



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : 5 - 6 décembre 2000

**LA COOPERATION INTERHOSPITALIERE :
LOGIQUES ET LIMITES A TRAVERS LE CAS
DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
DE CRETEIL ET DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE HENRI MONDOR**

Anne Marie LECOMMANDOUX

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser un grand merci à tous ceux qui m'ont aidé pour la réalisation de ce travail en acceptant de me recevoir et de répondre à mes questions. Leurs réponses ont grandement contribué à nourrir ma réflexion.

Des remerciements particuliers à Monsieur JC.COINET, Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil pour avoir porté beaucoup d'attention à mon travail.

Merci également à :

- Monsieur le Professeur B.HOUSSET, Président de la Commission Médicale d'Etablissement du CHIC
- Monsieur le Professeur A.CASTAIGNE, Président du Comité Consultatif Médical de l'Hôpital Henri Mondor
- Madame C.VERGER, Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales de l'Hôpital Henri Mondor
- Madame le Docteur J.CAUDRON, chef de service des urgences générales du CHIC
- Monsieur G.ECHARDOUR, Conseiller auprès de l'ARHIF
- Monsieur le Docteur GENTILE, Médecin Inspecteur de Santé Publique attaché à la DDASS du Val de Marne

Merci également à Monsieur M.BREMOND d'avoir accepté d'être mon directeur de mémoire.

LISTE DES ABREVIATIONS

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARHIF : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

DH : Direction des Hôpitaux

GHM : Groupe Homogène de Malades

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ISA : Indice Statistique d'Activité. Indice unique permettant de mesurer l'activité des hôpitaux

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique. Appellation utilisée pour qualifier l'ensemble des activités de court séjour des structures d'hospitalisation

PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIH : Syndicat Interhospitalier

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
1 - LES COOPERATIONS DANS LE TEMPS : UN JEU AMBIVALENT	11
1.1 l'histoire des cooperations.....	11
1.1.1 L'organisation de la complémentarité des services universitaires	11
1.1.2 Les autres coopérations.....	19
1.1.3 Les échecs inéluctables de coopération.....	22
1.2 les logiques de cooperation	27
1.2.1 Les cultures des deux hôpitaux.....	27
1.2.2 Le positionnement dans le paysage sanitaire de l'Île de France	28
1.2.3 Les visions respectives de l'un sur l'autre	29
1.2.4 Les logiques d'acteurs et leur évolution	31
2 - LE SYNDICAT INTERHOSPITALIER CHIC / AP-HP (HENRI MONDOR).....	34
2.1 présentation du syndicat interhospitalier chic / ap-hp (henri Mondor)	34
2.1.1 La situation sanitaire et le contexte réglementaire	34
2.1.2 Le déroulement chronologique du processus d'élaboration du dossier de demande	37
2.1.3 Raison d'être et fonctionnement d'un syndicat interhospitalier type	40
2.1.4 Le syndicat interhospitalier CHIC / AP-HP (Henri Mondor).....	44
2.2 intérêt et limites du syndicat interhospitalier de creteil	46
2.2.1 Les aspects négatifs	46
2.2.2 Les limites du SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor).....	48
2.2.3 Les aspects positifs du SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor).....	52
3 - LES PERSPECTIVES OUVERTES EN MATIERE DE COOPERATION ENTRE LES DEUX HOPITAUX PAR LA MISE EN PLACE DU SYNDICAT INTERHOSPITALIER CHIC / AP-HP (HENRI MONDOR).....	55
3.1 la dynamique actuelle de cooperation : aspects et perspectives d'evolution ..	56

3.1.1	L'émergence d'une vraie logique de coopération	56
3.1.2	L'évolution des mentalités et des logiques d'acteurs.....	58
3.1.3	L'amorce d'un tournant culturel	60
3.2	les perspectives offertes par le SIH	62
3.2.1	L'organisation de l'accueil des urgences sur le SAU	62
3.2.2	La mise en commun de moyens	64
3.2.3	L'extension des missions du SIH	66
CONCLUSION	66

INTRODUCTION

La ville de Créteil compte trois structures d'hospitalisation publique. Deux de ces hôpitaux, Albert Chenevier et le Centre Hospitalier Universitaire Henri Mondor sont des établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Le troisième, le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), relève de la catégorie juridique des centres hospitaliers généraux.

Chacun de ces trois hôpitaux présente une activité importante. A.Chenevier est spécialisé autour des activités de psychiatrie adulte, de rééducation fonctionnelle et de soins de longue durée, avec également et depuis peu le développement d'une activité de gériatrie. Cette structure n'intéressant pas directement ce mémoire, je ne donnerai pas plus de détails la concernant. Il convient en revanche de présenter l'activité des deux autres établissements de manière plus précise.

L'hôpital H. Mondor dispose d'un total de 960 lits. C'est un Centre Hospitalier Universitaire à vocation uniquement d'hospitalisation de court séjour des adultes. Tous ses services ont un statut universitaire. Les lits sont répartis de la manière suivante :

- médecine : 565 lits,
- chirurgie : 284 lits,
- neurochirurgie : 69 lits
- psychiatrie : 18 lits.

Ses pôles d'activités sont :

- la cancérologie fonctionnelle,
- la cardiologie médicale et chirurgicale,
- les prélèvements et greffes,

- les neurosciences,
- la rhumatologie et l'orthopédie,
- l'urologie et la néphrologie.

