sanitaire du territoire de santé Rouen-Elbeuf, le SROS III 2007-2011 prévoyait déjà l'existence d'une « Cellule de coordination d'aval SSR » ainsi que son objectif : réduire les dysfonctionnements observés pour la sortie des patients des lits de court séjour et SSR.

Ce projet a été validé par les établissements SSR du territoire de santé en décembre 2007.

L'objectif médical de cette « Cellule de coordination d'aval SSR » est de faciliter la recherche de solutions par les équipes médicales, soignantes et sociales, sur la base des diagnostics individuels et des disponibilités en lits.

Cette cellule travaillera également sur l'harmonisation des pratiques pour les transferts entre établissements afin de les rendre plus efficaces et elle favorisera également une meilleure connaissance mutuelle du dispositif sanitaire et médico-social par les professionnels.

**Trois missions** simultanées sont assignées à la cellule de coordination :

- **Un observatoire à visée opérationnelle** (recensement de l'offre de lits SSR sur le territoire de santé – structures, profil des patients, procédures d'admission) ;
- **Rôle d'animation multipartenaire** (identifier les obstacles à l'origine des refus d'admission et favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services MCO et SSR) ;
- **Adaptation du logiciel « Trajectoire »** utilisé en Rhône-Alpes depuis 2002 afin de dématérialiser et d'harmoniser les demandes de transfert.

Le coordonnateur de ce logiciel d'assistance à l'orientation des patients vers le SSR en Rhône-Alpes, le Dr DEBLASI, est ainsi venu à Rouen promouvoir cet outil informatique et expliciter de manière pédagogique ses fonctionnalités multiples.

Ce logiciel « Trajectoire » est fondé sur un thésaurus décrivant l'ensemble des situations requérant une orientation en SSR, regroupées par familles (ex :

AVC, amputation, mise en place d'un projet d'aval...) et fera l'objet d'une convention entre les ARH de Rhône-Alpes et de Haute-Normandie.

Ce thésaurus est utilisé pour la constitution d'un annuaire SSR, recensant tous les établissements disposant de places SSR, directement utilisable par le prescripteur et prenant en compte les conditions liées au patient et à son environnement tout en intégrant les compétences nécessaires à la prise en charge du patient.

De plus, le logiciel « Trajectoire », en plus d'être adaptable et évolutif, fonctionne à partir de la liberté des acteurs de soins puisque ce sont ces derniers qui choisissent d'en faire partie et participent ainsi pleinement aux auto-mises à jour des données contenues dans l'annuaire.

A terme cette cellule d'aval, pour l'instant limitée au SSR, pourra être déployée sur l'ensemble des structures et solutions d'aval.

#### B) Plan d'action pour le déploiement de la cellule de coordination SSR :

Le projet de « Cellule de coordination aval du territoire de santé Rouen-Elbeuf » s'échelonnera sur deux ans avec un soutien financier de l'ARH équivalent à cette durée.

L'ARH verse 96 000 € (avenant au CPOM du CHU en date du 20 décembre 2007) pour la réalisation du projet et, au terme des 2 années, les établissements de santé devront prendre le relais. L'ARH a annoncé en septembre 2008 qu'elle reverrait sa participation à la hausse pour faciliter le lancement effectif du projet, sans toutefois s'engager sur un financement pérenne.

La constitution d'un comité de pilotage, composé de deux référents par établissement, a été la première étape du projet. La réunion préparatoire du comité a eu lieu dès le 15 janvier 2008 au CHU de Rouen.

Parmi les trois principaux animateurs de ce comité on trouve, outre le Dr BARREL du CH de Darnétal, deux représentantes du CHU, Camille ABOKI, la directrice du site de St-Julien et le Dr Fabienne MARC, médecin gériatre en SSR sur le site de Oissel.

Ensuite, la découverte du logiciel « Trajectoire », d'abord en présentation par le médecin coordonnateur de la cellule en Rhône-Alpes le Dr DEBLASI, puis par une visite à Lyon en juin 2008, ont permis aux acteurs du projet de concrétiser et de visualiser les possibilités offertes par le dispositif.

Les avancées réalisées par le comité de pilotage ont été présentées en conférence sanitaire de territoire en juillet 2008 et le quatrième trimestre 2008 devrait voir la mise en place du logiciel adapté au territoire de santé avec la création d'un site dédié, la constitution de l'annuaire SSR directement par informatique afin de gagner du temps et le recrutement d'un médecin coordinateur animant la cellule d'aval.

En effet, outre le recrutement d'un médecin coordinateur, d'autres moyens humains seront requis (informaticien, secrétaire, assistant de projet). Ce médecin coordinateur sera chargé de la formation des utilisateurs au départ avec, en appui, le comité de pilotage qui devra poursuivre sa communication pédagogique autour du projet afin d'ôter toute réticence aux différents protagonistes.

Le déploiement du logiciel « Trajectoire » sur les services MCO devrait se dérouler durant le premier semestre 2009.

#### C) Enjeux pour le CHU de Rouen :

Le CHU de Rouen est confronté quotidiennement à l'existence de séjours prolongés dans ses services MCO, et donc plus coûteux, causés par des difficultés de fluidité vers les structures d'aval (SSR).

Cette « Cellule de coordination d'aval SSR » constitue donc un enjeu déterminant pour le CHU, comme pour tous les établissements MCO du territoire de santé, afin de fluidifier ses files de patients du court séjour vers les services SSR existants tout en contribuant à resserrer les liens existants avec les autres établissements sanitaires ou médico-sociaux du territoire. Là encore, en plus d'un gain immédiat pour le CHU, devenu l'un des principaux animateurs et porteurs de ce projet, le gain majeur sera pour les patients, assurés de trouver plus rapidement une place proche de leur domicile et mieux adaptée à leur état de santé.

