

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

***Batir un partenariat public privé :  
l'exemple du projet SSR à l'AP-HM***

---

**Julien EYMARD**

---

# Remerciements

---

Je souhaite remercier mon maître de stage Yann Le Bras, Chef de cabinet de M. le Directeur Général à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Serge Morel précédent Directeur des Hôpitaux Sud et M. Jean-Michel Budet, Directeur Général Adjoint de l'AP-HM pour m'avoir proposé ce sujet de mémoire professionnel.

Mes remerciements vont à Pierre Pinzelli, Directeur des Hôpitaux Sud à l'AP-HM et à l'équipe de direction de l'établissement pour m'avoir accueilli et intégré chaleureusement. Le travail effectué à leur côté fut un enrichissement personnel et professionnel.

Ma reconnaissance va également à Messieurs Jean-Michel Viton et Alain Delarque, Professeurs des Universités Praticien Hospitalier spécialistes en Médecine Physique et de Réadaptation à l'AP-HM, pour avoir éclairé et enrichi mon travail.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
<b>1. Le projet de partenariat AP-HM, cliniques Saint Martin et La Phocéenne en matière de SSR : combinaisons d'incertitudes et de nécessités stratégiques.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Un projet de partenariat répondant au défi du vieillissement de la population qui s'inscrit dans un contexte juridique, financier et stratégique en mouvement .....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Les SSR : l'affirmation de la prise en charge globale des patients.....	3
1.1.2. L'influence du financement T2A MCO sur les SSR .....	5
1.1.3. Organisation des SSR : une clarification attendue .....	5
1.1.4. Un modèle de financement des SSR en devenir.....	7
<b>I.2. Les enjeux démographiques et sanitaires au niveau local : vieillissement de la population et prise en charge insuffisante.....</b>	<b>9</b>
1.2.1. Le constat du vieillissement de la population.....	9
1.2.2. L'inégalité de la prise en charge sur le territoire de santé Bouches du Rhône Sud .....	9
1.2.3. La détermination spécifique des besoins de l'AP-HM en SSR .....	11
<b>1.3. La réorientation du site de Sainte Marguerite : une gestion efficiente au service de la stratégie médicale .....</b>	<b>13</b>
1.3.1. Projet de la clinique Saint Martin .....	13
1.3.2. Projet de la clinique La Phocéenne .....	15
1.3.3. L'implantation du CRF Valmante : la volonté de créer une prise en charge médicale associée .....	18
1.3.4. La réponse interne à l'AP-HM : une action centrée sur la personne âgée .....	19
<b>Méthodologie .....</b>	<b>20</b>
<b>2. Le partenariat AP-HM /cliniques Saint Martin, La Phocéenne : un renouvellement de l'identité de l'hôpital public ? .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1. Une version moderne de Valetudo ? .....</b>	<b>23</b>
2.1.1. Hôpital et mécanismes concurrentiels : la nouvelle donne du partenariat.....	24
2.1.2. L'externalisation : forme de développement de l'activité dans le cadre du partenariat .....	25
2.1.3. Loi versus contrat : une atteinte à l'intérêt général et au service public ? .....	26

2.2. Des conséquences de l'utilisation du contrat : le rôle central de la négociation et des acteurs de terrain.....	27
2.3. Le partenariat avec les cliniques Saint Martin et la Phocéenne conduit-il à un renouvellement de l'identité de l'hôpital public ?.....	28
<b>3. Le partenariat AP-HM cliniques Saint Martin et La Phocéenne : gestion efficiente et moderne ou succédanée de politique publique ? .....</b>	<b>30</b>
3. 1. Les conceptions guidant les partenaires : le <i>limes</i> de la santé.....	30
3.2. La mise en œuvre opérationnelle du partenariat : reflets des stratégies financière et médicale ou démembrement de l'action administrative ? .....	32
3.2.1. Réponse aux objectifs financiers et médicaux .....	32
3.2.2. Le partenariat : un démembrement de l'action administrative ?.....	33
<b>4. Enjeux et propositions d'actions dans le cadre du partenariat AP-HM / Cliniques Saint Martin et La Phocéenne .....</b>	<b>36</b>
4.1. Préconisations visant à préserver l'affectation pérenne en matière de SSR de la structure construite sur le site de Sainte Marguerite .....	36
4.1.1. Les opportunités dans le cadre de la cession du terrain .....	36
4.1.2. La préservation de l'avenir : les solutions juridiques envisageable en cas de vente de la structure par les cliniques partenaires.....	37
4.1.3. Le « label CHU » ou l'application du droit de la propriété intellectuelle au domaine foncier des EPS.....	38
4.2. Préconisations relatives aux complémentarités en matière de formation universitaire .....	39
4.3. Préconisations relatives à la prise en charge prioritaire des patients de l'AP-HM par les cliniques.....	40
4.4. Enjeux et préconisations relatifs aux coopérations et réseaux de prise en charge des patients.....	43
4.4.1. L'offre de soins en MPR à l'AP-HM : une prise en charge incomplète.....	43
4.4.2. Une prise en charge médicale multiniveaux pour une valorisation de l'activité ....	44
4.4.3. Les modifications d'organisations de l'AP-HM inhérentes à la mise en œuvre des partenariats.....	45
<b>Conclusion.....</b>	<b>47</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>49</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP-HM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

AOT : Autorisation d'occupation Temporaire

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ATIH : Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEH : Bail Emphytéotique Hospitalier

CA : Conseil d'Administration

CCM : Comité Consultatif Médical

CdARR : Catalogue des actes de rééducation, réadaptation réinsertion

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CRF Valmante : Centre de Réadaptation Fonctionnelle

CSP : Code de la santé publique

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENC : Echelle Nationale des Coûts

EPS : Etablissement Public de Santé

FHF : Fédération Hospitalière de France

FHP : Fédération Hospitalière Privée

GHJ : Groupe Homogène de Journées

GMD : Groupe de Morbidité Dominante

HAD : Hospitalisation à domicile

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MPR Médecine Physique et de Réadaptation

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PFI : Private Financial Initiative

PPP. Partenariat public privé

RRF : Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle

SSIAD : Service de soin Infirmier à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

T2A : Tarification à l'activité

UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements de la Caisse d'Assurance Maladie

USLD : Unité de soins de longues durées

## Introduction

Valeduto, <sup>1</sup>

divinité romaine de la santé, était invoquée comme protectrice de la santé de l'Empereur, personnification de l'Empire Romain récemment établi, et incarnait le passage sur les territoires conquis de l'ordre ancien à une nouvelle conception symbolique et politique du gouvernement.

L'objet de ce mémoire peut paraître éloigné de l'Empire romain et de Valetudo pourtant, il convient de noter que l'hôpital public connaît aujourd'hui une mutation dans sa culture de travail, dans son management, dans son mode de gestion, portés par des outils juridiques et un discours centrés sur les notions de partenariat, de coopération avec le secteur privé afin de répondre à l'impératif économique de rentabilité.

Les frontières entre l'hospitalisation publique et privée sont perméables, sans pour autant disparaître, donnant l'impression de connaître l'époque des « *limes* »<sup>2</sup> de la santé, placés sous la protection d'une version moderne de Valetudo, qui reste sans doute encore à définir.

Ce changement, loin d'être une projection de l'esprit, est le reflet d'une orientation politique au sein des sociétés modernes transposant les concepts de rentabilité et d'efficacité à des institutions comme l'hôpital, dans le but de répondre aux défis sociaux, démographiques et sanitaires tels que le vieillissement de la population.

L'introduction du modèle de l'entreprise se traduit par un changement de la culture hospitalière où l'acteur gestionnaire, le Directeur d'Hôpital, prend une place fondamentale dans l'application concrète de l'outil partenarial mais aussi dans sa définition.

Cette marge de manœuvre du gestionnaire, laisse place à une obligation de créativité motivée par une obligation de résultat. L'originalité du manager hospitalier est liée à la spécificité de l'hôpital et des enjeux sanitaires sur un territoire de santé donné.

---

<sup>1</sup> Marcus Vipsanius Agrippa, (63 av J-C. - 12 av. J-C) général et homme politique romain, ami et gendre de l'Empereur Auguste imposa " Valetudo " comme protectrice de la santé, la substituant aux dieux régionaux, tout en développant avec ses ingénieurs une politique de valorisation et d'aménagement des nouveaux territoires romains

<sup>2</sup> Le limes est le nom donné aux systèmes de fortifications romains établis au long de certaines des frontières de l'Empire, dans un but défensif mais aussi commercial et douanier

En cela, la logique managériale doit composer et peut parfois se heurter à la logique juridique.

On remarque ici le paradoxe d'un acteur public porteur de changement, conformément aux orientations politiques, conduit à adapter les règles juridiques censées lui permettre de mener à bien ce projet.

La redéfinition de l'identité de l'hôpital agissant dans le cadre d'un partenariat avec le secteur privé est la conséquence de décisions opérationnelles, pragmatiques, guidées le plus souvent par des impératifs politiques et stratégiques d'ordre sanitaire et financier.

Le présent mémoire se propose d'analyser le contexte préalable à la mise en œuvre d'un partenariat public-privé.

A cet égard, il est intéressant d'étudier la capacité d'une institution sanitaire publique à :

- Répondre au défi du vieillissement de la population, par la prise en charge des personnes âgées
- Mettre en œuvre une politique publique de partenariat avec le secteur privé tout en restant attachée au service public hospitalier
- Associer l'efficacité de la gestion avec la définition d'orientations stratégiques en matière sanitaire.

Le projet de partenariat AP-HM, cliniques Saint Martin et La Phocéenne, représente une combinaison d'incertitudes et de nécessités stratégiques, faisant émerger une identité hospitalière renouvelée, issue de la confrontation entre les logiques privées et publiques.

L'analyse de la pertinence de la mise en œuvre opérationnelle du partenariat conduit à formuler des propositions d'actions centrées, sur la préservation de la pérennité de l'activité des cliniques en matière de SSR et les stratégies de complémentarités et de réseaux.

# **1. Le projet de partenariat AP-HM, cliniques Saint Martin et La Phocéenne en matière de SSR : combinaisons d'incertitudes et de nécessités stratégiques**

## **1.1. Un projet de partenariat répondant au défi du vieillissement de la population qui s'inscrit dans un contexte juridique, financier et stratégique en mouvement**

### **1.1.1. Les SSR : l'affirmation de la prise en charge globale des patients**

L'origine historique des soins de suite et de réadaptation (SSR) peut être déterminée dans le serment de l'Ecole de Cos. Le texte d'Hippocrate pose avec force, le caractère global du soin médical et l'obligation d'accompagner le patient : « Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. »<sup>3</sup>

Ainsi le soin ne s'arrête pas à la phase aiguë de la maladie mais il doit se poursuivre dans la proposition d'une hygiène de vie adaptée ou de toute mesure visant à faciliter une récupération d'un état de santé optimal.

Longtemps assimilés à la notion de convalescence puis à la réadaptation, les soins de suite et de réadaptation, (SSR) sont progressivement devenus une discipline à part entière, dont le champ d'étude s'est considérablement étendu.

Cette évolution s'est traduite par une multiplication de termes : la réadaptation, la rééducation, la réinsertion, la réintégration, la rééducation fonctionnelle, la réadaptation fonctionnelle, la réhabilitation, la médecine physique et de réadaptation qui ne facilitent ni le repérage ni la modélisation.

De nos jours les SSR remplacent le terme de moyen séjour, conformément au Code de la Santé Publique.

---

<sup>3</sup> Version primitive du texte d'Hippocrate rapportée par le Littré

L'article L. 6111-2 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que les soins de suite ou de réadaptation (SSR) sont dispensés par les établissements de santé concernés, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion globale du patient.

La circulaire n°97-841 du 31 décembre 1997 définit cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisant la prise en charge en soins de suite ou réadaptation.

Il s'agit de :

- La limitation des incapacités et des handicaps dans le cadre de sa mission de réadaptation,
- La restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement psychologique et la restauration des rythmes,
- L'éducation du patient et éventuellement de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention,
- La poursuite et le suivi des soins et du traitement à travers son adaptation, son équilibration, la vérification de l'observance par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels. Une attention particulière sera portée au traitement de la douleur.
- La préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aide à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle.

La même circulaire pose le principe de continuité des soins comme fil conducteur en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation qui ont pour objectif final « *la réinsertion des malades, de façon prioritaire à domicile ou parfois dans une institution sociale ou médico-sociale si leur état stabilisé le requiert* ».

Les SSR se trouvent ainsi à l'interface de différentes spécialités médicales, en intervenant à des stades différents de la prise en charge médicale et sociale de la personne. Cette spécificité impose de concevoir une stratégie d'adaptation constante des structures de SSR aux besoins sanitaires de la population, conséquences des évolutions sociales et démographiques.

Le développement des lits de SSR est également conditionné par l'évolution de la réglementation et le mode de tarification de ces derniers.

### **1.1.2. L'influence du financement T2A MCO sur les SSR**

Si l'activité ne constitue pas, pour le moment, le fondement du financement des SSR, l'impact de la tarification à l'activité (T2A) sur les services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) a modifié le rôle et les modes de prise en charge des patients en soins de suite et de réadaptation.

La T2A a accentué la pression à la baisse qui s'est développée ces dernières années sur les durées de séjour dans les services de MCO. Cette pression se répercute sur les lits d'aval des services de MCO, notamment les lits de SSR, ce qui impose un nombre suffisant de lits et une bonne fluidité entre les services. Les établissements publics de santé (EPS) qui ne peuvent se permettre de garder en réanimation, en médecine et en chirurgie des patients pour une durée supérieure à la durée moyenne de séjour (DMS) en raison d'un manque de disponibilité en SSR.

La pression à la baisse des durées de séjours pose aussi la question de l'aval des services de SSR. La notion de fluidité de la filière de soins est alors primordiale. Les liens entre les différents services qui prennent en charge un même patient doivent être resserrés, afin de permettre les orientations les plus efficaces et les plus précoces possibles.

Cette nouvelle donne au sein des services hospitaliers financés par la T2A rend cruciales l'organisation et les conditions techniques d'exercice des SSR. Une clarification est aujourd'hui apportée par la législation, mais demande une période d'adaptation et de mise en œuvre concrète.

### **1.1.3. Organisation des SSR : une clarification attendue**

Le projet d'implantation des cliniques Saint Martin et La Phocéenne s'inscrit dans un contexte réglementaire en mutation laissant une part d'incertitude quant aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Les autorisations, qui avaient été à l'origine conçues pour le seul secteur privé, étaient délivrées de façon différenciées aux soins de suite et à la Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (RRF), par type de population et de prise en charge. Il en résultait une grande complexité, inhérente à la grande diversité et des contours flous des activités de ces structures, souvent à la limite des soins de suite et de la rééducation, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées.

Cette incertitude n'a été levée définitivement qu'avec la parution des décrets n°2008-376 du 17 avril 2008, relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et n° 2008-377 du 17 avril 2008, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Ces deux décrets replacent les soins de suite et de réadaptation dans le parcours du patient en les intégrant dans une filière de soins coordonnée<sup>4</sup>.