L'Hôpital dispose également de services de médecine générale et médecine interne.

L'Hôpital Henri Mondor a un budget de fonctionnement de 1,2 milliards de francs. Il produit environ 72 millions de points ISA. Il emploie enfin 2700 Equivalents Temps Plein, soit plus de 3000 agents et les médecins titulaires sont au nombre de 256.

Le CHIC dispose de 556 lits dont 40 d'hospitalisation de jour. Il a quasi exclusivement une activité MCO puisqu'il ne dispose que de 40 lits de soins de suite et réadaptation. Sur le total de 469 lits MCO (sont retranchées au total les places d'hospitalisation de jour), 228 relèvent de la médecine, 151 de la chirurgie et 70 de la gynécologie-obstétrique. Les pôles d'activités sont :

- l'accueil mère-enfant avec la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale, la pédiatrie, la pédopsychiatrie et la chirurgie pédiatrique,
- les spécialités chirurgicales : ORL, ophtalmologie et stomatologie,
- la pneumologie,
- la chirurgie générale,
- la médecine générale et à orientation neurologie et gastroentérologie.

Le CHIC présente une forte activité de cancérologie qui n'est pas isolée en tant que telle mais exercée dans le cadre de ce découpage fonctionnel.

Son budget de fonctionnement est de 675 millions de francs pour une production de 40 millions de points ISA. Il emploie environ 1600 agents et le nombre de médecins titulaires est de 162.

Nous avons donc deux gros établissements MCO distants d'1,5 kilomètre l'un de l'autre et situés sur la même commune. On ne peut que s'interroger sur l'opportunité qu'il y avait pour l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) à construire en 1969 l'Hôpital

Henri Mondor sur une commune comptant déjà deux structures publiques d'hospitalisation, toutes deux de dimensions importantes et dont l'une était un établissement MCO. Or à l'époque un certain nombre d'éléments plaidaient pour la cohérence du projet. L'AP-HP en effet avait la volonté de construire un pôle de référence universitaire, doté de nombreux services de pointe, hyper technicisé et de dimensions très importantes. Pour cela il lui fallait trouver des espaces permettant la construction d'un immeuble de grande hauteur monobloc. Le choix de Créteil est apparu très adapté, l'AP-HP y étant propriétaire de nombreux terrains et le développement des banlieues incitant à la création de structures sanitaires en périphérie de Paris. De plus, le maire de Créteil, le Général Billotte, qui avait la volonté de développer fortement la commune sur le modèle des villes nouvelles, a obtenu la création d'une faculté sur la ville. Il faut enfin replacer tout cela dans un contexte largement favorable au développement des hôpitaux, avec une forte croissance du nombre de lits mais aussi du nombre de structures sur la période qui nous intéresse sans que le souci de cohérence de la répartition des équipements sur le territoire se montre prévalent dans les choix faits.

La création de l'Hôpital Henri Mondor va être à l'origine d'une situation sanitaire unique en France, qui n'a pas été sans poser régulièrement des problèmes tant aux acteurs de terrain qu'aux décideurs politiques et s'est révélée à de nombreuses occasions être un frein à la mise en place d'une politique de santé publique cohérente et efficace. L'une des raisons majeures du caractère exceptionnel de la situation et des difficultés rencontrées par les décideurs tient à la différence de statut juridique des deux hôpitaux. En effet, si l'Hôpital Henri Mondor ne relevait pas de l'AP-HP, ce qui a pour conséquence l'absence d'une personnalité juridique propre, les établissements se seraient sans doute vus contraints depuis de nombreuses années à fusionner.

Dès le départ, est affichée entre le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et l'AP-HP la volonté de coopérer et d'organiser la complémentarité des activités alors même que les deux hôpitaux présentent des images et des vocations totalement différentes. Le CHIC

se veut hôpital de proximité répondant aux besoins de la population de son bassin de vie alors que l'Hôpital Henri Mondor est voulu pôle de référence national dans des domaines phares. Pourtant l'AP-HP et la faculté de médecine de Créteil font le choix d'un jeu coopératif, ne développant à l'Hôpital Henri Mondor que les spécialités non présentes au CHIC et accordent des conventions universitaires aux services du CHIC correspondant à ces spécialités.

Pour autant, il existe des activités similaires sur les deux sites. C'est le cas de la médecine générale et de la chirurgie générale, digestive, urologique et orthopédique. Cette présence d'activités redondantes combinée à la proximité géographique vouent les deux établissements à être en position de concurrence l'un avec l'autre alors que la logique sanitaire voudrait que soient organisés le regroupement de certaines activités et l'organisation d'une meilleure complémentarité.

De l'autre côté, cette même proximité géographique associée au partage formalisé des activités universitaires fait que les deux hôpitaux sont trop liés pour ne pas coopérer ou tout le moins afficher une volonté de coopération.

Cette ambivalence et ce jeu de balancier entre coopération et concurrence va marquer toute l'histoire des relations entre le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor. Leur voisinage sur une même commune, combiné à leur différence de statut juridique en font un sujet d'étude particulièrement intéressant pour comprendre la situation sanitaire en Ile de France aujourd'hui, mais aussi plus largement pour réfléchir à la problématique générale de la coopération hospitalière, cette dernière représentant un des enjeux majeurs de l'histoire hospitalière en devenir.