L'approche territoriale se révèle bien « gagnante-gagnante », mieux adaptée pour le patient et profitable aux établissements de santé qu'elle contribue à faire travailler ensemble sur leurs méthodes de travail et leur positionnement dans l'offre de soins.

Le CHU, principal pourvoyeur de patients aux établissements d'aval, prend ainsi la tête d'une dynamique profitable à tous et influant sur l'harmonisation des pratiques de transfert de patients.

Là encore, la maîtrise des dispositifs ou des « *process* » ainsi que la connaissance précoce du logiciel, via l'implication forte du CHU dès les origines du comité de pilotage, vont lui permettre de peser et d'influer sur les pratiques médicales qui seront élargies au niveau territorial. Comme pour le GCS 3C, c'est aussi par la maîtrise des normes et processus qu'un établissement accroît son « *soft power* » territorial et devient un acteur incontournable de toute coopération.

D'après le Dr DEBLASI, le médecin coordinateur de la cellule devra évidemment travailler au service de cette cellule pour tous les établissements du territoire mais il est probable qu'il soit positionné sur l'établissement le plus demandeur (en l'occurrence le CHU). En effet, l'intérim de ce poste de médecin coordinateur, avant son recrutement définitif, pourrait être assuré par le Dr MARC. A terme, le recrutement du médecin se fera par le CHU, puisque ce dernier est le destinataire principal des financements pour la mise en place du projet.

### **2.2.2 Les nouveaux défis du projet « Cellule de coordination aval » :**

- A) Les conditions de réussite du projet de « Cellule de coordination d'aval SSR » reposent sur la participation territoriale la plus large :

La réussite du projet de « cellule de coordination d'aval de territoire de santé Rouen-Elbeuf » et particulièrement celle du logiciel « Trajectoire » reposent sur l'adhésion de tous les établissements concernés du territoire de santé, notamment pour la partie afférente au remplissage des capacités et activités des services SSR dans l'annuaire.

Une adhésion forte et une utilisation sincère sont indispensables pour que l'outil fonctionne correctement.

Au niveau des moyens financiers et humains, ceux alloués par l'ARH en Rhône-Alpes étaient déjà d'une autre ampleur face aux 96 000 € de la Haute-Normandie, même si le projet était d'emblée régional, avec 800 000 € la première année et un coordonnateur par territoire de santé (avec accès au Département de l'Information Médicale - DIM - et aux statistiques).

Le choix du médecin sera aussi particulièrement délicat et crucial. Ce médecin devra avoir une bonne connaissance des établissements de santé du territoire et pour le bon accomplissement de sa mission le Dr DEBLASI donnait l'exemple d'un profil de médecin de Santé Publique.

Par ailleurs, l'enjeu de la formation des personnels utilisant le logiciel « Trajectoire » reste fondamental, notamment via le médecin coordonnateur de la cellule d'aval. Là aussi, l'influence du choix de ce médecin (en particulier s'il est lié au CHU) se révélera déterminante puisqu'il aura un impact certain sur les méthodes de travail de ses confrères.

Par ailleurs, l'implication des équipes de court séjour sera aussi déterminante, or c'est le CHU qui détient les effectifs MCO les plus importants.

Enfin, un appui fort de l'ARH se révèle nécessaire pour obtenir l'adhésion de tous les services de SSR puis des services de court séjour, conditions indispensables à la réussite du projet dans sa globalité.

- B) Le défi des extensions géographique et conceptuelle du projet de « Cellule de coordination d'aval SSR »:

Récemment, l'ARH a évoqué l'extension du périmètre de la cellule de coordination au niveau régional, avant même sa mise en route effective sur le territoire de santé Rouen-Elbeuf.

Cet élargissement du périmètre spatial aux 4 territoires de santé de la région Haute-Normandie sera évidemment accompagné d'une augmentation de la dotation prévue (200 000 €). Cette volonté d'une rapide montée en charge n'est pas sans logique, elle reproduirait ce qui s'est passé en Rhône-Alpes et permettrait au dispositif d'acquérir une taille critique substantielle. Surtout, cette prise en compte de la logique territoriale régionale autorisera ainsi tout patient de la région à trouver un hébergement d'aval au plus près de son domicile.

Une réunion le 10 septembre dernier à l'ARH de Haute-Normandie a acté cette extension régionale rapide de la cellule ainsi que son inscription lors de la prochaine révision du SROS.

Lors de cette réunion, le choix du lieu d'hébergement du logiciel a amené les interlocuteurs à examiner différents lieux possibles d'implantation :

- Tout d'abord, le logiciel pourrait être basé dans le système informatique des *Hospices Civils de Lyon* (HCL) au côté de l'actuel logiciel « Trajectoire » de la région Rhône-Alpes.
- Ensuite, le logiciel pourrait être hébergé à Rouen, au sein du système informatique hospitalier du CHU qui en a les capacités.
- Enfin, les discussions ayant aussi porté sur une extension possible à l'inter-région G4, le logiciel pourrait être basé dans cette optique soit à Rouen, soit dans un autre CHU du G4.

D'autre part, l'extension du périmètre de la « Cellule de coordination d'aval SSR » devra aussi s'étendre rapidement à toutes les solutions d'aval et non plus seulement les SSR.