Afin d'assurer une prise en charge optimale des patients, la notion de coopération entre les établissements de santé est affirmée notamment sur les aspects suivants :

- recours aux plateaux techniques ;
- participation à l'aval des urgences ;
- équipes pluri professionnelles ;
- conditions particulières de prises en charge des différentes spécialités ;
- conditions particulières de prise en charge des enfants.

Le décret intègre également une dimension territoriale nouvelle, avec une distinction entre les activités de recours, et les activités de proximité. Cette nouvelle réglementation supprime donc la distinction entre soins de suite et RRF, au profit de la notion de SSR spécialisés, avec une organisation territoriale graduée.

Bien que le décret apporte une cohérence et une lisibilité en matière de SSR, une période d'adaptation et d'intégration de ces modifications, est indispensable.

Cette nouvelle réglementation entraîne par exemple, une révision des SROS III par un avenant SSR, ainsi qu'une mise en conformité des autorisations en cours, dans un délai de 2 ans.

---

<sup>4</sup> WITTMANN. M-F. le 23 avril 2008, Note sur les soins de suite et de réadaptation, Fédération Hospitalière de France / Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale

S'ajoute à cette période d'adaptation des établissements de SSR aux nouvelles dispositions réglementaires, une inconnue relative au mode tarification. Le passage des activités SSR à la tarification à l'activité est annoncée mais produira ses effets après la mise en œuvre et l'ouverture des cliniques privées sur le site de Sainte Marguerite.

#### **1.1.4. Un modèle de financement des SSR en devenir**

Cette réforme ne pourra donner sa pleine mesure qu'en liaison avec celle du financement. Les SSR devraient en effet entrer dans le champ de la tarification à l'activité à l'horizon 2010-2011, après une phase d'expérimentation.

Une première version de l'échelle nationale des coûts (ENC) spécifique aux SSR a été publiée en 2000, mais demande à être révisée.<sup>5</sup>

Les enjeux de la réforme SSR sont une cohérence avec le financement MCO et avec la nouvelle réglementation relative aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement des établissements SSR. En effet, la différence de financement entre le MCO et les SSR entraîne aujourd'hui des distorsions.

Une compensation juste des transferts de charges des activités MCO vers les SSR (du fait de la T2A en MCO), est un préalable indispensable à la mise en place de filières de soins.

Par ailleurs, la prise en compte de la diversité et de la spécificité des SSR et de la dépendance, exige l'adoption d'indicateurs pertinents.

Pour l'élaboration du "modèle cible", l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fonde l'attribution sur l'activité et sur une composante médicale de l'activité. Ainsi, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a proposé quatre "*compartiments de financement*" :

1. l'activité,<sup>6</sup>
2. les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC),
3. les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux
4. les plateaux techniques très spécialisés.

---

<sup>5</sup> Mission T2A : Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR

<sup>6</sup> Hospimedia le 29/05/2008, Les établissements SSR sur le point de passer le cap. –

L'objectif affiché de cette division en quatre compartiments est de proposer aux établissements plus d'équité et plus d'adaptabilité.<sup>7</sup>

Cependant, une phase de transition est nécessaire avant le passage à cette tarification. Pierre Metral a rappelé que, pour valoriser l'activité, les groupes homogènes de journées (GHJ) en cours dans les établissements SSR ont des limites connues pour établir un modèle de T2A.

Ainsi, une nouvelle classification SSR est à construire, pour établir une nouvelle étude nationale des coûts (ENC) en 2009. De même, les GHJ céderont la place à des groupes de morbidité dominante (GMD) qui tiennent plus compte de l'aspect médical et des différentes composantes qui coexistent dans l'activité de soins de suite. Enfin, un catalogue des actes de rééducation, réadaptation, réinsertion (CdARR) devrait être refondu.

Deux étapes préalables sont nécessaires à l'instauration de la nouvelle tarification : une étape d'analyse de faisabilité par les données avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et une étape de simulation en région pour analyser la pertinence du modèle.

L'Ile de France est une des régions sélectionnée pour la prochaine étape, relative à l'analyse du positionnement et la crédibilité du système.

Un appel à candidature pour exploiter la pré T2A va être lancé entre juin et septembre. Les établissements retenus seront formés au cours du quatrième trimestre. Le démarrage du recueil aura lieu entre 2009 et 2010 ainsi que la refonte du CdARR et l'ajustement des GMD.

Entre 2011 et 2012, les données ENC SSR 2009 seront exploitées et une nouvelle classification sera construite et publiée à partir de ces données. Enfin, une nouvelle nomenclature pour les actes de rééducation, réadaptation, réinsertion sera aussi publiée. Ainsi, même si l'expérimentation du modèle pré T2A demande d'établir des modifications conséquentes, la montée en charge de ce modèle se fera de manière progressive pour les établissements volontaires.

---

<sup>7</sup> Pierre Metral, adjoint du service des classifications et information médicale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de Lyon a indiqué, à l'occasion d'une conférence du Collège national de l'information médicale (CNIM) à Hôpital Expo Intermedica 2008, que des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) volontaires démarreraient en 2009 l'expérimentation d'un modèle pré T2A. Ce modèle cible, établi par l'ATIH, intervient alors que le modèle de financement actuel est hétérogène, très peu médicalisé, ne garantit aucune équité et peu adapté aux évolutions de l'activité des établissements, explique Pierre Metral

Le mode financement des activités de SSR constitue une interrogation fondamentale dans le cadre du projet de partenariat. Pourtant il est impérieusement nécessaire de répondre aux besoins sanitaires de la population et quantifiés par le SROS.

## **I.2. Les enjeux démographiques et sanitaires au niveau local : vieillissement de la population et prise en charge insuffisante**

### **1.2.1. Le constat du vieillissement de la population**

Un des enjeux associé à l'implantation des cliniques Saint Martin et La Phocéenne sur le site de Sainte Marguerite est la démographie au niveau de la région et du territoire de santé Bouches du Rhône Sud.

Le projet d'implantation des cliniques Saint Martin et La Phocéenne sur le site de l'hôpital Sainte Marguerite a été conçu dans un contexte démographique et sanitaire spécifique à la région Provence Alpes Côtes d'Azur et plus précisément au territoire de santé Bouches du Rhône Sud.

Le territoire de santé Bouches du Rhône Sud est le plus peuplé de la région PACA. Cette tendance démographique s'accroîtra sur la période 2005 / 2011, marquée par une hausse de 2,5 % de la population.

Le territoire de santé 6 comptera en 2010, 123 551 personnes âgées de plus de 75 ans. En outre, bien que la progression de cette tranche d'âge soit moins importante que dans l'ensemble de la région, la part occupée par les personnes de plus de 75 ans représente nettement plus de la moitié des patients accueillis en soins de suite et plus du tiers des patients accueillis en Réadaptation Fonctionnelle (RF).

### **1.2.2. L'inégalité de la prise en charge sur le territoire de santé Bouches du Rhône Sud**

L'offre de soins de suite bien qu'excédentaire sur l'ensemble de la région est inégalement répartie. Ce déséquilibre se traduit par des capacités d'accueil insuffisantes dans l'Ouest de la région et notamment sur le territoire des Bouches du Rhône Sud.

De plus, l'équipement en soins de suite est inférieur à la moyenne régionale<sup>8</sup>, alors que l'équipement en court séjour est nettement supérieur à la moyenne régionale. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) SSR rappelle à ce propos que la capacité en lits de soins de suite sur le territoire des Bouches du Rhône Sud est inférieure à la moyenne régionale d'équipement (1,2‰ au lieu de 1,7‰).

Entre juin 1997 et mars 2002, le nombre de lits et places de SSR a diminué de 6,3% des capacités autorisées.<sup>9</sup>

Les difficultés de prise en charge de patients en suite et de réadaptation sur le territoire de santé 6 sont accentuées par l'absence de structure d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation au sein de l'AP-HM.

En effet, au moment du lancement de l'appel à projet, le 14 septembre 2005, l'AP-HM ne dispose pas de structure d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation.

Des difficultés de fonctionnement sont recensées parmi les établissements de court séjour qui font état d'un engorgement lié aux difficultés d'accès aux SSR (l'échantillon régional analysé a évalué à 5 % la proportion de patients relevant de SSR et maintenus par défaut en court séjour). A l'évidence, les difficultés de placement sont proportionnelles à l'état de dépendance et à l'âge des patients (+ de 75 ans).

L'insuffisance de médicalisation des structures de soins de suite est également largement évoquée par les services de courts séjours comme un frein au transfert en SSR.

Les établissements de SSR font également état d'un engorgement lié aux difficultés d'accès aux structures d'aval <sup>10</sup>(Unité de Soins de Longues Durées (USLD), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Hospitalisation à Domicile (HAD), Service de Soins Infirmier à Domicile) (SSIAD). Ces difficultés sont essentiellement liées à la dépendance des patients, à l'isolement familial, aux problèmes sociaux et au déficit en structures d'aval.

---

<sup>8</sup> Taux d'équipement de 2,4‰

<sup>9</sup> SROS SSR PACA

<sup>10</sup> 18 % des établissements de soins de suite ne font état d'aucune convention avec un court séjour

### 1.2.3. La détermination spécifique des besoins de l'AP-HM en SSR

Les différents services de l'établissement sont confrontés à des difficultés d'orientation vers des structures adaptées à l'issue du court séjour.

Le dégagement du court séjour paraît donc un objectif prioritaire, d'autant plus que « l'AP-HM signale d'énormes difficultés de placement en soins de suite ». <sup>11</sup>

Différentes délibérations soumises successivement au Conseil d'Administration de l'établissement (Délibération S1 du 25 juin 2004, S2 du 24 juin 2005 et S1 du 21 octobre 2005) ont précisé les conditions de développement des activités de soins de suite et de réadaptation. <sup>12</sup>

Dans ce contexte l'AP-HM a mené en 2004 une étude dans les services de court séjour auprès des patients dont la durée de séjour est supérieure à 30 jours et qui sont dans l'attente d'un placement en SSR a montré que les besoins potentiels du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pouvaient être évalués à 211 lits.

Ci dessous le tableau récapitulatif des capacités potentielles en lits de SSR en 2005

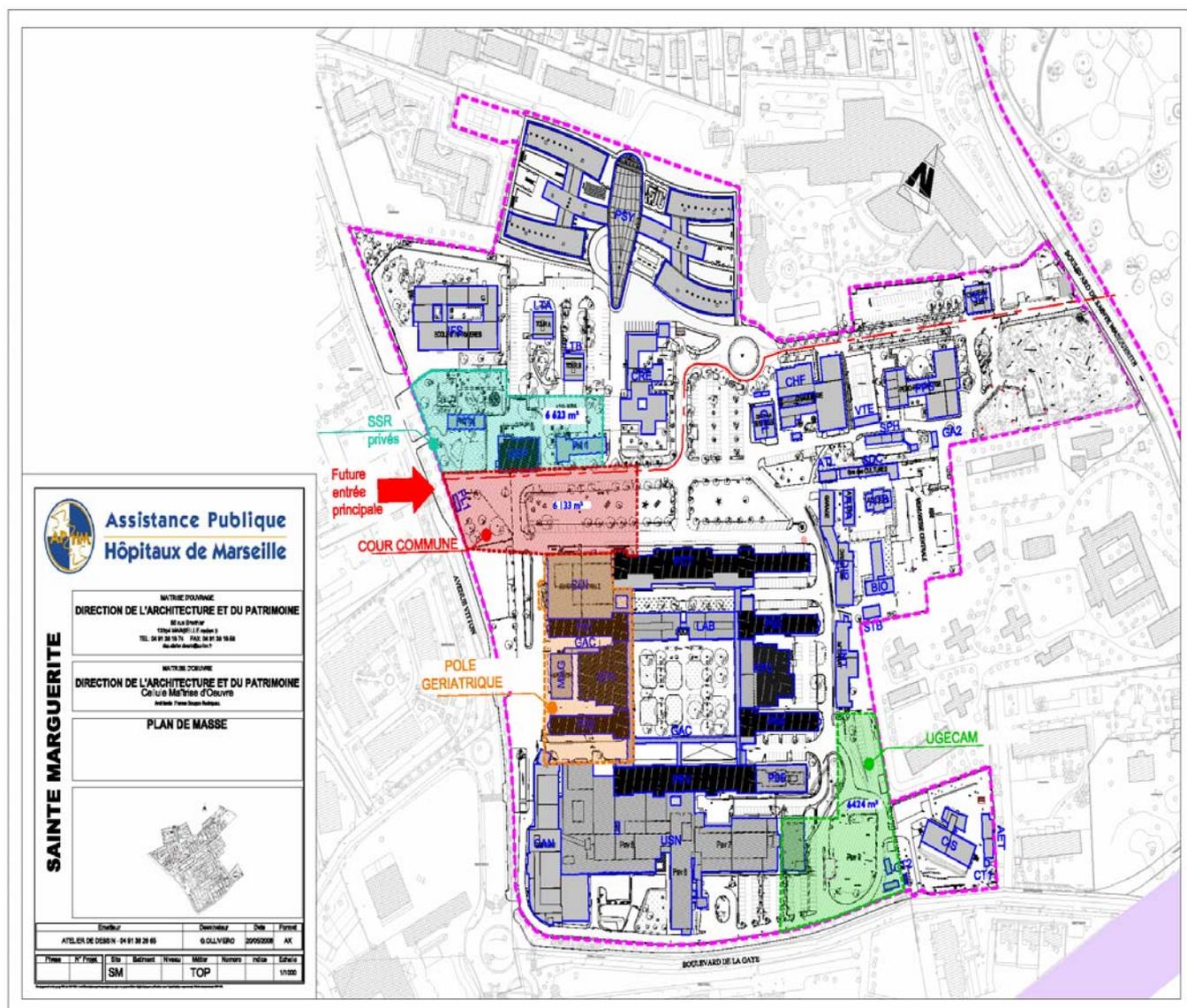
	Timone Adultes	Timone Enfants	Hôpital Nord	Conception	Hôpitaux Sud
Nombre de séjours > 30 jours <sup>13</sup>	558	296	691	523	707
DMS- 30 jours des séjours > 30 jours	20	30	19	23	22
Taux d'occupation cible	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
Journées réalisées	11 311	8 924	13 021	12 203	15 870
Journées théoriques	14 139	11 155	16 276	15 254	19 838
<b>Capacités potentielle en lits</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>45</b>	<b>42</b>	<b>54</b>

<sup>11</sup> SROS SSR PACA p 23

<sup>12</sup> Appel à projets formulé par l'AP-HM le 14 septembre 2005

<sup>13</sup> Les journées de permission, d'absence et de réanimation étant décomptées de la durée de séjour

Une étude lancée pour le Plan Directeur des Hôpitaux Sud a privilégié un emplacement pour la future implantation du projet :



Le bâtiment se situe sur la gauche, près de la future entrée principale de l'hôpital Sainte Marguerite, avenue Vitton, sur une parcelle délimitée à l'Ouest par l'IFSI de Sainte Marguerite, au Nord par le nouveau pôle de psychiatrie et à l'Est par la crèche. Le bâtiment sera construit sur une surface estimée à 6623 m<sup>2</sup> et sera adossé à une cour commune d'une surface de 6133 m<sup>2</sup>. Le sous sol 1500 m<sup>2</sup> sera réservé aux emplacements de stationnement.