Mon propos sera divisé en trois temps :

1. une étude de l'historique des relations entre les deux hôpitaux et de l'évolution des logiques d'acteurs et des représentations, qui illustre bien l'ambiguïté existant depuis l'origine et explique pourquoi certaines coopérations ont réussi et que d'autres étaient condamnées par avance à être des échecs.
2. Une étude du syndicat interhospitalier qui vient d'être créé entre le CHIC et l'AP-HP (Henri Mondor), structure bien représentative des stratégies présentes des acteurs, ainsi que du degré de cohérence et d'efficacité de la politique sanitaire aujourd'hui.
3. L'impact probable de cette structure sur l'avenir de la coopération entre les deux hôpitaux et comment l'utiliser au mieux pour la mise en place d'une collaboration efficace et durable.

1 - LES COOPERATIONS DANS LE TEMPS : UN JEU AMBIVALENT

L'étude des relations entre l'Hôpital Henri Mondor et le CHIC à travers l'histoire des coopérations montre bien l'équilibre instable créé en 1969 et les logiques d'acteurs qui en découle.

Mon exposé sera divisé en deux temps :

1. La présentation des coopérations, celles qui ont abouti et celles qui étaient condamnées dès le départ à ne pas voir le jour ;
2. Les logiques de coopération induites par l'histoire.

1.1 L'HISTOIRE DES COOPERATIONS

Pour bien montrer la diversité des coopérations existantes, leur nature, leurs motivations et leurs conséquences, l'exposé sera divisé en trois parties:

1. L'organisation de la complémentarité des services universitaires
2. Les autres coopérations et leurs caractéristiques
3. Les échecs inéluctables

1.1.1 L'organisation de la complémentarité des services universitaires

Un certain nombre d'hypothèses peuvent être avancées pour expliquer le fait que l'AP-HP et la faculté de médecine font en 1969 le choix d'un jeu coopératif avec le CHIC. :

- condamner le CHIC à disparaître n'était pas justifiable politiquement ;
- volonté d'éviter les gaspillages économiques ;

- politique de l'AP-HP à l'époque de développer les accords d'association avec les hôpitaux généraux ;
- volonté du doyen de la Faculté de disposer du plus grand nombre de pôles de recherche.

Pour la partie universitaire qui nous intéresse ici, la formalisation des rapports est obligatoire et prévue par l'ordonnance hospitalière du 30 décembre 1958. La signature d'une convention tripartite CHIC, AP-HP et faculté de médecine ne pose donc pas trop de difficultés.

1.1.1.1 La convention d'origine

Un projet initial de convention, en date du 14 janvier 1970, mentionne l'association du CHIC au CHU de Paris (faculté de Créteil) pour les activités de pneumologie, de médecine générale, de pédiatrie, de chirurgie générale et de biochimie. Hors le cas de la pneumologie pour laquelle est prévu un poste de chef de service, les autres services ne doivent disposer que de postes de chefs de clinique. Mais le projet est abandonné.

Le projet finalement retenu date du 1^{er} mars 1971. Les références à la médecine générale et à la biochimie sont abandonnées, correspondant à des services que l'Assistance Publique désirait développer à l'Hôpital Henri Mondor. Restent donc la pneumologie, la pédiatrie et la chirurgie générale. La pneumologie demeure le seul service à se voir affecter un poste de chef de service, les autres n'étant dotés que de chefs de clinique. Cet état de fait s'explique pour la chirurgie, le chef du service de chirurgie du CHIC faisant partie de ces médecins issus de l'AP-HP qui avaient été nommés sur des postes de chefs de service dans des hôpitaux généraux alors même qu'ils avaient un statut universitaire, l'AP-HP ne pouvant

offrir de chefferies à tous ses PU-PH. Pour la pédiatrie en revanche, l'absence de poste de PU-PH chef de service entraîne la non qualification universitaire du service.

La convention organise également la mission d'enseignement incombant au CHIC.

Un certain nombre d'avenants à la convention sont de façon étonnante signés dans les trois mois qui suivent cette date initiale du 1^{er} mars 1971. Les éléments trouvés dans les archives du CHIC ne permettent pas d'avancer une raison certaine pour expliquer ce curieux échelonnement. On peut cependant formuler l'hypothèse de tractations au coup par coup, engagées sur la base des priorités retenues par la faculté de médecine et des orientations voulues par l'AP-HP à l'Hôpital Henri Mondor.

Un avenant en date du 20 mars 1971 inclut les activités de gynécologie-obstétrique et de pharmacologie, auxquelles sont accordés des postes de chefs de service.

Un autre avenant en date du 10 juin 1971 intègre au champ de la convention le service d'ophtalmologie auquel il affecte également un poste de chef de service.

Il faut attendre le 2 juillet 1980 pour que soit conclu le prochain avenant important. Il accorde le statut universitaire au service d'otorhinolaryngologie du CHIC et lui attribue un poste de chef de service.

Hors le cas de la chirurgie générale, tous ces services (pneumologie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, ORL, ophtalmologie et pharmacologie) correspondent à des pôles traditionnellement forts de l'Hôpital intercommunal, organisés autour des activités tête et cou, pneumologie et mère-enfant, et non développés à l'Hôpital Henri Mondor. La création de ce dernier n'a donc pas remis en cause l'existence des activités exercées jusqu'alors par le CHIC. Elle en a au contraire renforcé la notoriété.