Ainsi, les discussions sont déjà avancées en ce qui concerne l'HAD, dont les 9 structures régionales de prise en charge sont organisées et s'entendent parfaitement, ce qui accélèrera d'autant la mise en place du dispositif.

Dans un premier temps, un cahier des charges pour l'HAD en Haute-Normandie pourrait être élaboré puis proposé aux développeurs du logiciel « Trajectoire ».

Ce dernier étant facilement adaptable, une extension de son annuaire aux services d'HAD serait parfaitement réalisable dans un second temps.

### **2.3 Les enjeux de la politique gériatrique de territoire : équipe mobile et conventions avec les EHPAD pour réguler les flux de patients âgés aux urgences du CHU.**

Face à l'afflux de patients âgés se présentant aux urgences du CHU de Rouen, ce dernier a décidé d'utiliser les ressources de son territoire de santé au moyen d'une politique gériatrique de territoire dynamique afin de lutter contre ces déterminants socio-sanitaires.

Ainsi, le CHU de Rouen a signé une convention avec les EHPAD de son territoire de santé, qui s'inscrit dans les relations plus anciennes tissées par la Communauté d'Etablissements Gériatriques de l'Agglomération Rouennaise (CEGAR), et met en place une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière

### 2.3.1 Historique des projets majeurs de la politique gériatrique de territoire du CHU de Rouen :

- A) La politique gériatrique du CHU de Rouen s'inscrit depuis plusieurs années dans la CEGAR :

La CEGAR<sup>1</sup>, qui a connu une relance à partir de 2005, regroupe le CHU, plusieurs CH locaux, une clinique et comprend un organe délibératif, le comité scientifique et technique, qui se réunit de manière trimestrielle.

Une convention cadre en 2006 est venue formaliser davantage les liens existants auparavant. La CEGAR a ainsi obtenu la création à ce jour, en temps partagé, de 2 postes ETP paramédicaux et d'un poste de médecin spécialiste.

La CEGAR s'articule autour de **5 objectifs** principaux :

- Optimiser la prise en charge hospitalière et faciliter la circulation d'informations entre professionnels pour assurer la fluidité de la filière gériatrique hospitalière (élaboration d'un projet gérontologique de l'agglomération) ;
- Favoriser les initiatives de coopération et de complémentarité afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés au sein du monde hospitalier ;
- Promouvoir la réponse aux besoins de service de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social ;
- Favoriser la valorisation des métiers en gériatrie ;
- Favoriser l'adaptation des établissements de santé aux besoins de la population.

De plus, la CEGAR mène des projets fédérateurs et des actions transversales (expertise commune en matière d'hygiène, activités de soins de support, harmonisation des bonnes pratiques entre établissements, diffusion d'informations, de sensibilisation et d'échanges...).

L'animation des travaux se structure autour de quatre commissions de travail (Coordination des prises en charge SSR, projet Pharmacie, DIM et système

---

<sup>1</sup> Voir le mémoire ENSP sur ce sujet réalisé en 2000 : BILLARD, V., *Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées: l'exemple du CHU de Rouen*, Mémoire ENSP 2000. 93p.

d'information et Harmonisation des pratiques soignantes et des politiques qualité).

Ainsi, la CEGAR constitue déjà un cadre d'échange inter-établissements particulièrement pertinent et novateur afin d'élaborer des projets visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées hospitalisées.

B) Le projet novateur d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière :

Ce projet est porté actuellement par le Pr Eric BERCOFF, ancien Président de la CME du CHU de Rouen et chef du service de Médecine Interne Gériatrique du site de Bois-Guillaume, et par Mme Françoise DOTTIN, directrice de la filière gériatrique et des sites Boucicaut et Oissel du CHU.

Il consiste à répondre aux besoins des professionnels travaillant dans les EHPAD (médecins généralistes, médecins coordonnateurs, personnels soignants) en les aidant sur la gestion des troubles du comportement ou des troubles cognitifs, sur la décision dans des situations critiques et sur le partage des procédures.

L'objectif est ainsi d'éviter l'envoi inapproprié de personnes âgées résidentes en EHPAD aux urgences du CHU et de leur permettre un accès direct à la filière gériatrique hospitalière.

Le projet serait facilement créé par l'extension de l'actuelle équipe mobile gériatrique interne du CHU. L'idée serait de l'expérimenter en premier lieu dans une quinzaine d'EHPAD rouennais. Cette équipe mobile ne devra aucunement prescrire pour ne pas se substituer aux médecins libéraux intervenant dans les EHPAD; elle donnera des avis basés sur une expertise reconnue et accompagnera les équipes in situ (là aussi le CHU mise sur son expertise pour développer des coopérations territoriales « gagnant-gagnant »).

C) L'ambitieuse politique du CHU envers les EHPAD du territoire de santé Rouen-Elbeuf :

L'objectif du CHU est de permettre là encore un accès rapide des personnes âgées à la filière gériatrique hospitalière ou à une consultation



gériatrique d'évaluation de proximité en évitant les hospitalisations inadéquates aux urgences.

Les moyens employés par le CHU passent par la signature d'une convention avec 42 EHPAD du territoire de santé ainsi que par une convention plus spécifique visant à un accès rapide de ces EHPAD au centre d'évaluation gériatologique du CHU (consultations mémoire et de gériatrie).

L'idée est là aussi de mettre en place des consultations gériatriques dans les hôpitaux de proximité, pour que les EHPAD y aient accès, et d'établir un numéro de téléphone gériatrique unique de territoire permettant au personnel travaillant dans les EHPAD de recevoir un avis médical avant tout transfert de patients vers le CHU.