### 1.3. La réorientation du site de Sainte Marguerite : une gestion efficiente au service de la stratégie médicale

L'utilisation des partenariats avec les cliniques Saint Martin et La Phocéenne d'une part et avec le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Valmante (CRF) d'autre part, constitue un volet de la stratégie médicale de l'établissement.

La mise en œuvre du projet d'établissement conduit à effectuer une priorisation des actions à mener. Si l'on se réfère à la source de financement des projets, on peut noter que les actions premières de l'institution sont financées au moyen de l'argent public. Les actions secondaires s'appuient sur les partenariats, qui présentent l'avantage de transférer le coût financier aux partenaires privés tout en assurant les obligations définies par la tutelle et le projet d'établissement.

#### 1.3.1. Projet de la clinique Saint Martin

<b>Nombre total de lits</b>	90		
<b>Répartition des lits</b>	Section neurologique	60	2/3 AVC 1/3 maladies dégénératives ou neuromusculaires
	Section orthopédique	30	Structure de rééducation fonctionnelle dans le cadre des pathologies de l'appareil locomoteur
<b>Provenance MCO</b>	86 %		
<b>Retour à domicile</b>	81 %		
<b>Projet hôtelier et organisation logistique</b>	Surface	5600 m <sup>2</sup>	Plateau technique Secteur d'hospitalisation Accueil et services administratifs

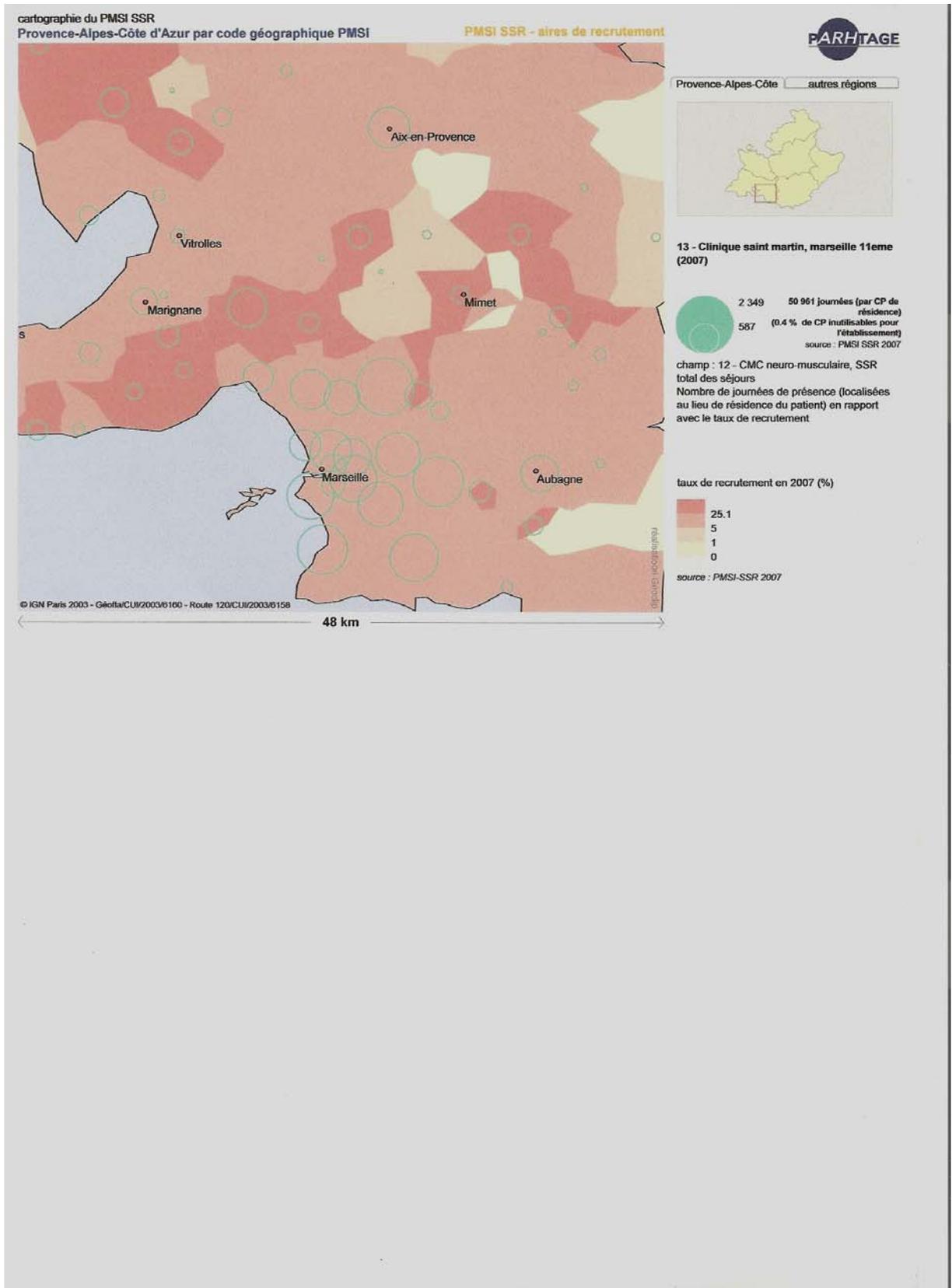
La clinique Saint Martin prendra en charge sur les 60 lits de la section neurologique, les patients atteints ayant subi des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et souffrant de maladies dégénératives ou neuromusculaires.

En outre, elle accueillera les patients relevant de la rééducation fonctionnelle dans le cadre des pathologies de l'appareil locomoteur.

Il est à noter que sur les 593 patients refusés par la clinique Saint Martin en 2004, 54% étaient en provenance des services de court séjour de l'AP-HM selon les données issues du Département d'Information Médicale de la clinique Saint Martin.

Néanmoins, la clinique Saint Martin admet chaque année 500 patients en provenance des services de l'AP-HM soit 48,4 % des entrées de la clinique en 2004. En

outre, elle est associée par un contrat d'association depuis le 1<sup>er</sup> juin 1978 par lequel la clinique s'engage à recevoir des malades hémi, para ou tétraplégiques adressés par l'AP-HM et par une convention relative à l'accueil d'internes de spécialité validant le choix de fin d'études dans les services de la clinique.



La carte ci dessus présente la place de la clinique Saint Martin dans la prise en charge pour la CMC neuromusculaire. La prise en charge est quantifiée en nombre de journées de présence en rapport avec le taux de recrutement. On peut noter que la clinique Saint Martin possède un taux de recrutement en 2007 sur les territoires de santé Bouches du Rhône Nord et Sud, compris au minimum entre 5 % et 25,1 %, voire supérieur à 25,1% dans certaines communes.

Avec 50 961 séjours recensés, la clinique Saint Martin est au premier rang des établissements SSR de la région Provence Alpes Côtes d'Azur (PACA) pour la prise en charge des pathologies lourdes.

En outre, la structure de Sainte Marguerite accueillera prioritairement les personnes âgées afin de développer une prise en charge spécifique<sup>14</sup>.

### 1.3.2. Projet de la clinique La Phocéenne

<b>Nombre total de lits</b>		80	
<b>Répartition des lits</b>	S.S.R. polyvalents à orientation gériatrique	40	2 unités
		40	
<b>Projet hôtelier et organisation logistique</b>	Plateau technique Secteur d'hospitalisation Accueil et services administratifs		

La clinique La Phocéenne exploitera 80 lits de SSR polyvalents à orientation gériatrique.

Ces lits seront destinés à accueillir en priorité des patients hospitalisés dans les structures de court séjour de l'AP-HM et présentant une polypathologie incompatible avec un programme de rééducation ou une déficience cognitive sévère rendant impossible leur participation à la rééducation, et intolérable à l'effort durable (moins d'une heure de soin de rééducation par jour), avec toutefois la nécessité de bénéficier de soins de kinésithérapie et/ou d'ergothérapie pour limiter la dépendance.

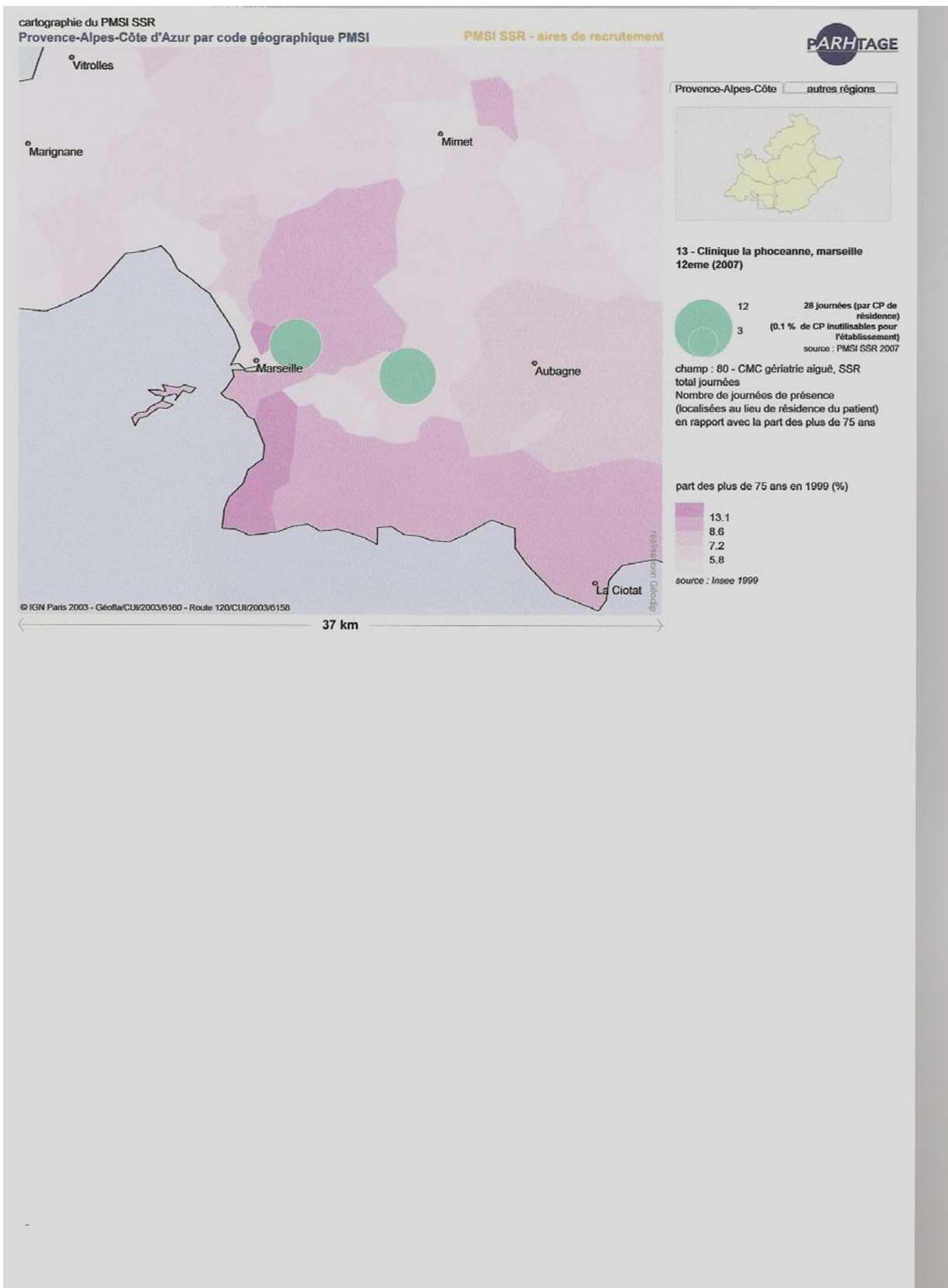
Les modalités de prise en charge des patients seront adaptées à une population spécifique âgée de plus de 75 ans, poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance et ne relevant pas d'un service spécialisé de SSR<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Entretien avec F-M Giocanti, Directeur général de la clinique Saint Martin le 16 septembre 2008

Les patients accueillis seront des patients non stabilisés provenant des services d'urgences (approche vitale), des services spécialisés (médecine d'organe) ou en court séjour gériatrique. L'admission dans cette unité pourra également se faire directement sans passage préalable dans un service de soins de suite et de réadaptation.

---

<sup>15</sup> Réponse de la clinique La Phocéenne à l'appel à projet de l'AP-HM en matière de SSR en date du 23 décembre 2005



La carte ci dessus présente le nombre de journées de présence recensées en CMC Gériatrie Aigue SSR, pour la clinique La Phocéenne.

Le nombre de journées est mis en rapport avec la part exprimée en pourcentage des plus de 75 ans dans la population.

On peut noter que le sud de l'agglomération marseillaise a une part de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à 13,1 %. La clinique La Phocéenne est faiblement présente sur ce secteur avec 28 journées contrairement à la clinique Saint Martin sur le secteur de la prise en charge des pathologies neuro-orthopédique. Or, l'hôpital Sainte Marguerite est le référent pour les quartiers sud de la ville. Une position qui ouvre une patientèle potentiellement importante pour le partenaire privé.

La réponse ainsi apportée par l'AP-HM aux besoins du territoire de santé Bouches du Rhône Sud conduit en sus du partenariat avec les cliniques Saint Martin et La Phocéenne, à mettre en œuvre d'autres projets en matière de SSR.

### **1.3.3. L'implantation du CRF Valmante : la volonté de créer une prise en charge médicale associée**

Ainsi, l'évolution des Hôpitaux Sud se traduit par l'implantation du Centre de Réadaptation Fonctionnelle Valmante appartenant à l'Union pour le Gestion des Etablissements de la Caisse d'Assurance Maladie (UGECAM) Provence Alpes Côtes d'Azur Corse, au moyen d'une Autorisation d'Occupation Temporaire (AOT) créatrice de droits réels sur le domaine public pour une durée négociée estimée à environ 40 ans. Le bâtiment construit dans le cadre de ce partenariat sera à la charge de l'occupant et occupera une surface estimée à 6424 mètres carrés.<sup>16</sup> Cet établissement spécialisé dans les SSR accueillera 110 lits d'hospitalisation complète et 40 lits d'hôpitaux de jours.

Ce projet permettra de développer un partenariat médical et une mutualisation des prestations logistiques entre l'AP-HM et l'UGECAM.

Le partenariat médical s'articule autour de la prise en charge par le service de MPR de l'AP-HM de 60 des 110 lits d'hospitalisation complète de l'UGECAM, au moyen d'une convention hospitalo-universitaire. En outre, la proximité physique entre l'hôpital et le CRF Valmante conduira ce dernier à utiliser les plateaux de radiologie et de biologie du site.

Les mutualisations logistiques entre les deux établissements sont en cours de définition. L'AP-HM se place en position de prestataire de services concernant le traitement des déchets, de la fonction linge, de la restauration.