1.1.1.2 L'impact de la convention sur les deux hôpitaux

La qualification universitaire d'une partie de ses services est à l'origine de la position particulière du CHIC dans le paysage sanitaire traditionnel des centres hospitaliers généraux de l'Île de France, mais aussi de ses difficultés régulières de positionnement. Son statut mixte d'hôpital de proximité et de structure universitaire entraîne en effet deux séries de conséquences : d'un côté le CHIC se présente comme un gros hôpital général avec une très forte production de points ISA et des services à rayon de recrutement bien supérieur au département ; de l'autre côté, il doit assumer des services qui lui coûtent chers et pour lesquels il n'est pas maître de toutes les décisions stratégiques, le jeu se faisant avec la faculté de médecine et la direction de l'AP-HP. Il est de plus, dans le contexte actuel de rationalisation des moyens, régulièrement contraint de procéder à des arbitrages budgétaires entre ses missions de structure de proximité et ses missions universitaires.

Du point de vue de l'hôpital Henri Mondor, l'association avec le CHIC aura eu pour conséquence principale de donner naissance à un Centre Hospitalier Régional voué à l'accueil des adultes, ce qui veut dire qu'il ne remplit pas à lui seul l'ensemble des missions d'un CHR. Or, compte tenu de sa position géographique, l'Hôpital Henri Mondor ne peut prendre l'option traditionnelle à l'AP-HP de rechercher les compétences et activités qui lui manquent uniquement auprès des autres établissements de l'AP-HP. C'est pour cette raison qu'il est contraint de tenir compte du CHIC et de rendre leur complémentarité de fait vivante en collaborant.

La spécialisation première du CHIC autour des activités mère-enfant, tête et cou, pneumologie et pharmacologie fondamentale est encore renforcée par la suppression progressive des postes universitaires accordés au service de chirurgie générale du CHIC, le dernier disparaissant en 1987 avec le départ à la retraite du chef de service PU-PH.

1.1.1.3 Les difficultés rencontrées à partir des années 90

Si dans l'ensemble, le partage des activités s'est fait sans grande difficulté, deux points cependant méritent d'être signalés.

Pour le service de pédiatrie tout d'abord, il faudra attendre 1999 pour l'obtention d'un classement hospitalo-universitaire, le poste de PU-PH alors accordé n'étant d'ailleurs pas offert au chef de service actuel auquel la nomination de PU-PH a régulièrement été refusée. Il semble que ce refus réitéré de nomination d'un chef de service universitaire en pédiatrie ait avant tout obéi à des luttes d'influence entre les spécialités présentes pour l'affectation des postes universitaires. En effet la faculté de médecine de Créteil s'est trouvée longtemps privé de tout service universitaire de pédiatrie.

Un laboratoire universitaire de pharmacologie ensuite a été créé à l'hôpital Henri Mondor en 1994 alors que le service de référence était celui du CHIC. Un bras de fer s'est alors engagé entre les deux hôpitaux, aboutissant à la décision de transfert de toute l'activité de pharmacologie fondamentale au CHU Henri Mondor en 2003, lors du départ en retraite du chef de service du service du CHIC.

Les difficultés et tensions sont surtout apparues à partir du début des années 90, notamment à la suite de la dénonciation unilatérale par l'AP-HP d'un certain nombre de postes universitaires accordés au CHIC dans le cadre de la convention de 1971. Plus largement, le 9 juin 1992, lors d'une communication à la Conférence Médicale d'Etablissement, le directeur général de l'AP-HP, François STASSE, définit une nouvelle politique en matière de conventions hospitalo-universitaires. Les principes en sont les suivants : il ne sera conclu aucune nouvelle convention ; pour les conventions existantes, les vacances de postes seront l'occasion de discuter de l'opportunité du renouvellement de ces postes ; le fait que la discipline en cause manquerait dans les hôpitaux de l'AP-HP associés

à l'UFR correspondante ne constitue plus en lui-même une justification. Est prévue une exception : lorsque l'établissement souhaitant passer convention « est en mesure de proposer à l'AP-HP un accord plus général de coopération dans des domaines susceptibles d'intéresser celle-ci ».

A l'heure d'une rationalisation des moyens alloués au secteur hospitalier public, l'AP-HP entend donc conserver à son profit le maximum de crédits universitaires.

Cette déclaration a deux conséquences :

- Le CHIC, soucieux de justifier l'existence de ses services universitaires, et l'Hôpital Henri Mondor, désireux de mettre en application la politique impulsée par le siège de l'AP-HP, engagent en septembre 1993 des discussions et mettent en place des groupes de travail ayant pour mission de réfléchir aux complémentarités entre les deux hôpitaux. La teneur et l'aboutissement (ou plutôt l'absence d'aboutissement) de ces discussions seront étudiés dans le paragraphe relatif aux échecs de la coopération.
- Le Directeur du CHIC rédige en 1992 un projet de convention visant à remplacer la convention de 1971 et à organiser plus largement les rapports entre les hôpitaux cristoliens, Albert Chenevier, étant inclus dans la négociation. L'objectif affiché est d'organiser au mieux :
 - la complémentarité des activités des trois hôpitaux ;
 - les transferts des malades entre les hôpitaux ;
 - la coopération entre les médecins quand l'une des structures dispose d'une spécialité non présente dans les autres.

Si le principe de complémentarité est affirmé, la convention n'en pose pas moins curieusement la règle du statu quo en matière d'activités médicales, chacune des structures conservant ses spécialités actuelles.