### **2.3.2 L'enjeu de la régulation des flux amont aux urgences du CHU et ses difficultés :**

L'objectif d'évitement des hospitalisations de personnes âgées dans le troisième pôle d'urgences de France que constitue le CHU de Rouen (115 000 passages annuels) conditionne ainsi toute sa politique gériatrique de territoire.

Le lien devient ici évident entre la régulation des flux amont (la politique gériatrique) et des flux aval (faire rapidement sortir les patients de MCO vers des solutions d'aval), ce qui va obliger les animateurs de la politique gériatrique du CHU à travailler en étroite collaboration avec la « Cellule de coordination d'aval SSR ».

Pour l'heure, les premiers résultats sont décevants suite à la signature de la convention avec les EHPAD, puisque l'impact a été faible sur une éventuelle diminution de l'afflux de patients âgés venant directement des EHPAD conventionnés vers les urgences du CHU (évaluation réalisée à moins d'une année de conventionnement avec une trentaine de passages aux urgences qui auraient pu être évités).

Néanmoins, l'ambitieuse politique gériatrique de territoire devrait avoir des effets positifs à moyen terme et permet déjà au CHU d'être un acteur central de tout réseau ou coopération gériatrique au sein de son territoire de santé.

### **3 Bilan et prospective de ces nouvelles coopérations territoriales du CHU de Rouen:**

Le CHU-Hôpitaux de Rouen inscrit désormais ses actions de coopération dans une logique territoriale plus marquée, celle-ci lui permettant de concilier une efficacité certaine pour répondre à ses besoins mais aussi des garanties de qualité dans la prise en charge des patients.

Au regard des évolutions annoncées par le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », concernant les « Communautés Hospitalières de Territoire » notamment, ces nouvelles coopérations territoriales font figure de phase transitoire permettant une multiplication des relations existantes entre le CHU et les établissements de son territoire de santé.

#### **3.1 Bilan, préconisations et méthodologie de ces nouvelles coopérations ciblées sur un thème et ancrées dans un territoire de santé :**

L'analyse de la méthodologie employée par le CHU dans ses nouvelles coopérations permet de détecter des points de convergence et de dresser un bilan ainsi que des préconisations pour chacune d'entre elles.

##### **3.1.1 Récapitulatif des méthodes adoptées par le CHU afin de mettre en place ces nouvelles coopérations territoriales :**

Le CHU de Rouen, comme nombre de ses pairs, est confronté quotidiennement à des enjeux de régulation de ses flux patients amont et aval mais, au regard de l'importance des flux concernés et de son rôle de recours régional au sein d'un territoire aux conditions sanitaires et sociales difficiles, ces aspects prennent ici un relief organisationnel particulier ainsi qu'une importance cruciale pour la pérennité de ses activités.

D'autre part, la maîtrise et l'anticipation des normes conditionnant les activités de certains secteurs clefs de l'établissement, en l'occurrence ici la cancérologie, nécessite aussi de sa part une démarche « pro-active » de régulation et d'influence sur leur contenu.

Ainsi, ce sont les notions de *régulation*, d'*expertise* et d'*influence* qui peuvent le mieux définir l'approche du CHU de Rouen envers ses coopérations territoriales.

Le territoire devient ici une véritable ressource à savoir exploiter afin de le transformer en levier du changement, accélérant des coopérations qui seraient sinon restées balbutiantes tout en contribuant à améliorer grandement l'offre et la qualité des soins apportées à la population locale.

La méthodologie pour le CHU consiste à s'approprier un projet de coopération proposé par la tutelle ou initié par lui-même, à le transformer en enjeu territorial susceptible d'intéresser d'autres acteurs locaux et à réussir l'agrégation d'un nombre déterminant de partenaires potentiels afin de lancer un projet de coopération conséquent.

L'expertise, la « force de frappe » humaine, financière et technologique ainsi que l'attrait en terme de file active de patients que possède le CHU de Rouen (2 500 lits et places) lui permet ainsi de se rendre incontournable pour toutes ces coopérations et d'attirer des partenaires intéressés par les avantages offerts pour eux-mêmes et pour leurs patients.

Ensuite, les qualités de diplomatie, les facilités de contact personnel et une évaluation juste des rapports de force locaux que doivent déployer les acteurs s'occupant de coopérations territoriales déterminent aussi en grande partie un éventuel succès de ces coopérations.

En période actuelle d'économies structurelles du système sanitaire français, les coopérations territoriales sont une réponse en terme de mutualisation de moyens et d'atteinte de niveaux substantiels tant en qualité des soins qu'en terme de file active de patients pour les établissements de santé. Les synergies dégagées sont généralement bénéficiaires tant aux établissements concernés qu'aux patients soignés ou intégrés dans des réseaux de soins. Ces coopérations nécessitent tout de même des leviers d'action réalistes et pragmatiques, surtout pour un CHU, afin de vaincre les réticences initiales de ses partenaires potentiels.

Le « *soft power* » et l'influence indirecte du CHU, via l'expertise de ses personnels ou la conduite active de projets par ses *managers*, en partenariat étroit avec la tutelle et un autre acteur de santé plus neutre, idéalement un

PSPH, permettent une réussite croissante des coopérations entreprises, y compris avec les établissements privés de santé.

### **3.1.2 Préconisations et propositions sur chacune des coopérations territoriales décrites :**

Le **GCS 3C** illustre l'importance de la régulation par les normes et les critères qualité, nouveaux leviers d'action au sein d'un système de santé décentralisé, pour laquelle le CHU devra garder la main afin de continuer à créer une synergie bénéfique au projet.