---

<sup>16</sup> Cf. Plan du site Plan de la Direction de l'Architecture et du Patrimoine faisant apparaître les projets stratégiques du site de Sainte Marguerite page 13 du mémoire

#### **1.3.4. La réponse interne à l'AP-HM : une action centrée sur la personne âgée**

L'AP-HM, <sup>17</sup> a décidé de constituer deux pôles localisés sur le secteur Sud et le secteur Nord comprenant chacun des unités de court et de moyen séjour destinées aux soins de suite et de réadaptation gériatrique, et des équipes mobiles intra-hospitalières. Les patients seront hospitalisés soit à partir des urgences soit par admission directe en liaison avec le réseau ville-hôpital. Le pôle gériatrie Court, Moyen, Long Séjour du secteur Sud comprendra dans un premier temps 60 lits de courts séjour gériatrique, par l'augmentation des capacités d'hospitalisation du service de médecine interne et gériatrie existant sur le site et dont l'ensemble des lits sera requalifié en gériatrie. Cette capacité sera portée à environ 75 lits avec la relocalisation du service de gériatrie de la Conception sur le secteur Sud. Dans un premier temps, 60 lits de moyen séjour ouvriront. La mise en œuvre de l'autorisation de 60 lits de SSI délivrée à l'APHM permettra de générer une activité égale à 19 710 journées. <sup>18</sup>

En outre, le projet médical de l'AP-HM prévoit la création de 25 lits de réadaptation fonctionnelle et Soins de Suite ainsi que 5 places d'hôpital de jour.

La prise en charge des patients s'appuiera sur des urgences spécialisées et un plateau technique d'imagerie performant. Les prises en charges psychiatriques du sujet âgé seront coordonnées par le pôle de psychiatrie universitaire implanté dans l'enceinte des Hôpitaux Sud.

L'ensemble de ces services seront regroupés dans le cadre de l'« hôpital gériatrique » à l'horizon 2012.

Le bâtiment abritera, en sus, un pôle social, le réseau de gériatrie ville/hôpital des quartiers sud de Marseille et une l'équipe mobile de gériatrie.

---

<sup>17</sup> Projet médical AP-HM 2004-2009 p 24-25

<sup>18</sup> SROSS 3 SSR PACA

## **Méthodologie**

### Détermination du périmètre du mémoire

Le premier travail effectué dans le cadre du mémoire professionnel a été la détermination du champs couvert par la notion de SSR. L'étude des SSR a pour objectif de comprendre :

- la place de la discipline dans la prise en charge du malade sur le plan médical et médico-social,
- le mode de financement et les évolutions possibles de ce dernier,
- l'organisation des structures

Les éléments juridiques, loi, décrets, circulaires, notes de la FHF, dispositions du Code de la Santé Publique, mais aussi les mémoires professionnels de l'ENSP ont nourri et affiné ma réflexion.

### Etude du contexte local

Cette connaissance générale est complétée par l'analyse des contextes sanitaire, démographie, stratégique propres au territoire de santé Bouches du Rhône Sud. Les ressources utilisées à cette fin sont diverses : SROS SSR PACA, site internet Parhtage, appel à projet formulé par l'AP-HM, réponses à l'appel à projet formulées par les cliniques. L'objectif était de comprendre les enjeux et les contraintes qui s'imposaient aux partenaires et de saisir la pertinence des réponses apportées par l'AP-HM.

### Analyse des réponses à ce contexte

L'une des réponses apportées par l'AP-HM aux besoins sanitaires du territoire de santé Bouches du Rhône Sud est le partenariat. L'analyse de rapports officiels, d'ouvrages vise à déterminer l'impact du partenariat sur l'organisation hospitalière et ces valeurs.

La première conclusion tirée a été le rôle central de l'acteur de terrain dans le cadre de la négociation qu'autorise le procédé contractuel.

### Formulation d'hypothèse

Cette analyse m'a conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle le partenariat, en tant que procédé négocié, pouvait renouveler l'identité de l'hôpital. A l'appui de cette hypothèse,

j'ai utilisé les nombreux échanges informels que j'ai eu avec les acteurs du partenariat, (Directeurs d'hôpital, médecins, avocats conseils de l'hôpital) et des articles de périodiques relatif à la conduite d'une coopération.

### Mise à l'épreuve de l'hypothèse

Il convenait de confronter cette hypothèse de renouvellement de l'identité de l'hôpital à la réalité de la stratégie des partenaires.

L'entretien avec le Directeur Général de la clinique Saint Martin, (le Directeur Général de la clinique La Phocéenne n'a pas donné suite à mes demandes de rendez-vous) m'a permis d'étudier les motivations, les représentations, la logique interne d'un partenaire privé. L'entretien semi directif d'une durée d'environ trente minutes a eu lieu à la clinique Saint Martin. Il a été retranscrit au moyen d'une prise de note à la main. Le guide d'entretien semi directif est placé en annexe I.

### Reformulation de l'hypothèse

A l'issue de cet entretien l'hypothèse a évolué vers une conception basée sur une séparation entre le secteur public et le secteur privé tout en partageant des intérêts réciproques. L'analyse des comptes rendu de réunions visaient à faire apparaître la capacité de prise de décision entre les partenaires. Le résultat de l'analyse montre les difficultés à faire émerger une culture de travail commune a minima.

Le choix du support juridique est l'exemple de la conciliation des valeurs des partenaires et des difficultés à atteindre cet objectif. L'étude est basée sur la confrontation entre les possibilités offertes par les textes de lois, le Code de la Santé Publique et les souhaits des partenaires.

### Préconisations d'actions

A l'issue de cette analyse il convenait de formuler les préconisations d'actions visant à :

- préserver l'affectation pérenne en matière de SSR de la structure construite sur le site de Sainte Marguerite au moyen d'une étude des possibilités offertes par le Code Civil et le Code de la Santé Publique.
- valoriser les complémentarités au niveau universitaire par l'extension d'une convention d'accueil d'interne de spécialité existante

- organiser et contrôler le respect de la prise en charge prioritaire des patients de l'AP-HM sur les lits des cliniques en définissant le rôle et les pouvoirs de la Commission Mixte décrite dans l'appel à projet
- anticiper les conséquences de la mise en œuvre des partenariats sur l'organisation hospitalière en créant un organe régulateur. Cette préconisation est basée sur un scénario d'orientation des flux de patients entre les cliniques et l'hôpital.

## **2. Le partenariat AP-HM /cliniques Saint Martin, La Phocéenne : un renouvellement de l'identité de l'hôpital public ?**

### **2.1. Une version moderne de Valetudo ?**

Le constat de l'émergence d'un environnement favorable à l'ouverture au secteur privé est posé officiellement dès 2005 dans le rapport du Conseil Economique et Social, L'hôpital public en France : Bilan et perspectives<sup>19</sup>.

« Les rapports de l'hôpital public avec son environnement ont radicalement changé il y a environ cinq ans. Jusqu'à cette date, les hôpitaux publics regardaient d'un oeil condescendant le secteur privé. Vers 1998-1999, la Fédération hospitalière de France (FHF), représentative dans le secteur public, a modifié les rapports de force en ouvrant des discussions avec les deux fédérations du secteur privé lucratif de l'époque, FIEHP et UHP, aujourd'hui réunies au sein de la FHP, partant de la prise de conscience que les soins hospitaliers peuvent être faits par d'autres. Mais les gouvernements successifs n'ont pas tiré les conséquences de ce constat sur le mode d'organisation de l'hôpital public. Il faut pourtant modifier les contours de l'hôpital public afin de l'adapter à cette nouvelle donne. Mais cela demande d'introduire de la souplesse dans l'organisation de l'hôpital public »

La stratégie mise en œuvre à l'hôpital Sainte Marguerite est une preuve de la volonté d'efficience de la gestion. Néanmoins, cette originalité qui permet de mettre en œuvre des projets sanitaires sans engagement d'argent public ouvre la voie à l'utilisation de méthodes issues du secteur privé.

L'introduction de méthodes du monde de l'entreprise pourrait conduire au renouvellement de l'identité de l'hôpital, ce qui correspond dans ce mémoire à la version moderne de Valetudo. Le Valetudo moderne symboliserait l'émergence de méthodes nouvelles, porteuses de nouvelles valeurs qui seraient la marque d'une nouvelle étape dans l'histoire hospitalière publique.

---

<sup>19</sup> Avis et Rapports du Conseil Economique et Social 2005. Etude présentée par M. Éric Molinié, L'Hôpital public en France : Bilan et Perspectives p. 107

### **2.1.1. Hôpital et mécanismes concurrentiels : la nouvelle donne du partenariat**

L'introduction de mécanismes économiques et concurrentiels dans le domaine sanitaire public dans un but d'efficacité de gestion conduit à modifier les modalités de travail et de prise en charge des malades. L'existence d'un partenariat entre l'AP-HM et des cliniques à but lucratif s'inscrit dans ce contexte.

La mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité et l'exigence de rigueur économique et financière ouvrent les portes aux méthodes de travail issues du monde industriel.

La théorie économique appliquée aux organisations productives fait de la concurrence le moyen le plus sûr pour atteindre la réussite, l'efficacité et l'équité.

Le domaine de la santé avait échappé jusqu'à récemment à ce raisonnement et aux conséquences de celui-ci dans la mesure où, ni la souveraineté du consommateur, ni l'indépendance de l'offre et de la demande ne sont avérées.

En France, la concurrence dans le domaine sanitaire a pris une forme spécifique qui consiste à définir des pratiques médicales toujours plus spécialisées<sup>20</sup>.

L'absence du maillon de prise en charge en phase subaiguë à l'AP-HM a conduit à recourir à des acteurs extérieurs capables de fournir une prestation sur mesure.

Le partenariat avec les cliniques apparaît comme un outil concurrentiel qui complète les missions de l'hôpital public tout en les remettant en cause.

Ce projet est ainsi doublement le reflet de l'ouverture de l'hôpital aux mécanismes privés en tant que conséquence de la T2A, qui pousse à la baisse de la durée des séjours dans les services de courts séjours, et comme source de la remise en cause de l'imperméable frontière avec le secteur privé.

L'externalisation des prestations résulte ainsi de la logique industrielle de développement de l'activité par la segmentation des tâches.

---

20 Mossé Ph. 1997, Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales, Ramonville Saint Agne, Erès p. 124

## **2.1.2. L'externalisation : forme de développement de l'activité dans le cadre du partenariat**

Dans son ouvrage Le lit de Procuste, l'économiste Philippe Mossé <sup>21</sup> définit trois formes de développement de l'activité dans une entreprise de santé.

1. La croissance homothétique, fondée sur l'accroissement des activités préexistantes. Cette forme de développement se heurte aux contraintes de l'économie et de la planification en essayant d'accélérer la rotation des malades. Elle a pour conséquence une prise en charge plus technique.

2. Le « développement par adjonction » de missions nouvelles. Ce développement se traduit par la tendance au regroupement des différentes étapes de l'intervention médicale au sein de structures intégrées. Les tâches de prévention tendent par exemple à être réalisées au sein des établissements de santé.

3. Enfin le développement par l'externalisation. C'est le type de développement qui a été choisi pour le projet de partenariat avec les cliniques Saint Martin et La Phocéenne. L'externalisation à l'hôpital classiquement liée aux fonctions techniques, touche ici de façon plus originale et novatrice les activités de soins.

Cette externalisation de la prise en charge conduit à renouveler l'identité de l'hôpital dans la mesure où il accepte de déléguer les pouvoirs qui lui incombent légalement au nom de logiques stratégique et de gestion.

Pourtant il est juste d'affirmer que le partenariat entre l'AP-HM et les cliniques Saint Martin et La Phocéenne existe car il est autorisé par la loi.

Ces outils législatifs sont portés par un discours centré sur les notions de partenariat, de coopération avec le secteur privé afin de répondre à l'impératif économique de rentabilité. Les dispositions législatives récentes mettent en avant le procédé contractuel dont les conséquences pourraient être la mise en péril de l'intérêt général et de l'égalité des usagers devant le service public.

---

<sup>21</sup> Mossé Ph. op. cit. p.137-138

### 2.1.3. Loi versus contrat : une atteinte à l'intérêt général et au service public ?

Aujourd'hui, le défi que doit relever l'hôpital est bien celui de « *soigner le mieux possible tout le monde à tout moment et au meilleur coût* »<sup>22</sup>, et d'assurer l'enseignement et la formation des professionnels de santé ainsi que la recherche

Les missions de l'hôpital peuvent être regroupées autour de trois valeurs cardinales :

- permettre l'accès de tous à des soins de qualité, tant sur le plan technique que sur le plan humain, ce que les Anglo-saxons appellent « *high tech / high touch* » ;
- respecter l'équité (la non-discrimination dans tous ses aspects) ;
- promouvoir l'efficience (rapports coût/efficacité, bénéfice-risque, utilité)

Le projet avec Saint Martin et La Phocéenne ne correspond pas à un dispositif juridique précisément qualifiable de partenariat. Il ne relève pas de la loi du 28 juillet 2008 relative aux contrats de partenariat puisque qu'il a été procédé à une vente et que le contrat qui liera l'AP-HM aux cliniques privées sera de droit privé.

En revanche il est le produit de la culture d'ouverture et de partenariat appliqué au secteur sanitaire.

Il s'agit aujourd'hui d'arbitrer et de concilier l'accès de tous à des soins de qualité, avec l'équité et l'efficience au moyen du procédé contractuel.

L'engouement pour le recours au contrat trouve sa source dans la remise en cause en France de la prééminence de la loi, expression de l'intérêt général.<sup>23</sup>

Le contrat favorise l'orientation des comportements et incite sans contraindre. Il mobilise les savoir-faire et les financements qui font défaut à la puissance publique.

Mais la remise en cause de la loi et la valorisation du contrat pourraient aussi conduire dans le cadre d'un partenariat comme celui existant entre l'AP-HM et les cliniques privées à un affaiblissement de la notion d'intérêt général, dans la mesure où il fait appel à la négociation. Il est donc lié aux hommes à leurs qualités et leurs turpitudes.

---

<sup>22</sup> Avis et Rapports du Conseil Economique et Social, op. cit. p. 200

<sup>23</sup> Rapport public du Conseil d'État 2008. op. cit. pp. 1-4

## **2.2. Des conséquences de l'utilisation du contrat : le rôle central de la négociation et des acteurs de terrain**

Le contrat constitue un moyen négocié d'atteindre des objectifs, de réglementer des activités, et dans le cas présent d'organiser le partenariat avec des cliniques privées.

La marge de manœuvre du gestionnaire est considérablement renforcée, dans le respect des termes de la loi et sous bénéfice du contrôle juridictionnel, pour déterminer le contenu d'un partenariat et l'intégration de ce dernier au dispositif de prise en charge de l'établissement public de santé. (EPS)

La reconnaissance d'une responsabilité plus importante du Directeur d'hôpital, à travers le procédé contractuel, doit nécessairement amener à une professionnalisation de la négociation afin d'assimiler les modes de travail du privé.

Or celui-ci n'est pas toujours en mesure de maîtriser la négociation de ces contrats et les risques juridiques ou financiers qui en résultent.

Un renforcement des compétences est souvent nécessaire dans les collectivités publiques, y compris en recourant à des conseils extérieurs.<sup>24</sup>

L'éthique de la négociation doit être liée à sa professionnalisation. Il est envisageable à l'instar de la loi du 31 janvier 2007 relative au dialogue social de déterminer « une documentation d'orientation exposant le diagnostic, les objectifs, les modalités envisagées pour une éventuelle négociation<sup>25</sup> et [...] les délais estimés nécessaires » afin de les transmettre à la tutelle, aux partenaires sociaux et de les soumettre pour avis au Conseil d'administration.