Le projet envisage la création d'une commission inter-établissements dotée de larges compétences puisqu'il est fait appel à elle pour toute modification d'organigramme, et notamment la création d'un nouveau service, dans l'un des hôpitaux ; cette commission statue également sur l'éventuelle création dans une des structures d'une spécialité déjà présente dans une des deux autres structures.

Les hôpitaux de plus se prêtent des médecins sans facturation des actes et adopte le principe du non-transfert administratif des malades transférés.

Ce projet de convention est parfaitement éclairant de l'ambivalence forte des rapports entre l'AP-HP et le CHIC. Ce projet en effet va très loin puisqu'il organise un jeu totalement coopératif et transparent : les acteurs disent ce qu'ils font et font ce qu'ils disent, se concertant pour toutes les décisions stratégiques prises en matière d'activités médicales. Mais dans le même temps, le statu quo est réaffirmé.

Il n'a jamais abouti. On peut penser qu'il n'a d'ailleurs pas été rédigé en vue d'être signé et mis en pratique mais plutôt dans une logique d'affichage politique de bonne volonté vis à vis de la Direction générale de l'AP-HP, ainsi que des autorités de tutelle. On s'inscrit en plein dans la mise en scène du système si chère aux hôpitaux français. La règle du jeu en est la suivante : les hôpitaux acceptent de s'inscrire dans la ligne de ce qui est préconisé par les autorités de contrôle ; en contrepartie, ils conservent une large autonomie d'action et de décision. Chacun des acteurs sait que peu voire aucune solution ne se dégagera des discussions dès lors que seront en cause des intérêts stratégiques de l'une ou l'autre des structures mais tel n'est pas le but premier. Ce dernier est l'affichage d'une volonté de coopérer.

Aucun autre projet d'accord cadre, notamment entre l'Hôpital Henri Mondor et le CHIC, n'a vu le jour. Les associations hospitalo-universitaires sont donc aujourd'hui encore régies par la convention de 1971 et ses avenants.

1.1.1.4 Les perspectives

Plus personne ne parle de remettre en cause le statut universitaire des services de pneumologie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, ORL et ophtalmologie du CHIC. Ces services correspondent en effet à des activités dont l'existence au sein du bassin de vie est indispensable et qui ne peuvent être assurées par L'Hôpital Henri Mondor. Les activités du pôle mère-enfant et la pneumologie constituent par ailleurs des axes prioritaires de la faculté de médecine de Créteil.

Au sein même du CHIC, la tension existante entre les médecins universitaires et les non-universitaires tend à s'estomper, comme le montre l'élection pour la première fois d'un Professeur des Universités à la Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement.

Selon G.ECHARDOUR, conseiller auprès du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France, la préparation du plan stratégique de l'AP-HP en cette année 2000 a entraîné une vraie réflexion sur ses services universitaires, leur légitimité à l'être ou non. L'élaboration de ce plan semble être également l'occasion de repenser la répartition spatiale des services universitaires en Ile de France, des regroupements d'activités sur un même site étant envisageables. Tout ceci donnera peut-être matière à de nouvelles discussions sur l'avenir des services universitaires du CHIC.

La définition de sa nouvelle politique en matière de services universitaires par l'AP-HP en 1992 aura eu pour mérite principal, puisque qu'aucun accord cadre n'a pu être signé, de servir de point de départ à une réflexion sur une coopération globale des deux hôpitaux, prenant en compte tous les services et activités.

Il convient donc maintenant de s'intéresser aux coopérations non universitaires.

1.1.2 Les autres coopérations

On peut les qualifier à l'aide de trois caractéristiques qui, chacune, feront l'objet d'un développement :

- nombreuses
- non formalisées juridiquement
- reposant sur des ententes de personnes.

1.1.2.1 Nombreuses

Les services universitaires de pneumologie, d'ORL et d'ophtalmologie du CHIC disposent tous trois d'une antenne sur le site de l'Hôpital Henri Mondor. Ces antennes correspondent à la présence d'un praticien rattaché administrativement au CHIC et sous la responsabilité des chefs de service du CHIC.

Une activité de cardiologie non interventionnelle a été mise en place au CHIC au profit des hospitalisés. Elle est sous la responsabilité du Président de la Fédération de cardiologie de l'Hôpital Henri Mondor et le médecin qui l'exerce est rattaché à Henri Mondor.

Une Fédération d'oncologie a été créée entre le CHIC et l'hôpital Henri Mondor. Elle réunit l'ensemble des services qui reçoivent des malades relevant de cette spécialité et est intégrée au pôle cristolien d'oncologie.

Un réseau Hépatite C a été créé qui regroupe le CHIC, l'hôpital Henri Mondor et le Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges.

Enfin, une collaboration existe entre le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor sur la génétique et la drépanocytose, le premier recevant les enfants et le second les adultes pour ces deux spécialités.

1.1.2.2 Non formalisées

C'est avant tout en raison de cette non-formalisation qu'il est difficile d'être en mesure de recenser toutes les coopérations existantes. Si certaines se contentent sans difficulté de leur caractère informel, d'autres en revanche devraient connaître une qualification juridique.