La bonne entente entre les deux acteurs responsables du GCS, le Dr MESSNER et M. GOT, l'engagement fort de l'ARH ainsi que le respect d'une parité « publique-privée » ont été les éléments clefs pour faire avancer le projet et vaincre les réticences des autres responsables d'établissements privés.

Il faudra désormais :

- poursuivre ces conditions externes propices à la coopération ;
- garder une influence sur le recrutement des 4 membres de la cellule qualité afin de conserver des méthodes de travail ainsi qu'une approche du secteur cancérologique favorables au CHU ;
- accroître le lien entre l'Administrateur et le DESP, ce qui permet une influence méthodologique et une expertise scientifique relativement acceptée par les autres acteurs du GCS ;
- s'interroger sur la coordination des 4 « 3C » régionaux entre eux et avec le R.O.N où la prédominance du secteur privé est avérée.

La « **Cellule de coordination aval de territoire** » doit désormais se concrétiser, ce qui nécessite que l'ARH agisse plus rapidement en :

- déterminant le lieu d'hébergement du logiciel « Trajectoire » ;
- arrêtant un périmètre précis d'action de la cellule de coordination (régional ou inter-régional).

Il faut désormais impérativement commencer à remplir l'annuaire des services SSR, HAD et MCO afin de donner une visibilité concrète aux équipes de soins et aux patients, ce qui accroîtra d'autant la participation de tous. Le recrutement rapide du médecin coordonnateur qui sera chargé de la formation des personnels au logiciel est aussi une nécessité.

Pour tous ces enjeux, l'engagement du CHU sera ici déterminant tant dans les moyens informatiques mis à disposition que dans l'expertise médicale engagée.

La **politique gériatrique de territoire** est déjà bien structurée mais elle doit désormais entrer dans une phase plus conséquente et plus concrète, tant en direction de l'aval (lien avec la cellule de coordination SSR et désormais HAD) qu'avec les structures « d'amont » du CHU vers ses urgences (EHPAD).

Il est impératif de conserver une relation « gagnant-gagnant » avec le secteur médico-social en renforçant les conventions existantes. Cet état d'esprit doit aussi présider au renforcement des relations ainsi qu'à la préservation d'une entente cordiale avec les médecins libéraux opérant dans les EHPAD auprès de leurs patients. Ces liens sont désormais cruciaux car ces acteurs de santé libéraux seront amenés à travailler plus étroitement avec l'équipe mobile gériatrique ainsi qu'avec les services hospitaliers gériatriques du CHU (au travers du numéro unique téléphonique gériatrique).

### **3.2 Prospective : les coopérations territoriales du CHU de Rouen comme phase transitoire ou complémentaire aux « Communautés Hospitalières de Territoire » ?**

Le territoire est désormais considéré par tous les acteurs de la santé comme une ressource et un levier de modernisation et d'efficacité du système sanitaire français.

Il permet une juste adéquation des moyens, un service médical et soignant rendu au plus près des besoins des populations ainsi qu'une connaissance accrue des richesses du tissu sanitaire et médico-social local.

#### **3.2.1 Articulation des cellules issues des nouvelles coopérations du CHU avec les coopérations conventionnelles :**

Il ne s'agit pas ici de nier l'importance des conventions et de la coopération inter-établissement « classique », notamment les partages de

temps médicaux, qui restent fortement d'actualité en ces temps de pénurie médicale.

Simplement, l'articulation est à mieux consolider entre ces coopérations entre établissements qui revêtent généralement un aspect global (partage de personnels, de matériels – *GIE*- ou de patients) et les nouvelles coopérations illustrées par ce mémoire qui se concentrent généralement sur un domaine déterminé ou une problématique précise.

Dans les faits, les deux types de coopérations coexistent et le projet d'établissement du CHU consacre d'ailleurs une valeur stratégique aux deux.

Lorsqu'il s'agit du **secteur sanitaire**, on s'aperçoit que ces deux types de coopération incluent souvent les mêmes établissements.

Ces nouvelles coopérations territoriales, sous la forme de cellules opérationnelles notamment, permettent d'un côté à deux établissements d'aller plus loin qu'une convention « classique » et de s'engager dans des projets innovants et ambitieux qui obligent à dépasser leurs habitudes de travail et leurs organisations respectives, et de l'autre côté, elles permettent aussi d'inclure d'autres partenaires sur des sujets précis, offrant un échappatoire à des relations bilatérales souvent complexes et démultipliant d'autant l'impact et la satisfaction des besoins des patients.

Lorsqu'il s'agit du **secteur médico-social**, ces nouvelles coopérations offrent un mode de collaboration plus « équilibré » entre deux partenaires de taille différente, où toute la "force" d'un CH, et a fortiori d'un CHU, est moins visible pour un EHPAD ou une structure de même importance puisque les partenaires se concentrent exclusivement sur un domaine précis, thème de leur coopération.

Enfin, ces modes de coopération, en prenant dans ce mémoire les exemples de cellules de coordination dans le champ de la qualité ou de la régulation des flux, mais aussi d'équipes opérationnelles dans un secteur médical précis, permettent davantage que d'autres moyens de coopération une approche territoriale, encore renforcée par la forme juridique du GCS.

Cette forme juridique du GCS, plus complète et désormais considérée comme le mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés, était relativement peu utilisée jusqu'alors entre établissements de santé, face aux peurs de perte d'identité et d'autonomie

ressenties, mais l'était davantage pour ces coopérations ciblées et moins « globales » pour un établissement de santé.

Qu'en sera-t-il avec les « Communautés Hospitalières de Territoire » à l'avenir et la prééminence du GCS ?