Comme l'Etat dans le cadre de la loi du 31 janvier 2007, l'EPS doit fixer et se fixer des règles plus strictes en matière de préparation et de conduite de la négociation, et de partage de l'information.

La marge de manœuvre laissée au chef de projet dans le cadre d'un partenariat novateur comme celui avec les cliniques Saint Martin et La Phocéenne serait ainsi encadrée par le respect d'une méthodologie souple, garante d'une rigueur de la gestion et d'une communication institutionnelle transparente.

---

<sup>24</sup> Rapport public du Conseil d'État 2008 Considérations générales. op. cit.

<sup>25</sup> <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-31-janvier-2007-modernisation-du-dialogue-social.html>

### **2.3. Le partenariat avec les cliniques Saint Martin et la Phocéenne conduit-il à un renouvellement de l'identité de l'hôpital public ?**

Une réflexion préalable sur le management et les méthodes de pilotage de la coopération s'impose.

Habituellement la faisabilité d'une coopération s'étudie selon les profils des partenaires, l'identité qu'ils représentent, les ressources dont ils disposent et des relations qu'ils entretiennent.

Une autre approche privilégie la nature de l'activité que les partenaires envisagent conjointement de développer. Les différences culturelles sont alors une chance pour la conception de la nouvelle activité conjointe. L'exploration permet de recentrer la coopération sur le projet de soins et de générer des potentiels imperceptibles.

La souplesse du cadre de la coopération en fait un outil adaptable à la capacité des acteurs sachant dépasser la prédétermination de l'objet de leur collaboration future. L'établissement et le renforcement des relations établies entre les partenaires permet d'affiner la coopération.

Les appréhensions se diluent devant l'intérêt trouvé à coopérer.

Cet intérêt répond à la logique interne de la structure et qui s'engage dans une extension de ses capacités au moyen du partenariat. M. Giocanti, Directeur Général de la clinique Saint Martin souligne que l'implantation sur le site de Sainte Marguerite permettra un renforcement de la structure et initiera une dynamique pour le personnel. « Cela permettra une dynamisation des équipes et du personnel d'encadrement. Cela permet d'ouvrir de nouvelles perspectives de carrière, cela répond à notre projet social. »<sup>26</sup>

M. Giocanti d'ajouter que « le projet permet de constituer une véritable équipe de Direction, [...] à temps plein. »

La version moderne de Valeduto se résume sans doute alors par une conception commune de la gouvernance<sup>27</sup> et par une acceptation du concept d'intérêt réciproque.

---

<sup>26</sup> Entretien avec F-M Giocanti, op. cit.

<sup>27</sup> N. BLAT. Piloter une coopération, Gestions hospitalières. Novembre 2007, p. 663

La coopération, comme le souligne N. BLAT dans son article *Piloter une coopération*,<sup>28</sup> « est le plus souvent une question d'entente entre les hommes et une question d'intérêts »

L'utilisation du partenariat ne signifie pas le métissage des cultures de travail entre le secteur privé lucratif et l'hôpital public mais une entente perpétuellement négociable, afin de préserver des intérêts communs.

C'est cette entente et ces intérêts communs que nous allons analyser maintenant en nous référant aux conceptions guidant les partenaires et aux outils de coopération utilisés.

---

28 N. BLAT. Ibid. p. 665

### **3. Le partenariat AP-HM cliniques Saint Martin et La Phocéenne : gestion efficiente et moderne ou succédanée de politique publique ?**

#### **3. 1. Les conceptions guidant les partenaires : le *limes* de la santé**

L'expression « *limes de la santé* » vise à caractériser la relation originale qui unit des cliniques privées à but lucratif à un établissement public de santé et les conséquences de ce partenariat.

Le *limes* de la santé, comme le limes romain, synthétise les contradictions ; il assure une fonction défensive car il marque la frontière, ici entre le secteur public et le secteur privé, et affirme une proximité nécessaire aux échanges commerciaux.

L'objectif des cliniques privées est comme l'affirme M. Giocanti, Directeur Général de la Clinique Saint Martin, de rester « maîtres chez nous »<sup>29</sup> et « de conserver une culture maison dans le nouvel établissement. ».

Par ailleurs, l'objectif de l'AP-HM est de mettre en œuvre avec efficience son plan stratégique et d'apporter une réponse adéquate aux objectifs fixés par le SROS.

L'analyse des comptes rendu de réunions montre la difficulté pour les partenaires à s'accorder sur les modalités de travail et la détermination des outils juridiques préalables à la mise en œuvre opérationnelle. Ce tâtonnement dans la conduite du projet met en lumière les difficultés à créer une culture de travail commune, même si comme nous l'avons vu auparavant, l'intérêt trouvé dans la coopération est le plus fort.

Les stratégies de négociations, les changements de positions se traduisent par un allongement des étapes. L'appel à projet a été réalisé le 14 septembre 2005. Trois ans plus tard les acteurs du partenariat sont encore en phase de définition et de négociation du support juridique le plus adapté.

---

<sup>29</sup> Entretien réalisé avec M. F-M Giocanti op. cit.

L'argument avancé en faveur du recours au partenariat en raison de sa rapidité d'exécution peut être d'ores et déjà être nuancé.

Ce sont donc les valeurs et les intérêts de chacun qui conditionnent le futur du partenariat.

La frontière affirmée et revendiquée entre l'hôpital et les cliniques constitue une clé de compréhension des choix, concernant notamment le support juridique du partenariat.

Un changement fondamental est intervenu au mois de juin 2008 avec le choix de la cession des terrains aux cliniques. La décision de vente répond à la fois aux obligations stratégiques et sanitaires précédemment exposées, à la situation financière de l'AP-HM et aux souhaits formulés par les cliniques au cours des négociations.

Auparavant, l'arbitrage des partenaires avait privilégié l'autorisation d'occupation temporaire (A.O.T) par rapport au bail emphytéotique et avait écarté d'emblée la délégation de service public.

Dans la configuration des SSR à implanter sur le périmètre des Hôpitaux Sud, la formule du bail emphytéotique hospitalier n'était pas adaptée à ce type de projet, dans la mesure où l'opération d'investissement immobilier n'était pas réalisée pour les besoins propres de l'AP-HM. La procédure du BEH codifiée sous les articles 6148-1 et suivant du Code de la Santé Publique (CSP) constitue une dérogation au Code des Marchés Publics pour permettre aux hôpitaux publics d'assurer leurs investissements avec un paiement différé sous forme d'un loyer payé au constructeur privé emphytéote.

Cette hypothèse ne correspondait pas à l'opération projetée aux Hôpitaux Sud en ce que les constructions de lits de suite et de réadaptation sont réalisées principalement pour les besoins des partenaires privés et non pour ceux de l'AP-HM.

Le choix de l'AOT s'est révélé être un choix par défaut. En effet le Bail Emphytéotique Administratif classique tiré de la loi du 5 janvier 1988 dite loi GALLAND n'est plus applicable aux EPS de par les dispositions de l'article L 2122-21 du Code Général de la Propriété des Personnes Publiques : les dites dispositions renvoient expressément à la procédure spécifique du BEH réservé aux investissements immobiliers des établissements de santé.

La seule formule permettant, de ce fait, à un tiers de bénéficier de droits réels sur le domaine public hospitalier se trouvait donc être, par défaut, celle de l'AOT, dans l'hypothèse où le tiers construit pour lui même.

Le choix de la solution juridique validée, le partenariat est mise en œuvre opérationnellement selon deux axes indissociables l'un de l'autre, la stratégie financière et le projet médical

### **3.2. La mise en œuvre opérationnelle du partenariat : reflets des stratégies financière et médicale ou démembrement de l'action administrative ?**

#### **3.2.1. Réponse aux objectifs financiers et médicaux**

Le projet de partenariat répond aux objectifs financiers de l'AP-HM de deux façons.

Il autorise la prise en charge de patients relevant des SSR au moyen d'une structure qui ne nécessite pas d'investissement de la part du CHU. En outre, il permet la valorisation économique du domaine foncier de l'AP-HM.

La cession d'un espace aux cliniques Saint-Martin et La Phocéenne sur le site de l'hôpital Sainte Marguerite conduit à percevoir une somme évaluée à 4,1 millions d'euros <sup>30</sup>:

- Saint-Martin : 2,2 M€,
- La Phocéenne : 1,9 M€

L'objectif financier affiché est d'apporter rapidement une somme importante à l'AP-HM dans un contexte financier sous tension commun à l'ensemble des CHU.

---

<sup>30</sup> Cette somme correspond à l'estimation de l'avis du Service des Domaines majorée de 10%.

Par ailleurs, la prise en charge de patients de l'AP-HM par les services des cliniques privées offre la possibilité à l'hôpital de réduire les DMS dans les services de courts séjours pénalisés par la carence en services de SSR.

Ce dernier aspect est difficile à quantifier aujourd'hui en regard de l'impact que représentera la mise en place effective du partenariat et des évolutions liées au changement de mode de tarification dans le domaine des SSR.

Le partenariat avec les cliniques Saint Martin et La Phocéenne traduit aussi la stratégie médicale de l'AP-HM. La prise en charge par des prestataires privés d'objectifs médicaux concrétise les priorités déterminées par l'institution en matière de prise en charge en phase subaiguë des patients de SSR. Phase qui est aujourd'hui absente dans l'offre de soin de l'AP-HM.

Comme nous l'avons vu auparavant la source de financement des projets, permet d'identifier les actions prioritaires de l'institution qui sont financées au moyen de l'argent public. Les actions stratégiques moins prioritaires s'appuient sur les partenariats, qui présentent l'avantage de transférer le coût financier aux acteurs privés tout en assurant les obligations définies par la tutelle et le projet d'établissement.

### **3.2.2. Le partenariat : un démembrement de l'action administrative ?**

Le partenariat est porteur d'un esprit d'ouverture et d'efficience de l'action publique. Pourtant, il peut aussi être analysé comme une forme de démembrement de l'action administrative en ce qu'il remplace la personne publique dans la réalisation de missions qui lui incombent normalement.

Le projet avec les cliniques Saint Martin et La Phocéenne correspond à cette définition dans la mesure où l'autorisation d'ouverture de lits de SSR accordée par l'ARH à l'AP-HM n'a été assumée qu'en partie. Une partie des autorisations d'installations de lits a été rétrocédée à la tutelle par l'AP-HM.

L'AP-HM a choisi en accord avec l'ARH de mettre en concurrence les projets proposés par des cliniques privées afin de pourvoir les autorisations de lits rétrocédés. A l'issue de la procédure de sélection les cliniques se sont vues accorder les autorisations d'installation.

Cette cession d'autorisation<sup>31</sup> de lits initialement accordée à l'hôpital semble confirmer l'hypothèse de rapports commerciaux entre une institution publique et des établissements privés à but lucratif.

Le projet apparaît alors comme un échange, dans lequel la puissance publique utilise son pouvoir d'autorisation contre la fourniture d'une prestation par des prestataires privés qualifiés.

Au cours d'un échange<sup>32</sup> réalisé à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation PACA, M. Husson, Directeur Adjoint de l'ARH PACA, a souligné le caractère excessif du terme « démembrement de l'action administrative » concernant le projet de partenariat.

Ce dernier met surtout en avant la réalisation des objectifs déterminés par le SROS et la qualité de la prise en charge des patients par les cliniques.

Pourtant il est intéressant de constater que le projet des cliniques Saint Martin et La Phocéenne sur le site de Sainte Marguerite a été retenu dans la tranche 1 fenêtre 3 du Plan Hôpital 2012 par l'ARH PACA.

Ainsi, la volonté de transférer le financement de la structure à construire à des partenaires extérieurs, afin d'éviter le recours à un financement public, se trouve en partie mise en cause.

Dans ces conditions la question de l'opportunité du recours au partenariat se pose avec acuité.

La définition du périmètre d'utilisation et des modalités de recours au partenariat semble nécessaire afin de ne pas aboutir au démembrement de l'action administrative.

Le Conseil constitutionnel est venu encadrer les évolutions inhérentes au contrat de partenariat dans une décision du 24 juillet 2008<sup>33</sup>.

Les points « III et IV de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat, tels qu'ils résultent de l'article 2 du projet de loi, sont déclarés contraires à la Constitution ».

---

<sup>31</sup> Cf. Annexes III et IV. Décisions de la Commission Exécutive de l'ARH du 10 avril 2007 confirmant l'autorisation d'exploitation de lits de SSR aux cliniques Saint Martin et La Phocéenne sur le site de l'Hôpital Sainte Marguerite dans un bâtiment à construire

<sup>32</sup> Echange avec Madame Laurent et Monsieur Husson de l'ARH PACA, le 19 septembre 2008

<sup>33</sup> Décisions 2008-567 DC du 24 juillet 2008 relative au projet de loi modifiant le contrat de partenariat

Le juge constitutionnel a écarté la disposition permettant de nouer automatiquement un contrat de partenariat dans sept secteurs de l'action publique présumés urgents.

La notion d'urgence évoquée dans le projet de loi offrait la possibilité de ne motiver l'exposé de l'évaluation que de façon succincte. Il faut rappeler que l'évaluation détaille les motifs économiques ou financiers justifiant la conclusion d'un contrat de partenariat. Le texte émettait pour seule réserve que l'évaluation préalable ne soit pas défavorable par rapport à un marché public classique.

En revanche, le Conseil constitutionnel a validé la création d'un troisième critère pour recourir aux contrats de partenariat.

Plusieurs articles de la loi ajoutent aux critères de l' "urgence" et de la "complexité" le critère de "l'efficience". Désormais, une personne publique peut nouer un contrat de partenariat quand le recours à un tel contrat présente un bilan entre les avantages et les inconvénients plus favorables que les autres contrats de la commande publique.

Comme nous l'avons vu précédemment, le partenariat entre l'AP-HM et les cliniques n'a pas recours aux dispositions de la loi relative au contrat de partenariat du 28 juillet 2008 mais utilise un dispositif juridique apparenté.

Dans ce cadre, l'objectif prioritaire de l'AP-HM devient l'affectation de manière pérenne des structures privées présentes à Sainte Marguerite à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Cette affectation répondra ainsi aux objectifs du SROS en matière de SSR et au critère d'efficience validé par le Conseil constitutionnel et péril du démembrement de l'action administrative.

## **4. Enjeux et propositions d'actions dans le cadre du partenariat AP-HM / Cliniques Saint Martin et La Phocéenne**

### **4.1. Préconisations visant à préserver l'affectation pérenne en matière de SSR de la structure construite sur le site de Sainte Marguerite**

#### **4.1.1. Les opportunités dans le cadre de la cession du terrain**

Le passage à la vente permet d'éviter de porter le débat juridictionnel sur la légalité du contrat devant le juge administratif, avec le risque de requalification en délégation de service public aménagée.

Les contrats cadre initialement envisagés par la personne publique offraient les moyens de contraindre les cliniques au respect de la destination en soins de suite et de rééducation à caractère neuro-orthopédique et gériatrique, quels que soient leurs cessionnaires.

En cas de saisine du juge administratif, seuls leurs préjudices matériels auraient été indemnisables.

La rupture « abusive » n'aurait été sanctionnée que par le paiement des frais de déménagement et de réinstallation.