C'est le cas des antennes. Mode de coopération largement institutionnalisé et développé entre les deux hôpitaux, la question de leur nature juridique, bien que régulièrement évoquée, n'a pu à ce jour être réglée. La nécessité de trouver une réponse satisfaisante fait l'objet d'un consensus de la part des deux hôpitaux car la situation est susceptible de poser des problèmes de couverture des accidents de trajet ou de travail des médecins intervenant dans les deux structures, et par là même engager la responsabilité des hôpitaux.

Cela a été le cas également lors de diverses coopérations ponctuelles nécessitant le déplacement de personnes entre les deux sites et l'exercice d'une activité par ces mêmes personnes sur le site dont ils ne relevaient pas juridiquement. Deux exemples récents : la mise à disposition du CHIC de locaux de cuisine par l'Hôpital Henri Mondor pendant la période où le CHIC procédait à des travaux d'aménagement dans sa propre cuisine. L'autre exemple est la mise à disposition du CHIC par l'Hôpital Henri Mondor de son accélérateur de particules pendant la période où le CHIC procédait là encore à des travaux.

Les raisons expliquant cette incapacité à formaliser même dans les cas où la responsabilité des hôpitaux peut être mise en cause sont au nombre de deux. La première, qui est aussi la principale selon les acteurs interrogés, tient à la difficulté liée à la différence de statut juridique des deux hôpitaux, l'un relevant du régime général des centres hospitaliers, l'autre du statut particulier de l'AP-HP. L'Hôpital Henri Mondor n'étant en effet pas habilité à régler les questions juridiques de son propre chef, la direction de l'établissement doit systématiquement en référer à la Direction centrale des Affaires Juridiques de l'AP-HP. Or cette dernière a un temps de réponse très long au regard de la réactivité qui est demandée aux acteurs de terrain. Pour la question des antennes, la DAJ s'est même à plusieurs reprises opposée aux solutions avancées par les acteurs sans proposer elle-même d'alternatives. Cela a par exemple été le cas lorsqu'il a été envisagé de recourir à la formule juridique des Unités fonctionnelles. Les acteurs mondoriens interrogés se plaignent de leur manque d'autonomie et du formalisme excessif de la Direction générale, peu intéressée à trouver des solutions aux problèmes concrets des établissements.

L'autre raison empêchant de trouver des solutions juridiques aux coopérations est la réticence forte et historique des deux établissements à se lier de façon formelle, hors des cas obligatoires comme les coopérations hospitalo-universitaires. La méfiance du côté du CHIC, notamment des médecins, vis à vis de l'Hôpital Henri Mondor est forte en raison du poids énorme qu'il représente en tant que CHU et en tant qu'établissement de l'entité AP-HP. Est régulièrement évoquée la crainte d'une absorption. Du côté de l'Hôpital Henri Mondor, est présent le syndrome AP-HP, qui se manifeste par une fierté importante tirée du statut particulier et de la taille sans commune mesure, et par l'envie de préserver au maximum cette concentration unique de pouvoir. D'où la tendance à vouloir vivre en autarcie, l'AP-HP se suffisant à elle-même, et la réticence à s'engager avec des établissements du régime général qui ne sont pas considérés comme des interlocuteurs d'un niveau égal.

1.1.2.3 Reposant sur des ententes de personnes

Les hôpitaux fonctionnant encore comme une juxtaposition de chapelles médicales autonomes voire autarciques, sur lesquelles personne n'a de réelle pouvoir de commandement, peu de décisions concernant un service peuvent se prendre sans la bonne volonté du chef de ce service. Si ce dernier ne veut pas coopérer avec un autre médecin, dans les faits personne ne peut l'y forcer.

C'est pourquoi les coopérations, depuis la création de l'Hôpital Henri Mondor, reposent avant tout sur des ententes de personnes, notamment des relations entre les membres du corps médical. La coopération traditionnelle par exemple qui existait entre les deux hôpitaux pour la pharmacologie s'est arrêtée en raison d'une mauvaise entente entre le chef du service de pharmacologie et les médecins de Henri Mondor.

Restent maintenant à étudier les coopérations qui n'ont pu aboutir et trouver les raisons de ces échecs.

1.1.3 Les échecs inéluctables de coopération

Il existe des sujets évoqués de manière récurrente lors des discussions entre les deux hôpitaux mais pour lesquels il n'a jamais pu être mise en place de coopération. Seront étudiés ici ceux qui reviennent le plus souvent dans les documents et les conversations : la chirurgie et l'Imagerie par Résonance Magnétique. A eux deux ces cas de figure réalisent une bonne synthèse des motivations poussant les acteurs à ne pas coopérer.

1.1.3.1 Le contexte

A partir du début des années 90, s'engage une réflexion globale qui va plus loin que la simple coopération puisque l'on parle de **complémentarité** à organiser, cette dernière impliquant des modifications dans la répartition des activités et non une simple collaboration. C'est ce qui rend les aboutissements concrets d'autant plus difficiles à trouver. Les évènements qui sont venus appuyer cette logique sont au nombre de quatre.

1. L'appel lancé en juin 1992 par le Directeur général de l'AP-HP et évoqué précédemment encourageant fortement la conclusion d'accords cadres généraux avec les hôpitaux associés à l'activité hospitalo-universitaire ;
2. Les nouvelles logiques présidant aux choix des autorités de planification et de contrôle en matière de politique sanitaire sur la base de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et de l'ordonnance du 24 avril 1996 et incitant fortement à une rationalisation en matière d'offre de soins ;
3. La préparation par le CHIC de son projet d'établissement dans le contexte de politique sanitaire décrit précédemment, qui fait de la coopération avec l'Hôpital Henri Mondor un critère majeur de validation des options choisies ;
4. Les recommandations faites à l'Hôpital Henri Mondor à l'issue des travaux de la conférence stratégique de la zone Est de l'AP-HP en 1995 d'approfondir ses complémentarités avec le CHIC afin d'affirmer sa vocation de CHR de l'Est parisien, sa situation géographique l'ancrant davantage dans une logique de bassin de vie que dans une logique de complémentarité avec d'autres établissements de l'AP-HP.