### **3.2.2 Articulation entre ces nouvelles coopérations territoriales et les « Communautés Hospitalières de Territoire » :**

Face aux futures CHT, qui redonnent un élan aux coopérations inter-établissements en les dépassant par une approche intégrative, diminuant d'ailleurs beaucoup les autonomies des établissements « filières », ces coopérations territoriales ciblées sont-elles dépassées et obsolètes ?

Il semble plus probable qu'elles constituent déjà une phase transitoire pour les établissements de santé concernés, les habituant à mettre en commun des moyens ou des problématiques dans une optique fortement territorialisée.

Ces coopérations territoriales tissent ainsi un réseau d'interdépendances et de réciprocité entre les établissements sanitaires et médico-sociaux d'un territoire de santé. Néanmoins, elles contribuent aussi à structurer des territoires de santé qui peuvent se présenter comme autant de blocs concurrents, structurés autour d'un établissement pivot, et non coopératifs. C'est le rôle de la tutelle, ARH puis ARS, d'éviter les situations de concurrence néfaste ou de doublons inefficaces et dispendieux mais c'est aussi indirectement le rôle transversal du CHU de participer au décloisonnement des territoires de santé entre eux.

En effet, par une participation aux réseaux régionaux, le CHU détient ainsi un rôle clef d'animateur régional et de régulateur des tensions centrifuges.

Pourtant, la perspective de « Communautés Hospitalières de Territoire » fait s'interroger sur le positionnement du CHU dans une telle logique intégrative : Quel est l'intérêt réel pour un CHU à intégrer une CHT, notamment au regard des seuils d'efficience en terme de taille critique ?

En effet, le rapport LARCHER notamment reprend l'affirmation ancienne situant entre 200 et 650 lits la taille optimale d'un hôpital lui permettant d'éviter une augmentation de ses coûts de structure: cette aune

est aussi celle des pôles d'activité des CHU destinés à assouplir et responsabiliser une gestion trop centralisée.

Or le CHU de Rouen comprend déjà 2 500 lits et places et la perspective d'une « Communautés Hospitalières de Territoire » intégrative avec les autres CH de son territoire ne semble pas raisonnable, même si une recomposition de l'offre de soins paraît inéluctable et acceptable.

On peut penser par exemple à la situation du CHU de Rouen et d'un établissement comme le CHI d'Elbeuf-Louviers, tous deux établissements du même territoire de santé, partageant déjà une convention de coopération classique (partage de temps médical) et membres du GCS 3C.

Si une CHT intégrée ne semble pas souhaitable, une CHT fédérative ne serait peut-être pas plus pertinente : le modèle de l'Assistance Publique (AP) basé sur une conception « siège-filiales » est-il plus efficace ?

Les résultats économiques que rencontrent les AP en France ne plaident pas spécialement pour ce modèle d'autant que le territoire de santé Rouen-Elbeuf est déjà atypique (900 000 habitants pour deux EPS) et ne semble pas le plus adapté à une logique dite d'intégration.

Peut-on imaginer un nouveau découpage territorial au travers des CHT qui permettrait, par exemple pour le territoire de santé Rouen-Elbeuf, le partage en 2 « Communautés Hospitalières de Territoire » autour du CHU et du CHI, chacune avec ses filiales, dans une logique de complémentarité plutôt qu'une logique d'intégration ?



## Conclusion

L'étude de ces nouvelles coopérations territoriales du CHU de Rouen a ainsi permis de s'interroger sur les moyens dont dispose un établissement de santé, en l'occurrence le CHU de Rouen dans ce mémoire, pour influencer sur son environnement et comment il peut aussi utiliser les ressources territoriales dont il dispose pour résoudre certaines de ses problématiques géographiques, sanitaires ou d'organisation interne hospitalière.

Un CHU, de par sa taille et ses moyens, dispose évidemment de davantage de leviers d'influence et son action impacte plus fortement son territoire de santé et sa région d'implantation. Mais il est intéressant de constater que ce sont des ressources territoriales, notamment dues aux coopérations, qui peuvent amenuiser des tendances socio-sanitaires locales, donc elles aussi « territoriales » en quelque sorte, qui handicapent le CHU.

Néanmoins, si le CHU doit utiliser son « *soft power* » pour son intérêt propre, il est utile de constater que cet intérêt peut aussi souvent servir les réseaux régionaux et les coopérations territoriales de par l'expertise et les moyens que le CHU amène avec lui dans tout projet. Indirectement, le CHU contribue ainsi à une certaine cohérence régionale entre territoires de santé, par les flux régionaux de patients qu'il draine vers lui et par la diversité des coopérations auxquelles il prend part et qui font de lui involontairement un « régulateur » territorial au côté des tutelles.

Au travers de ces nouvelles coopérations ciblées sur l'amélioration de la qualité des soins et sur une fluidité accrue des circuits de patients entre structures MCO et structures d'aval, il est permis de penser que la couverture des soins assurée à la population s'améliore et qu'à une efficacité accrue des circuits hospitaliers correspond aussi une offre de soins plus pertinente et mieux adaptée aux patients du territoire de santé.

Le récent projet de loi "Hôpital, patients, santé, territoires" semble indiquer une accentuation de la déconcentration, plutôt qu'une décentralisation toujours annoncée mais jamais véritablement mise en oeuvre, notamment au moyen d'un rôle accru du représentant de l'Etat dans la région, ce dernier présidant le conseil de surveillance des futures ARS.

Une territorialisation accrue n'est-elle pas finalement un moyen pour l'Etat de reprendre la main sur les EPS, via les ARS, au détriment des communes ?