En revanche la vente immobilière implique selon les dispositions du Code Civil, le transfert de la parcelle à la personne acquéreur, qu'elle soit privée ou publique dans sa pleine propriété : usus, fructus et abusus,

On ne peut exiger a priori donc, de l'acheteur qu'il donne une destination particulière au terrain acquis.

Il peut être créé une servitude « du fait de l'homme », réglementée par les dispositions des articles 692 et suivants du Code Civil, grevant la parcelle cédée et l'immeuble qui sera construit par les cliniques, afin d'empêcher toute activité incompatible avec l'espace hospitalier de Sainte Marguerite.

Il existe ainsi un moyen juridique efficace de préserver l'affectation de la future structure à une destination médicale.

Néanmoins l'intention de l'AP-HM de restreindre les destinations de la parcelle et des ouvrages qui y seront construits à des activités hospitalières ou médicales ne pourra être expressément celle de l'activité de soins de suite et de rééducation.

L'activité de SSR trouve sa justification juridique dans le SROS. Or, ce dernier n'est valide que pour une période de 5 ans et a vocation à évoluer alors qu'une servitude est a priori perpétuelle.

#### **4.1.2. La préservation de l'avenir : les solutions juridiques envisageable en cas de vente de la structure par les cliniques partenaires**

Si l'on se place dans l'hypothèse de la réalisation de la cession il faut envisager les moyens de préserver l'affectation médicale de la structure en cas de vente par les cliniques privées.

L'objectif de l'AP-HM est alors de pérenniser le principe de la vente de l'immeuble tout en modifiant les conditions d'usage du dernier acquéreur.

Cette nuance est d'importance, car en matière de résolution judiciaire de vente, la résolution d'une vente entraîne obligation par le vendeur d'indemniser l'acheteur de tous les préjudices découlant de la vente, à savoir : les frais d'architecture, de conception de projet architectural, de construction avec remboursement de tous les prêts souscrits avec intérêts, remboursement des impôts, taxes de toute nature, etc.

Au cours du dialogue avec les cliniques un point doit être présenté comme non négociable :

- la clause de destination par servitude du fait de l'homme

Concernant ce point, la personne privée partenaire pourra difficilement s'opposer à la clause de destination par servitude du fait de l'homme car le sol et la destination médicale auront été liés pendant de très nombreuses années.

En conclusion, la préservation de l'affectation médicale de la structure construite sur le site de Sainte Marguerite est possible juridiquement dans la mesure où elle n'est pas précisément qualifiée de soins de suite et de réadaptation.

Face au risque potentiel de changement de propriétaire, le recours à la clause de destination par servitude du fait de l'homme permet de lier la propriété foncière à l'activité médicale qui était exercée par le propriétaire précédent.

Néanmoins, des arguments nouveaux mettant l'accent sur les complémentarités inhérentes à la proximité d'activités médicales et universitaires (propres à un CHU), devront être utilisés au cours de la négociation.

#### **4.1.3. Le « label CHU » ou l'application du droit de la propriété intellectuelle au domaine foncier des EPS**

Le Centre Hospitalier Universitaire, représente outre une forme spécifique d'établissement public de santé, une patientèle, un pôle d'attractivité, une réserve foncière, autant de caractéristiques et d'arguments qui devraient être exploités dans le cadre de la négociation afin de peser sur la négociation.

En effet, la réserve foncière n'est pas le seul argument commercial d'un CHU, dans la mesure où la vente d'un terrain s'accompagne aussi d'un accès au label CHU, gage de qualité de la prise en charge, de proximité d'activité de soins de pointe et d'excellence universitaire.

La théorie du label CHU supplante la simple valorisation du domaine foncier hospitalier. On peut ainsi, dans le cadre d'un partenariat avec une structure privée transposer au domaine hospitalier la théorie de la segmentation des espaces commerciaux utilisée dans les zones d'activités commerciales.

Chaque espace foncier est considéré comme la pièce d'un ensemble qui est valorisée par l'environnement dans lequel il s'intègre. Les cliniques Saint Martin et La Phocéenne bénéficient des activités médicales présentes sur le site de Sainte Marguerite en plus de leurs propres valeurs.

Une structure sanitaire identique implantée dans un environnement sans lien avec une activité hospitalière serait nécessairement moins valorisée.

De la même façon le site de Sainte Marguerite et l'AP-HM dans son ensemble sont renforcés par la création de ces établissements en offrant une prise en charge en matière de SSR mais aussi en complétant l'orientation stratégique générale de l'hôpital Sainte Marguerite.

## **4.2. Préconisations relatives aux complémentarités en matière de formation universitaire**

La convention de formation universitaire s'inscrit dans la continuité de la relation existant déjà entre l'AP-HM, la faculté de médecine et la clinique Saint Martin. En effet, depuis la signature de la convention No 1999/204, le 25 juin 1999, la clinique accueille des internes de spécialité (DES).

Dans le but d'étendre ce partenariat à la structure implantée à Sainte Marguerite il faut recourir à une convention personnelle. Elle se définit comme un contrat souscrit afin d'organiser des prestations réciproques en contrepartie d'une rémunération, d'une formation ou d'un accès intellectuel à des services des deux contractants.

Cette démarche engage la création d'un fond de commerce qui pourrait être cédé distinctement et indépendamment du terrain sur lequel est conduite l'activité SSR.

Les conventions de formation et d'échange sont possibles et compatibles aux dispositions des articles L et R 6144 et suivants du Code de la Santé Publique. Il faudra afin d'échapper à la notion d'immixtion et de délégation de prestation de santé publique rappeler les conditions de l'appel d'offre restreint.

La proposition d'associer les cliniques à la formation d'étudiants en médecine est soumise à plusieurs préalables.

Le premier est relatif à la volonté affirmée des cliniques de ne pas recevoir de délégation de service public et les contraintes inhérentes à celle-ci.

Le second se réfère à la définition de la limite du contenu du partenariat. A-t-il une vocation uniquement médicale, logistique ? Ou bien peut-il s'étendre à la formation ?

Quoi qu'il advienne dans le futur du projet, la proposition d'associer les cliniques partenaires à la formation d'interne de spécialité répond au double objectif d'offrir aux étudiants des cadres de formation variés et surtout de lier de façon étroite l'implantation des cliniques à une activité médicale en SSR.

### **4.3. Préconisations relatives à la prise en charge prioritaire des patients de l'AP-HM par les cliniques**

L'organisation et l'équilibre des rapports entre les cliniques Saint Martin et La Phocéenne d'une part et l'AP-HM d'autre part dans le but d'assurer la réception d'un quota de patients du CHU au sein des établissements privés exige conformément à l'appel à projet initial la création d'une commission mixte.

Préalablement à la mise en action des Commissions mixtes, il est nécessaire de définir les outils d'orientation du patient vers la structure de SSR. La réalisation d'arbitrages en faveur de tel ou tel patient ou de tel ou tel type d'organisation des soins exige l'existence de mécanismes adaptés et prédéfinis.

Les instruments d'orientation seront travaillés par des groupes professionnels concernés, tels que les assistantes sociales, les cadres de santé, les médecins chef de services, (Gériatrie, urgences, appareil locomoteur ...) les institutions de maintien et de prise en charge à domicile.

Ces travaux aboutiront à la rédaction d'une procédure d'orientation des patients entre soins de courte durée et SSR qui servira de base de référence aux membres de la Commission Mixte qui évalueront le respect de la priorité des patients de l'AP-HM et l'adéquation de la prise en charge.

#### **A) La Commission Mixte : un organe de contrôle et d'évaluation**

La Commission Mixte est un organe de contrôle et d'évaluation des relations entre l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et les Cliniques Saint Martin et La Phocéenne. Il est constitué une Commission Mixte par clinique.

Elles ont pour objet d'examiner les questions et litiges relatifs à l'application de la convention de partenariat.

La Commission mixte contrôle l'effectivité des conditions d'admission prioritaire des patients de l'AP-HM sur les lits de Soins de Suite et de Réadaptation des cliniques.

B) Une commission paritaire mais présidée par l'AP-HM

La Commission Mixte est composée de manière égale de représentants de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et de représentants des cliniques Saint Martin et la Phocéenne.

La Commission Mixte est composée de 6 membres. Elle se réunit quadrimestriellement.

L'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille est représentée par : le Président de la Commission Médicale d'Etablissement ou son représentant, le Président du Comité Consultatif Médical (CCM) des Hôpitaux Sud et le Directeur des Hôpitaux Sud par délégation du Directeur Général de l'AP-HM.

Elle est présidée par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et sur délégation de ce dernier par un Professeur des Universités Praticien Hospitalier spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation.

Il appartient aux cliniques Saint Martin et La Phocéenne de désigner pour chacune d'entre elles, 3 représentants qui siègent dans leurs Commissions Mixtes respectives.

C) Procédures d'évaluation et de contrôle du respect de la prise en charge prioritaire des patients de l'AP-HM

La Commission Mixte est chargée de contrôler et d'évaluer les actions en cours et de suivre l'avancement des conclusions validées par consensus au cours des réunions quadrimestrielles.

La Commission Mixte contrôle les clauses d'admission prioritaire des patients de l'AP-HM sur les lits de Soins de Suite et de Réadaptation des cliniques Saint Martin et La Phocéenne.

Le volume de patients de l'AP-HM admis prioritairement sur les lits des cliniques Saint Martin et La Phocéenne est évalué à 50 % de leur capacité d'hospitalisation. Ce volume constitue un seuil minimum, dans la mesure où l'AP-HM adresse un nombre suffisant de patients vers les cliniques.

D) Le circuit de contrôle du respect de la priorité de prise en charge des patients de l'AP-HM

Les demandes d'admission de patients de l'AP-HM adressées aux cliniques Saint Martin et La Phocéenne sont centralisées par le Service Social des Hôpitaux Sud qui transmet les demandes de placement aux cliniques et reçoit les réponses de ces dernières. Le Service Social des Hôpitaux Sud effectue un reporting des conditions d'admission prioritaire des patients de l'AP-HM.

Le reporting des conditions d'admission prioritaire des patients de l'AP-HM est effectué en sus par les cliniques et fait l'objet d'une transmission systématique et d'une compilation hebdomadaire. Un bilan est présenté lors des réunions quadrimestrielles.

E) Modalités et types de sanctions en cas de non respect de l'engagement par les cliniques

Eu égard aux résultats exposés dans le bilan quadrimestriel, l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille peut décider de sanctionner les cliniques Saint Martin et la Phocéenne selon les modalités suivantes :

L'AP-HM a la capacité d'émettre des injonctions. A l'expiration du délai fixé, s'il n'a pas été obtempéré à l'injonction, l'AP-HM peut sanctionner financièrement les Cliniques Saint Martin et la Phocéenne.

Une somme équivalente au préjudice subi par l'absence de prise en charge de ses patients de manière prioritaire peut être exigée. Cette pénalité est assise sur le tarif de prestation pratiqué à l'APHM et dans un second temps la recette moyenne journalière du GHS. Cette dernière sera calculée sur le nombre de journées supplémentaires passées à l'AP-HM en attente de lit de SSR.

Cette pénalité sera réévaluée au regard des évolutions tarifaires dans la spécialité des soins de suite et de réadaptation.

## 4.4. Enjeux et préconisations relatifs aux coopérations et réseaux de prise en charge des patients

### 4.4.1. L'offre de soins en MPR à l'AP-HM : une prise en charge incomplète

L'offre médicale en matière de Médecine Physique et de Réadaptation à l'AP-HM prend actuellement trois formes :

- une activité de prestataires de services, dans le cadre de consultations médicales, de kinésithérapies et d'ergothérapie.
- une activité ambulatoire : dans le cadre de consultations externes, actes médicaux externes
- une activité d'hospitalisation de jour

Les projets de partenariat présent sur le site de Sainte Marguerite permettent de compléter l'offre de soins en SSR, en phase subaigüe

Phases de la maladie	Types de prestations fournies par le pôle MPR de l'AP-HM	Prestataires
Phase aiguë	Prise en charge effective en lits et places	AP-HM
Phase subaigüe	<b>Absence de prise en charge</b>	Partenariat Saint Martin La Phocéenne
Suivi tout au long de la vie	Activité ambulatoire Consultations Externes	AP-HM

Le tableau ci-dessus présente la prise en charge des patients en SSR à l'AP-HM, en associant la phase de la maladie, le type de prestations fournies actuellement par le pôle MPR et les futurs prestataires.

Ce tableau met en évidence l'absence de prise en phase subaigüe à l'AP-HM, carence qui sera palliée par l'implantation des cliniques privées.

#### 4.4.2. Une prise en charge médicale multiniveaux pour une valorisation de l'activité

Le projet de partenariat avec les cliniques privées envisage une priorité de prise en charge des patients de l'AP-HM sur les lits de ces dernières.

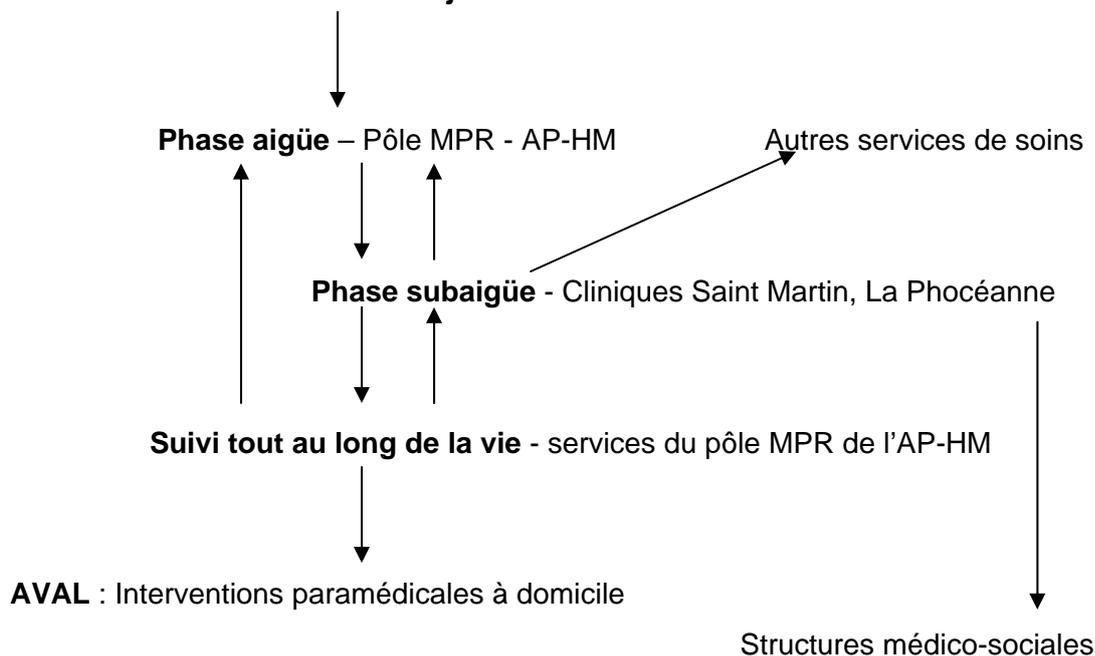
La priorisation des flux est conçue pour le moment dans un sens unique : les patients des services de l'AP-HM sont orientés vers les cliniques.