Malgré ces incitations fortes et convergentes et la multitude des rencontres organisées notamment entre 1994 et 1996, aucune modification de l'existant n'a pu être envisagé en chirurgie, et aucune coopération n'a réellement vu le jour autour de l'IRM.

1.1.3.2 La chirurgie

Le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor disposent tous deux d'une activité de chirurgie générale, ce qui comprend les chirurgies digestive, urologique et orthopédique. La question de la vocation mais aussi de l'avenir de la chirurgie traumatologique et orthopédique au CHIC se pose de façon récurrente depuis dix ans, le souhait des autorités de tutelle étant de voir regroupée l'ensemble de la traumatologie sur le site mondorien beaucoup plus gros, le CHIC ne gardant une compétence médicale en traumatologie qu'au niveau de l'accueil des urgences. Or aucun des hôpitaux ne voit son intérêt à organiser au mieux cette coopération : le CHIC ne veut pas perdre une activité qu'il estime indispensable pour répondre aux besoins de la population du secteur et notamment à l'aval des urgences, et la communauté médicale plus particulièrement est fortement hostile à la disparition d'une spécialité ; la traumatologie légère faite par le CHIC n'intéresse pas les chirurgiens de l'Hôpital Henri Mondor qui ne veulent pas remplir leurs services avec des cas opératoires moins intéressants que ceux qu'ils traitent à l'heure actuelle. Nous avons donc un cas de coopération pour une non coopération puisque les deux hôpitaux ont réussi à s'entendre pour justifier le maintien de la situation existante devant les autorités de tutelle. Face au message de la tutelle qui dit : "coopérez", les deux hôpitaux répondent : "oui, on est tout à fait prêts à coopérer et à discuter ensemble (pour preuve, toutes les réunions que l'on organise, les groupes de travail que l'on met en place) mais notre réflexion nous amène à la conclusion qu'il ne faut rien changer à la situation actuelle". L'argument le plus fréquemment avancé est celui de la fausse redondance, les deux établissements ne traitant pas les

mêmes types de cas : le CHIC, hôpital de proximité et l'Hôpital Henri Mondor, centre universitaire de pointe.

Des évolutions n'en sont pas moins en cours : l'Hôpital Henri Mondor a diminué son nombre de lits de chirurgie orthopédique et traumatologique ; Le CHIC a fait de même, créant en parallèle une unité de chirurgie ambulatoire. Mais ces évolutions ne sont pas une réponse à la demande des autorités de tutelle d'organiser la complémentarité, les deux hôpitaux faisant le pari de faire renoncer la tutelle à ses projets, ou tout le moins retarder les échéances en offrant des restructurations internes à chaque établissement et qui diminuent l'offre globale de lits de chirurgie sur la commune.

L'exemple de la chirurgie montre bien que les deux hôpitaux ne sont pas prêts à coopérer dans les domaines d'activités qu'ils ont en commun et pour lesquels la notion de concurrence prédomine donc encore largement. D'autres exemples plus ponctuels viennent confirmer ce phénomène : en médecine, aucune collaboration n'a pu aboutir sur le Sida.

1.1.3.3 L'Imagerie par Résonance Magnétique

Entre mai 1994 et mai 1995, de nombreuses discussions ont eu lieu en vue de permettre la réalisation des examens d'IRM dont les patients du CHIC avaient besoin à l'Hôpital Henri Mondor, le CHIC étant contraint d'envoyer ses malades à Saint Denis, solution économiquement et humainement non satisfaisante alors que le nombre d'actes à réaliser était peu important. Aucune coopération n'a pu être envisagée, les radiologues de l'Hôpital Henri Mondor se montrant très réfractaires. Le motif invoqué était la saturation de la machine. Après étude des faits et du contexte, il semble que ce ne soit pas là la motivation réelle principale de leur opposition. On peut expliquer leur décision au regard d'un certain nombre d'éléments : d'abord l'absence d'intérêt direct pour eux à coopérer puisqu'aucune

demande de la tutelle et pas de risque de remise en cause de leur autorisation d'équipement en cas de refus ; des relations personnelles faibles voire quelquefois tendues avec les radiologues du CHIC ; pas de perspective dans l'immédiat d'être en mesure de se servir de cet élément pour obtenir une deuxième autorisation d'IRM.

Cet exemple montre bien que dès lors que les deux hôpitaux n'ont pas un intérêt direct à coopérer, les discussions achoppent toujours.

Aujourd'hui, avec l'élargissement des quotas d'autorisation des équipements lourds, elles ont pu reprendre. Et cela dans un esprit constructif de part et d'autre, dans la mesure où une éventuelle autorisation est absolument subordonnée à la présentation d'un dossier commun. Pourtant, alors même que l'intérêt à agir est avéré pour les deux parties, elles n'ont pu se mettre d'accord sur les modalités de coopération. Deux dossiers de demande ont donc été déposés, l'un prévoyant une association CHIC - Mondor avec l'installation de la machine à l'Hôpital Henri Mondor et l'autre proposant une coopération élargie à des partenaires privés avec l'installation de la machine sur le site de l'Intercommunal. Les deux hôpitaux, pour éviter un blocage définitif et par là même aucun dépôt de demande, ont donc laissé le soin aux autorités sanitaires de trancher.