Ce « retour de l'Etat » semble néanmoins s'effectuer dans une logique de régulation et de contrôle, en abaissant les niveaux de subsidiarité, tout en accentuant la régionalisation des politiques de santé.

Cette régionalisation est une vieille idée en santé, présente dès 1982 dans les travaux de Marianne BERTHOD-WURMSER et reprise en 1986 par le rapport HUMBERT qui plaçait le périmètre régional comme étant celui pertinent pour la régulation. L'avènement des ARS concrétisera cette régionalisation de la santé même si cette dernière devra être à géométrie variable : territoires de proximité, territoires de recours, CHT, régions, inter-régions... Il faut qu'à chaque échelon territorial une fonction et des responsabilités soient déterminées dans un système de santé garanti et contrôlé par l'Etat.

Néanmoins, les compétences obligatoires et les compétences optionnelles des « Communautés Hospitalières de Territoire » ainsi que leur territoire pertinent devront être soigneusement définies. En référence à l'intercommunalité qui a inspiré le rapport LARCHER, et donc la loi « HSPT » on peut souligner les risques de compétences mal réparties entre communes et intercommunalités, d'où des coûts de fonctionnement non justifiés par un service supplémentaire rendu à l'utilisateur (voir le dernier rapport de la Cour des comptes sur les limites de l'intercommunalité).

La territorialisation des politiques de santé fournit néanmoins un levier déterminant d'amélioration de la qualité des soins pour les populations locales, un moyen d'influence et d'efficacité pour tout établissement ambitieux qui s'investit dans des projets novateurs ainsi qu'un outil pertinent de rationalisation et de mutualisation de l'offre de soins régionale, tout en contribuant ainsi aux économies structurelles du système sanitaire.

*« Poser les problèmes à leur bonne échelle et les traiter à cette échelle, c'est-à-dire pratiquer un aménagement sanitaire du territoire, est un moyen de relever le défi que lance à la pérennité de notre système de santé celui du déficit de son financement.*

*Organiser la santé dans les territoires de manière graduée et emboîtée, c'est aussi placer la personne malade au cœur du système de soins et veiller, par la maîtrise des filières de soins, à la compréhension globale du patient<sup>1</sup>. »*

---

<sup>1</sup> VIGNERON, E., PERICARD, B., novembre 2006, « Les territoires au chevet de la santé – Propositions de l'atelier santé de l'IHEDATE », *Gestions Hospitalières*, N°460, pp. 643-646

---

# Bibliographie

---

## **MAGAZINES :**

- *DH MAGAZINE*, mai 2008, dossier central: « CHU-Hôpitaux de Rouen – Le mouvement dans l'équilibre », n°120, pp. 76-118
- *Hôpitaux magazine – santé et société*, avril 2007, « Reportage des régions : La Haute-Normandie – CHU de Rouen », n°2, pp. 58-70
- *Revue Hospitalière de France*, janvier-février 2008, « Dossier : stratégie de groupe », n°520, pp. 8-30

## **PERIODIQUES:**

- BARRE, S., LAROSE, D., mai-juin 2005, « Groupement de coopération sanitaire – L'âge adulte? », *Revue Hospitalière de France*, N°504, pp. 42-47
- BLAT, N., novembre 2007, « Piloter une coopération », *Gestions Hospitalières*, N°470, pp. 663-665
- BLAT, N., octobre 2007, « La coopération – Une chance supplémentaire de progrès », *Gestions Hospitalières*, N°469, pp. 549-553
- BUDET, J.M., mai 2008, « Territoires de santé et recomposition de l'offre de soins », *Gestions Hospitalières*, N°476, pp. 297-305
- CORMIER, M., 27 février 2006, « Réforme de l'hôpital – Mutations et enjeux des coopérations hospitalières », *AJDA*, N°8, pp. 416-421
- ESPER, C., janvier-février 2007, « Le groupement de coopération sanitaire : actualité et limites », *Revue de droit sanitaire et social*, N°1, pp. 117-125
- ESPER, C., mars-avril 2005, « Pôles régionaux de cancérologie et groupements de coopération sanitaire. Quelques questions », *Revue Hospitalière de France*, N°503, pp. 30-34
- PERICARD. B., décembre 2007 « AP-HP – Rencontres du management – 24 avril 2007. « Pour une régionalisation du système de santé en 2025 », *Gestions Hospitalières*, N°471, pp. 731-738
- VIGNERON, E., août-septembre 2003, « Pour une approche territoriale de la santé » et « Santé : une nouvelle donne pour des territoires cohérents – Les évolutions de l'offre », *Gestions Hospitalières*, N°428, pp. 559-560

- VIGNERON, E., HAAS, S., juin-juillet 2004, « Territoires de santé: quelle(s) méthode(s) », *Gestions Hospitalières*, N°437, pp. 477-485
- VIGNERON, E., novembre-décembre 2006, « Les territoires au chevet de la santé », *Revue Hospitalière de France*, N°513, pp. 57-62
- VIGNERON, E., PERICARD, B., novembre 2006, « Les territoires au chevet de la santé – Propositions de l'atelier santé de l'IHEDATE », *Gestions Hospitalières*, N°460, pp. 643-646

### **OUVRAGES :**

- GROUPE DE PROSPECTIVE « SANTE ET TERRITOIRES » DE LA DATAR, 2004, *Territoires de l'Hôpital et territoires de projets de santé*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris: Editions de l'Aube – DATAR, 93 p.
- VIGNERON, E., HAAS, 2008, *Les villes moyennes et la santé*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris: La Documentation française, 125 p.
- DUPONT, M., ESPER, C., PAIRE, C., 2007, *Droit Hospitalier*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris: Dalloz, 852 p.