Or, en cours d'hospitalisation en phase subaigüe les patients ont souvent recours à des examens, des consultations, des actes, dont la technicité fait appel à des compétences présentes au sein de l'hôpital.

L'objectif global est d'orienter prioritairement les patients des cliniques, initialement adressés par l'AP-HM, vers les services du CHU permettant ainsi de valoriser l'activité des services de l'établissement.

La prise en charge multiniveaux associe le cercle vertueux de l'activité avec une prise en charge médicale de qualité.

##### AMONT : Services de courts séjours MCO



Ce dispositif se prête à la régulation des pathologies à caractère neurologique, orthopédique mais aussi aux soins gériatriques.

La gestion des flux de patients orientés par les cliniques Saint Martin et La Phocéenne vers les services de l'AP-HM, MPR ou autres, exige la création d'un organe régulateur. Cet organe aura une composante médicale et administrative. Il sera détaché de la Commission Mixte car il n'entre pas dans le cadre de l'appel à projet de 2005.

Néanmoins, comme dans le cas des Commissions Mixtes, qui ont pour but de faire respecter la priorité de prise en charge des patients adressés par l'AP-HM vers les lits des cliniques Saint Martin et La Phocéenne, l'organe régulateur aura pour mission de veiller et de faciliter la prise en charge des patients des cliniques dans les services de l'hôpital.

L'objectif est d'orienter au maximum le flux des SSR vers les services du CHU afin d'éviter la perte d'actes pour des patients adressés au départ par l'AP-HM.

#### 4.4.3. Les modifications d'organisations de l'AP-HM inhérentes à la mise en œuvre des partenariats

La mise en action des partenariats sur le site de Sainte Marguerite doit conduire à anticiper les modifications d'organisation interne à l'AP-HM.

Un organe régulateur de composition pluridisciplinaire aura pour mission de placer les patients des cliniques dans les services du CHU. Ces derniers seront en position de prestataires de services, entrant ainsi en concurrence avec le secteur privé.

L'organe de régulation aura pour mission d'écrire le cahier des charges pour l'amélioration de la procédure d'orientation des patients entre les SSR et les services de l'hôpital.

L'organe régulateur devra veiller à :

1. **La confiance** entre services de SSR et services de soins de courte durée, adossée à des protocoles de soins partagés ;
2. **L'anticipation des besoins** du patient et de sa famille afin de faciliter sa prise en charge au sein du CHU ;

**3. La communication et la cohérence** entre les différents services, le patient et la famille

**4. L'efficacité de l'organisation et la compétence des intervenants.**

La gestion simultanée de l'ensemble des éléments nécessaires pour l'orientation d'un patient pourra bénéficier d'une assistance informatique.

L'anticipation des conséquences de la création et de la mise en œuvre des partenariats par l'AP-HM ouvrira la voie à la construction d'un outil de gestion des demandes des patients à travers l'organe régulateur.

Cette organe de régulation deviendra une plateforme d'orientation des patients vers les services concernés et un aiguillon au service de la valorisation des niches d'activité non exploitées au sein de l'hôpital.

Cette réalisation demande néanmoins un changement assez profond de culture de travail des services hospitaliers. Une réflexion plus aboutie pourra être dégagée dans le cadre d'une concertation avec l'ensemble des acteurs parties à ce projet : médecins, paramédicaux, directeurs travaillant à l'hôpital et dans les cliniques. Mais aussi avec les patients qui seront les utilisateurs et les évaluateurs de l'efficacité de l'organe de régulation.

## Conclusion

Le partenariat entre l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille et les cliniques Saint Martin et La Phocéenne répond comme nous l'avons vu à des objectifs de santé publique dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et les carences en structures de prise en charge en SSR.

L'outil partenarial permet la réalisation d'un projet stratégique ambitieux soutenu par une gestion efficiente. L'utilisation des possibilités réglementaires par les acteurs de terrains tels que le Directeur d'hôpital, conduit à transformer l'identité de l'hôpital qui devient dans sa relation avec un partenaire privé le symbole du *limes* de la santé.

Le *limes* de la santé synthétise les contradictions, il assure une fonction défensive car il marque la frontière, ici entre le secteur public et le secteur privé, et affirme une proximité nécessaire aux échanges commerciaux.

Cette conciliation des nuances et des volontés de chacun des partenaires est communément admise dans les pays ayant recours au partenariat. « En définitive, les mécanismes de financement par un partenaire privé, Private Financial Initiative (PFI) et de Partenariat Public Privé (PPP) sont un outil et un instrument au service d'une politique volontariste fondée sur des critères qui débordent largement le cadre économique ».<sup>34</sup>

On retiendra par ailleurs que la Grande-Bretagne se caractérise par un certain nombre de facteurs facilitant, notamment le mode gouvernance des établissements de santé sous forme de Trusts.

Se pose alors la question de l'intégration et de la gestion par les communautés hospitalières de territoires des Partenariats Publics Privés en cours, ou à venir.

La voie qui pourrait se dessiner pour utiliser pleinement les potentialités du partenariat est un dosage négocié entre la créativité latine et le pragmatisme anglo-saxon donnant ainsi

---

<sup>34</sup> Mission Nationale d'appui à l'investissement hospitalier. Ministère de la santé et de la protection sociale. Novembre 2003. PFI UK. Rapport voyage d'études en Grande Bretagne.

tout son sens aux propos du poète britannique William Blake : « Ce qui est aujourd'hui prouvé, ne fut jadis qu'imaginé »

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages et mémoires :

AMPROU Anne Claire, Mémoire ENSP 2004 « Partenariat public privé à l'hôpital de Laval »

DUPONT-ESPER-PAIRE, 2006, Droit Hospitalier 6<sup>ème</sup> éd Dalloz

HOUSSEL Marie, Mémoire ENSP 2003, « La tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation »

MOSSE Ph. 1997, Le lit de Procuste. L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales, Ramonville Saint Agne, Editions Erès

## Périodiques :

BLAT. N. novembre 2007, Piloter une coopération, Gestions hospitalières, pp. 663-665

LAIDI Z., novembre 2003, La propriété intellectuelle à l'âge de l'économie du savoir, Esprit, p 116

PIGNON. S. janvier 2008, L'évolutivité du contrat, un atout pour les projets publics ? Gestions hospitalières, pp 41-43

VABRE. P. Août/Septembre 2002, Le financement des hôpitaux en partenariat public/privé. Gestions hospitalières. Supplément au n°418, p 599-600

Hospimedia, le 29/05/2008. Les établissements SSR sur le point de passer le cap

Lettre de l'Observatoire Economique et Social Supplément à Perspectives Sanitaires & Sociales • septembre/octobre 2006 • « Typologie des établissements de soins de suite » N°188

## **Sites internet**

Cartes relatives aux données démographiques et sanitaires propres au territoire de santé  
Bouches du Rhône Sud

Parhtage: <http://carto-ssr.parhtage.sante.fr>

Documents et méthodes issus de la loi du 31 janvier 2007 relative au dialogue social  
<http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-31-janvier-2007-modernisation-du-dialogue-social.html>

Travaux législatifs relatifs au contrat de partenariat

Sénat : [www.senat.fr](http://www.senat.fr)

## **Rapports et documents institutionnels**

WITTMANN. M-F. le 23 avril 2008, Note sur les soins de suite et de réadaptation,  
Fédération Hospitalière de France / Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale

Présentation T2A SSR. 20 mars 2008, Pôle Finances BDHF, FHF, 20 mars 2008

Courrier de l'ATIH à l'attention des Directeur des Agences Régionale de l'Hospitalisation  
en date du 2 juillet 2008 ayant pour objet la validation des données relatives aux  
compartiments du modèle intermédiaire SSR

Mission T2A : Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR

SROS SSR PACA p. 23

Projet médical AP-HM 2004-2009. pp. 24-25

Rapport public du Conseil d'État 2008. Synthèse des propositions du Conseil d'État pour  
un développement maîtrisé du contrat public

Mission Nationale d'appui à l'investissement hospitalier. Ministère de la santé et de la  
protection sociale. Novembre 2003. PFI UK. Rapport voyage d'études en Grande  
Bretagne.

Avis et Rapports du Conseil Economique et Social 2005. Etude présentée par M. Éric Molinié, L'Hôpital public en France : Bilan et Perspectives

Insee. Résultats et Projections de population 2005-2050, pour la France métropolitaine  
Insee Première, n° 1092, de juillet 2006. Consultable sur internet [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Rapport de présentation des projets de décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation août 2007, Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

### **Documents internes**

Délibérations du Conseil d'administration relatives au projet de partenariat avec les cliniques Saint Martin et la Phocéenne S1 du 25 juin 2004, S2 du 24 juin 2005 et S1 du 21 octobre 2005

Appel à projets formulé par l'AP-HM en matière de SSR le 14 septembre 2005

Réponse de la clinique La Phocéenne à l'appel à projet de l'AP-HM en matière de SSR en date du 23 décembre 2005

Plan de la Direction de l'Architecture et du Patrimoine faisant apparaître les projets stratégiques du site de Sainte Marguerite

Relevé de décisions SSR Privés du 2 février 2007

Relevé de décisions SSR Privés du 25 juin 2007

Relevé de décisions – Réunion S.S.R. Privés du 25 mars 2008

Compte rendu de la réunion Hôpital gériatrique du 20 Février 2008

Relevé de décisions AP-HM / UGECAM Valmante Réunion du 1er juin 2007

Note juridique de la Direction des Affaires juridiques relative à l'AOT dans le projet de partenariat cliniques Saint Martin et La Phocéenne du 21 février 2007

Note interne de la Direction générale relative à la cession de terrains (cessions pour les Cliniques La Phocéenne et Saint-Martin et AOT pour l'UGECAM) à l'Hôpital Sainte-Marguerite aux fins de participation d'établissements privés au plan stratégique de l'AP-HM du 19 juin 2008

## **Entretiens**

Entretien avec F-M Giocanti, Directeur général de la clinique Saint Martin, le 16 septembre 2008

Echange avec Madame Laurent et Monsieur Husson à l'ARH PACA, le 19 septembre 2008

## **Textes législatifs et réglementaires**

### **Lois, ordonnances**

République Française. Loi n°2008-735 du 24 juillet 2008 relative au contrat de partenariat  
Légifrance : <http://legifrance.gouv.fr/>

République Française. Ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 relative aux contrats de partenariat  
Légifrance : <http://legifrance.gouv.fr/>

### **Codes**

Code civil. Articles 1382 et suivants

Code de la Santé Publique. Articles L et R 6144 et suivants

Code Général de la Propriété des Personnes Publiques. Articles 2121 et suivants

### **Décrets**

République Française. Décret n°2008-376 du 17 avril 2008, relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

République Française. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008, relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

### **Décisions juridictionnelles**

Conseil constitutionnel. Décisions 2008-567 DC du 24 juillet 2008 relative au contrat de partenariat

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision>

### **Circulaires**

République Française. Circulaire n°97-841 du 31 décembre 1997 définissant cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisant la prise en charge en soins de suite ou réadaptation.

### **Décisions institutionnelles**

Décision de la Commission Exécutive de l'ARH du 10 avril 2007 confirmant l'autorisation d'exploitation de 90 lits de SSR à orientation neuro-orthopédique, accordée à la clinique Saint Martin sur le site de l'Hôpital Sainte Marguerite dans un bâtiment à construire

Décision de la Commission Exécutive de l'ARH du 10 avril 2007 confirmant l'autorisation d'exploitation de 80 lits de SSR à orientation gériatrique, accordée à la clinique La Phocéenne sur le site de l'Hôpital Sainte Marguerite dans un bâtiment à construire

### **Conventions**

AP-HM. Convention n°1999/204 du 25 juin 1999 autorisant l'accueil d'interne de spécialité par la clinique Saint Martin

AP-HM. Accord d'association du 1<sup>er</sup> juin 1978 relatif à la prise en charge de patients hémiplegiques par la clinique Saint Martin

---

## Liste des annexes

---

### ANNEXE I

Entretien réalisé le 16 septembre 2008 avec M. François-Michel Giocanti, Directeur général de la Clinique Saint Martin.

**Question introductive qui se rattache à l'actualité du projet : la décision de vente des terrains. Elle vise aussi à aborder le partenariat sans évoquer directement la vision et les valeurs**

**Que pensez-vous de la décision de cession du terrain ?**

Il y avait 2 options dans le cadre d'un projet en commun entre le secteur public et le secteur privé la vente ou l'AOT. Dans une première phase l'AP-HM a refusé la vente nous nous sommes orientés vers une AOT. L'inconvénient de l'AOT était sa précarité, nous n'étions pas vraiment propriétaire même si il y avait des garanties juridiques dans le cadre de cette formule.

La vente présente plusieurs avantages :

- des garanties supplémentaires en termes de trésorerie. Cela permet de négocier des concours bancaires plus avantageux et d'utiliser des outils traditionnels, comme l'hypothèque. Je rappelle que ce projet représente une somme totale de 22 millions d'euros.
- par ailleurs nous sommes maîtres chez nous

**Question relative à la vision du partenariat. Cette question fait écho à la réponse précédente**

**« Maître chez vous ». Comment concevez-vous le partenariat ?**

Au terme d'une étude de santé publique il a été déterminée que le territoire de santé avait des besoins de prise en charge non satisfait. Cette situation est due à l'absence de service de SSR à l'AP-HM, caractéristique assez peu fréquente pour un CHU. De plus 50% des refus formulés sont des patients de l'AP-HM.

Nous envisageons de dédier la structure sur le site de Sainte Marguerite à la personne âgée. En effet, la moyenne d'âge de la clinique Saint Martin est de 48 ans. On orientera prioritairement les personnes âgées sur notre structure à Sainte Marguerite afin de développer une prise en charge spécifique.

### **Question relative aux valeurs de la clinique dans le cadre du partenariat avec un EPS**

**La clinique Saint Martin affirme dans la réponse à l'appel à projet vouloir participer au service public hospitalier (SPH)? Quelle est la conception du SPH pour la clinique Saint Martin ?**

Nous concevons la participation au SPH comme une continuité des relations privilégiées que nous avons avec l'AP-HM depuis un accord d'association de 1978. Environ la moitié de nos patients est adressée par l'AP-HM. Je pense que ce partenariat privilégié est utile pour les deux parties.

### **Question relative à la détermination de la forme juridique du partenariat**

**Des relations privilégiées existent avec l'AP-HM. Pourquoi ne pas avoir utilisé une autre forme d'association ?**

Je crois que la délégation de service public (DSP) n'était pas possible. Il faut voir la raison de cette impossibilité avec l'ARH. Dans le cadre d'une DSP les médecins auraient été publics. Nous souhaitons être totalement autonome. L'appel à projet formulé par l'AP-HM prévoyait, au moyen d'une Commission d'Admission présidée par un Pu PH, la prise en charge favorisée de ces patients en courts séjours. Cette condition sera remplie.

### **Question relative à la perception des liens entre la clinique et l'AP-HM**

**La Commission de choix de l'AP-HM a justifié la décision d'acceptation du projet présentée par la clinique Saint Martin en raison de ce partenariat datant de 1978. Quel regard portez-vous sur cette décision ?**

Il y avait 3 projets qui répondaient aux besoins de l'AP-HM. Ils émanaient de grand groupe de santé, Générale de Santé je crois. Je pense que la réputation locale, régionale, de Saint Martin, son projet médical ont été déterminants. L'ancienneté du partenariat aussi. Il s'agit d'une relation de confiance mutuelle.

### **Interrogation relative à la vision du partenariat dans le futur**

**Pensez-vous que le projet AP-HM Saint Martin, La Phocéenne constituera un modèle de partenariat ?**

Je crois que le regroupement de moyens et d'activités est une bonne chose. Le recours au privé est astucieux. L'AP-HM a un projet stratégique et médical très ambitieux. Il finance ses priorités institutionnelles avec les deniers publics et transfère la réalisation des opérations qu'il juge secondaire au privé. L'AP-HM réalise son projet médical sans pour autant mettre les moyens financiers.

### **Question relative aux impacts du partenariat sur la structure mère**

**Quelles seront les conséquences de la création de cette nouvelle clinique?**

Cela permettra une dynamisation des équipes et du personnel d'encadrement. Cela permet d'ouvrir de nouvelles perspectives de carrière, cela répond à notre projet social. Notre souci est de conserver une culture maison dans le nouvel établissement. La proximité du CHU risque d'être un facteur de difficulté pour les personnels qui ne manqueront pas de comparer leurs situations individuelles.

La formation de l'encadrement de la future structure répond à la fois à la volonté d'ouvrir de nouvelles perspectives de carrière et de conserver cette culture maison. L'ouverture de la clinique se fera sans en 2011 nous devançons ainsi au moyen de notre plan de formation les besoins futurs.

Ce projet nous permet de constituer une véritable équipe de Direction, DRH, Directeur de la Qualité, contrôleur de gestion. Ces postes existent déjà mais en temps partiels cela permet de les transformer en temps plein.

M. Giocanti souhaite en terminant l'entretien que je note la « qualité du dialogue, et le caractère constructif de ce dernier afin de bâtir un partenariat solide répondant aux besoins de santé publique ». Par ailleurs, M. Giocanti souligne que l'AP-HM est « demandeuse » en la matière.

**ANNEXE II** Décision de la Commission Exécutive de l'ARH confirmant l'autorisation d'exploitation de 80 lits de SSR accordée à la clinique La Phocéenne sur le site de l'Hôpital Sainte Marguerite dans un bâtiment à construire

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



**DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES  
SANITAIRES ET SOCIALES**  
23,25 RUE BORDE  
13285 MARSEILLE Cedex 8  
SECRETARIAT DU CROS

MARSEILLE, le 24 AVRIL 2007

Affaire suivie par :

Mme IMBERT  
Ligne directe :  
04 91 29 99 53

RAR :  
Dossier n° 2007 A 116

Le Directeur de l'Agence  
Régionale de l'Hospitalisation  
Président de la Commission Exécutive

à

Monsieur Gabriel BOSSY  
Médecin Directeur Général  
de la S.A. LA PHOCEANNE  
145, route des Trois Lucs  
13012 MARSEILLE

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur de vous adresser la décision de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation réunie le 10 avril 2007, confirmant l'autorisation, d'une partie des installations de court séjour cédée par l'APHM en vue de les convertir en activité de soins de suite et de réadaptation gériatrique qui sera exercée sur le site de l'Hôpital Sainte-Marguerite dans un bâtiment à construire.

Conformément aux articles L. 6122-10-1 et R.6122-42 du code de la santé publique, vous avez la possibilité de former, dans un délai de deux mois, à compter de la notification de la présente décision, un recours administratif dit "hiérarchique". Ce recours ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux. Il est adressé auprès de l'Administration Centrale, à :

Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités  
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
Sous-Direction de l'Organisation du système de Soins  
Bureau O 4  
8, avenue de Ségur  
75350 PARIS 07SP

Vous avez également la possibilité de former un recours contentieux adressé au Greffé du Tribunal Administratif compétent, dans les conditions prévues à l'article R.421-1 du Code de justice administrative.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de ma considération distinguée.

  
Christian DUTREIL

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur  
141 avenue du Prado - 13008 Marseille - Tél : 04 91 29 92 50 - Fax : 04 91 79 74 44  
e-mail : arhpaca@arh-paca.com - http://www.arh-paca.com



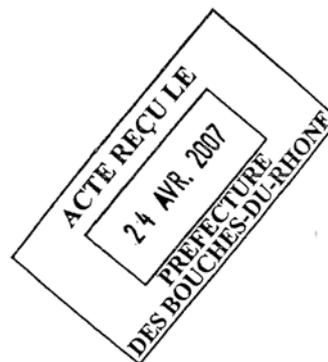
**Décision n° 07-04-07**  
 Demande de confirmation d'autorisation d'une partie des installations de court séjour cédée par l'APHM en vue de leur conversion en 80 lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique qui seront installés sur le site de l'Hôpital Sainte-Marguerite dans un bâtiment à construire

**Promoteur:**  
 S.A. LA PHOCEANNE à MARSEILLE (9<sup>ème</sup>)

**Lieu d'implantation :**  
 Hôpital Sainte-Marguerite à Marseille (9<sup>ème</sup>)

**Dossier n° : 2007 A 116**

Région  
 Provence  
 Alpes Côte d'Azur



**LA COMMISSION EXÉCUTIVE,**

\*\*\*

VU le code de la santé publique ;

VU le code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté n° 2006-11-04 du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 11 avril 2006, fixant le schéma régional de l'organisation sanitaire de Provence, Alpes, Côte d'Azur ;

VU l'arrêté n° 2006-08- BQOS 3 du 25 juillet 2006, fixant le bilan quantifié de l'offre de soins de Provence, Alpes, Côte d'Azur, pour les activités "soins de suite et de rééducation, réadaptation fonctionnelles adultes en vue de l'ouverture de la période de dépôt des demandes d'autorisation du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2006 ;

VU la décision du 22 décembre 2000, de la Commission Exécutive, renouvelant l'autorisation de fonctionner de 26 lits de soins de suite ou de réadaptation indifférenciés au profit de la SA "La PHOCEANNE" à Marseille (12<sup>ème</sup>) ;

VU la délibération de l'A P H M en date du 21 octobre 2005 prévoyant la conversion de 207 lits de court séjour en 155 lits de soins de suite et de réadaptation à orientation neuro orthopédique et gériatrique ;

VU la convention cadre signée le 15 mai 2006, entre l'A P H M et le représentant légal de la SA clinique La PHOCEANNE ;

VU la demande présentée par la S.A. "LA PHOCEANNE", sise, 145 route des Trois Lucs, 13 012 MARSEILLE, représentée par Monsieur Gabriel BOSSY, en qualité de Directeur Général, en vue d'obtenir la confirmation d'autorisation, d'une partie des installations de court séjour cédée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille en vue de leur conversion en 80 lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique, qui seront installés sur le site de l'Hôpital Sainte-Marguerite à Marseille (9<sup>ème</sup>) dans un bâtiment à construire ;

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur  
 141 avenue du Prado - 13008 Marseille - Tél : 04 91 29 92 50 - Fax : 04 91 79 74 44  
 e-mail : arhpaca@arh-paca.com - <http://www.arh-paca.com>

**ARTICLE 3 :**

L'autorisation accordée est valable exclusivement pour l'activité dont les caractéristiques et l'implantation sont strictement conformes au projet prévu au dossier. Toute modification du projet initial devra faire l'objet d'une nouvelle décision.

**ARTICLE 4 :**

Conformément à l'article L.6122-11 du code de la santé publique, le projet susmentionné doit faire l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et doit être achevé dans un délai de quatre ans à compter de la réception de la présente autorisation.

**ARTICLE 5 :**

Conformément à l'article L 6114-2 du code de la santé publique, les contrats mentionnés à l'article L 6114-1 dudit code, fixent les objectifs quantifiés des actes de soins pour lesquelles une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation.

**ARTICLE 6 :**

Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

MARSEILLE, le 20 AVR. 2007

Le Directeur de l'Agence Régionale de  
l'Hospitalisation,

Président de la Commission Exécutive,

  
**Christian DUTREIL**

**ANNEXE III.** Décision de la Commission Exécutive de l'ARH confirmant l'autorisation d'exploitation de 90 lits de SSR à orientation neuro-orthopédique, accordée à la clinique Saint Martin sur le site de l'Hôpital Sainte Marguerite dans un bâtiment à construire

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



Région  
Provence  
Alpes Côte d'Azur

**DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES  
SANITAIRES ET SOCIALES**  
23,25 RUE BORDE  
13285 MARSEILLE Cedex 8  
SECRETARIAT DU CROS

MARSEILLE, le

24 AVR 2007

Affaire suivie par :

Mme IMBERT  
Ligne directe :  
04 91 29 99 53

RAR :  
Dossier n° 2007 A 115

Le Directeur de l'Agence  
Régionale de l'Hospitalisation  
Président de la Commission Exécutive

à

Monsieur François Michel GIOCANTI  
Directeur Général  
de la S.A. CLINIQUE SAINT MARTIN  
183 route des Camoins  
13396 MARSEILLE CEDEX 11

Monsieur le Directeur Général,

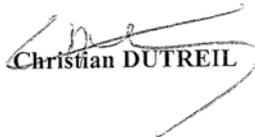
J'ai l'honneur de vous adresser la décision de la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation réunie le 10 avril 2007, confirmant l'autorisation, d'une partie des installations de court séjour cédée par l'APHM et leur conversion, en activité de soins de médecine physique et de réadaptation à orientation neuro-orthopédique qui sera exercée sur le site de l'Hôpital Sainte-Marguerite à Marseille (9<sup>ème</sup>) dans un bâtiment à construire, au profit de la SA clinique Saint MARTIN.

Conformément aux articles L. 6122-10-1 et R.6122-42 du code de la santé publique, vous avez la possibilité de former, dans un délai de deux mois, à compter de la notification de la présente décision, un recours administratif dit "hiérarchique". Ce recours ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux. Il est adressé auprès de l'Administration Centrale, à :

Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités  
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
Sous-Direction de l'Organisation du système de Soins  
Bureau O 4  
8, avenue de Ségur  
75350 PARIS 07SP

Vous avez également la possibilité de former un recours contentieux adressé au Greffe du Tribunal Administratif compétent, dans les conditions prévues à l'article R.421-1 du Code de justice administrative.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de ma considération distinguée.

  
**Christian DUTREIL**

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur  
141 avenue du Prado - 13008 Marseille - Tél : 04 91 29 92 50 - Fax : 04 91 79 74 44  
e-mail : arhpaca@arh-paca.com - http://www.arh-paca.com

**Décision n°06-04-07**

Demande de confirmation d'autorisation, suite à cession, d'une partie des installations de court séjour détenue par l'APHM et de conversion de ces lits en 90 lits de médecine physique et de réadaptation à orientation neuro-orthopédique (annexe XX) qui seront installés sur le site de l'Hôpital Sainte-Marguerite à Marseille (9<sup>ème</sup>) dans un bâtiment à construire

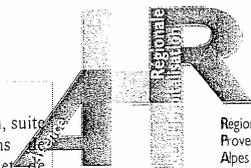
**Promoteur:**

S A CLINIQUE SAINT MARTIN à MARSEILLE (11<sup>ème</sup>)

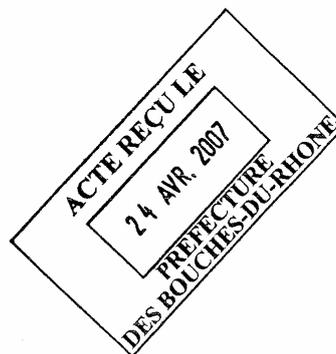
**Lieu d'implantation :**

Hôpital Sainte-Marguerite

Dossier n° : 2007 A 115



Region  
Provence  
Alpes Côte d'Azur

**LA COMMISSION EXÉCUTIVE,**

\*\*\*

VU le code de la santé publique ;

VU le code de la sécurité sociale ;

VU l'arrêté n° 2006-11-04 du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 11 avril 2006, fixant le schéma régional de l'organisation sanitaire de Provence, Alpes, Côte d'Azur ;

VU l'arrêté n° 2006-08- BQOS 3 du 25 juillet 2006, fixant le bilan quantifié de l'offre de soins de Provence, Alpes, Côte d'Azur, pour les activités "soins de suite et de rééducation, réadaptation fonctionnelles adultes en vue de l'ouverture de la période de dépôt des demandes d'autorisation du 1<sup>er</sup> septembre au 31 octobre 2006 ;

VU la décision du 11 juillet 2001, de la Commission Exécutive autorisant la requalification de l'agrément de 104 lits de médecine spécialisés dans les traitements de réadaptation fonctionnelle neurologiques en 104 lits de réadaptation fonctionnelle et fixant la capacité d'accueil de la Clinique Spécialisée "Saint-Martin" à 104 lits de réadaptation fonctionnelle spécialisés dans les traitements neurologiques, 22 lits de réadaptation fonctionnelle pour traumatisés crâniens et 27 lits de convalescences ;

VU la délibération de l'A P H M en date du 21 octobre 2005 prévoyant la conversion de 207 lits de court séjour en 155 lits de soins de suite et de réadaptation à orientation neuro orthopédique et gériatrique ;

VU la convention cadre signée le 15 mai 2006, entre l'A P H M et le représentant légal de la SA clinique Saint MARTIN ;

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur  
141 avenue du Prado - 13008 Marseille - Tél : 04 91 29 92 50 - Fax : 04 91 79 74 44  
e-mail : arhpaca@arh-paca.com - http://www.arh-paca.com

Marseille (9<sup>ème</sup>) dans un bâtiment à construire, est confirmée au profit de la S.A. "Clinique Saint-Martin", sise, 183 route des Camoins, 13396 Marseille Cedex 11, représentée par le Directeur Général.

**ARTICLE 2 :**

La présente autorisation est délivrée pour une période de 5 ans à compter du résultat positif de la visite de conformité mentionnée à l'article L 6122-4 et réalisée dans les conditions fixées à l'article D.6122-37 du code de la santé publique, laquelle devra constater les conditions de la mise en œuvre de l'activité de soins.

Elle est renouvelable dans les conditions fixées par l'article L 6122-10 du code de la santé publique et selon les modalités d'évaluation de l'activité prévues aux articles R.6122-23 et R 6122-32-1 (4°) du code de la santé publique.

**ARTICLE 3 :**

L'autorisation accordée est valable exclusivement pour l'activité dont les caractéristiques et l'implantation sont strictement conformes au projet prévu au dossier. Toute modification du projet initial devra faire l'objet d'une nouvelle décision.

**ARTICLE 4 :**

Conformément à l'article L.6122-11 du code de la santé publique, le projet susmentionné doit faire l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans et doit être achevé dans un délai de quatre ans à compter de la réception de la présente autorisation.

**ARTICLE 5 :**

Conformément à l'article L 6114-2 du code de la santé publique, les contrats mentionnés à l'article L 6114-1 dudit code, fixent les objectifs quantifiés des activités de soins pour lesquelles une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre, au plus tard trois mois après la délivrance de cette autorisation.

**ARTICLE 6 :**

Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

MARSEILLE, le 20 AVR. 2007

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,  
Président de la Commission Exécutive,

  
Christian DUPREIL