### **LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET CIRCULAIRES :**

- Circulaire DHOS/SDO N°2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III de Haute Normandie 2006-2011, Agence Régionale de l'Hospitalisation de Haute Normandie, arrêté le 30 mars 2006.

### **MEMOIRES :**

- BILLARD, V., *Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées: l'exemple du CHU de Rouen*, Mémoire ENSP 2000. 93p.
- DEVILLERS, M., *La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire: un simple changement de structure juridique?*, Mémoire ENSP 2005, 93 p.

### **RESSOURCES INTERNET:**

- COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., mai 2008, « Les territoires de santé: des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Document de travail de l'IRDES*, DT n°10, [visité le 29.09.2008], disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsTravail.html>

- **Projet de la loi «Hôpital, patients, santé, territoires»**, [visité le 29.09.2008], disponible sur internet :  
[http://www.fhp.3cfr.com/fhp\\_circulaires/--doc--/Projet\\_loi-3.pdf](http://www.fhp.3cfr.com/fhp_circulaires/--doc--/Projet_loi-3.pdf)
- **Plan Cancer 2003-2007**, site de l'INCA, [visité le 29.09.2008], disponible sur internet :  
[http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/3\\_brochure\\_plan\\_cancer.pdf](http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/3_brochure_plan_cancer.pdf)
- **HOSPIMEDIA**, « *Territorialisation des politiques de santé* », dossier du 07.05.2008, [visité le 29.09.2008], disponible sur internet :  
[http://www.hospimedia.fr/page.php?P=data/politique\\_sante/politique\\_sanitaire/&Item=12298](http://www.hospimedia.fr/page.php?P=data/politique_sante/politique_sanitaire/&Item=12298)

### **CONFERENCES :**

- ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HÔPITAL - ADH, *Vies Journées de Rennes de l'ADH – La territorialisation au prix de l'autonomie?*, 20-21 mars 2008, Rennes, JADH, n°15, mai-juin 2008, 32 p.
- CONFERENCE DES DG DE CHRU, *Xes assises nationales hospitalo-universitaires – Le CHU porteur d'avenir*, 18-19 janvier 2007, Marseille, supplément au numéro 467 juin-juillet 2007 de *Gestions Hospitalières*, 128 p.

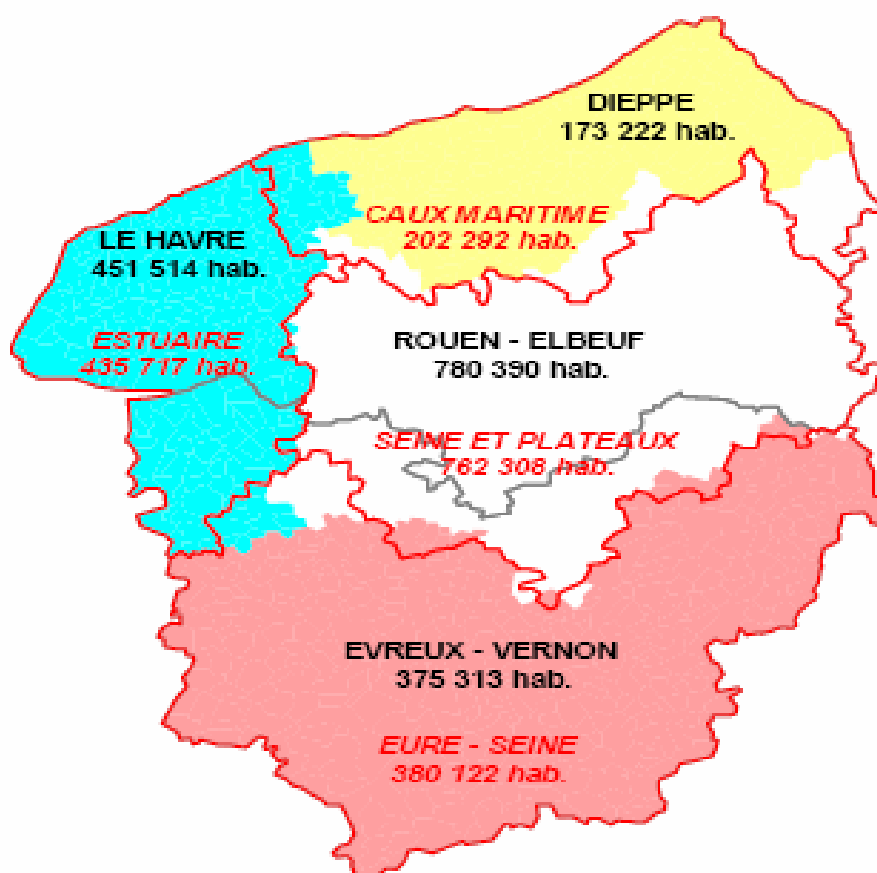
---

## Liste des annexes

---

### LES TERRITOIRES SANITAIRES EN HAUTE-NORMANDIE

Cartographie : DRASS de Haute-Normandie – PSEH – Statistique – décembre 2005  
Source : ARH Haute-Normandie



LES ANCIENS SECTEURS SANITAIRES	LES TERRITOIRES DE SANTE
<b>ESTUAIRE</b> 435 717 hab.	<b>LE HAVRE</b> 451 514 hab.

LES HOPITAUX PUBLICS ET CLINIQUES  
MEDECINE - CHIRURGIE - OBSTETRIQUE