Pour résumer et conclure, on peut dire qu'il y a systématiquement échec des négociations dès lors que les deux hôpitaux n'ont pas un intérêt direct à agir, cela parce que l'on se place le plus souvent encore dans une logique de concurrence et que les structures hospitalières fonctionnent encore le plus souvent sur le mode d'une juxtaposition de disciplines, de chapelles avec une forte autonomie des acteurs et la prédominance de logiques individuelles.

Pour bien comprendre l'effet perpétuel de balancier existant entre les volontés de coopération et de concurrence, il est indispensable d'étudier maintenant les logiques de coopération.

1.2 LES LOGIQUES DE COOPERATION

Différents points vont être ici abordés, tous éclairants des ambiguïtés et des motivations de chacun à agir ou ne pas agir.

1.2.1 Les cultures des deux hôpitaux

Au CHIC prédomine une culture d'hôpital de proximité avec une approche très humaine et une volonté de personnalisation des rapports entre soignants et patients. Ces dernières s'accompagnent d'une haute technicité des soins prodigués. Sa structure pavillonnaire confère à l'hôpital un caractère un peu familial qui engendre chez le personnel un fort sentiment d'appartenance et chez les patients l'habitude de s'adresser au CHIC en cas de problème de santé.

Il existe une véritable culture AP-HP commune à tous ses établissements et qui génère là aussi un fort sentiment d'appartenance chez tous les personnels. Sont partagées les notions de prestige et d'excellence, confortées par un rayonnement national et un statut particulier. Dans le même temps, l'importante centralisation des pouvoirs à la Direction centrale, le poids syndical et la grande politisation des rapports de forces rendent difficiles les changements d'organisation. L'Hôpital Henri Mondor présente toutefois quelques caractéristiques propres liées à sa situation d'établissement de périphérie et à sa coloration politique de gauche.

1.2.2 Le positionnement dans le paysage sanitaire de l'Île de France

Pour l'Hôpital Henri Mondor, ce positionnement ne pose pas de grandes difficultés. Il peut compter en effet avec son statut de CHU disposant de services très spécialisés et de pôles forts dont le rayonnement dépasse largement le cadre du département et même de la région. Il est de plus établissement de l'entité AP-HP, largement dominante dans la structuration de l'offre sanitaire d'Île de France, qui dispose de moyens financiers considérables et dont le poids politique est très fort. Même si au sein de l'AP-HP une hiérarchie implicite existe entre les hôpitaux du centre, c'est-à-dire de Paris, et les hôpitaux périphériques situés en banlieue, l'Hôpital Henri Mondor n'en dispose pas moins de moyens importants et d'une légitimité forte tirée de l'importance de son bassin de vie et de la haute renommée de certains de ces services. L'hôpital donc, en plus de n'avoir en aucun cas à prouver sa légitimité à exister, n'éprouve pas de difficulté majeure de positionnement.

Pour le CHIC, depuis la création de l'Hôpital Henri Mondor, la situation est bien différente. S'il dispose d'une importante légitimité à être en raison de son fort ancrage dans l'histoire du Val de Marne, l'attachement que lui porte la population et le poids politique des élus des communes fondatrices, la question de ses activités a été régulièrement posée par les autorités de tutelle. Cette dernière a par le passé évoqué l'idée d'une spécialisation de l'hôpital autour des pôles mère-enfant, tête et cou et pneumologie, le reste des activités devant être transféré à l'Hôpital Henri Mondor. Ainsi, si aucune décision de ce type n'a pu à ce jour être prise et que le dernier projet d'établissement du CHIC a été approuvé, l'idée d'une redistribution des activités n'en reste pas moins sous-jacente dans tous les esprits et il y a fort à parier que si le démantèlement de l'AP-HP intervient un jour, la fusion du CHIC avec l'Hôpital Henri Mondor sera envisagée.

Depuis que le CHIC participe aux missions universitaires du CHRU Henri Mondor, son statut hybride lui pose des difficultés de positionnement et d'image. Tout en offrant des services dont le rayon d'attractivité est bien supérieur à son bassin de vie, il n'en reste pas moins fort attaché à sa vocation d'hôpital général destiné à remplir des missions de structure de proximité, ce pour quoi il dispose d'une forte légitimité auprès de la population du secteur. Or ce sont les activités correspondant à ces missions de proximité que la tutelle lui a contesté régulièrement alors même que l'Hôpital Henri Mondor éprouve beaucoup de réticence à se présenter comme un hôpital de proximité, préférant son image de centre de référence hautement spécialisé.

1.2.3 Les visions respectives de l'un sur l'autre

1.2.3.1 La vision de l'Hôpital Henri Mondor sur le CHIC

Elle est bien illustrée par l'expression suivante qui a été employée par un membre du corps de direction de l'hôpital Henri Mondor : " le CHIC et nous, c'est l'Ogre et le Petit Poucet". Il semble en effet que la majeure partie du personnel paramédical et des médecins partagent une vision très lointaine du CHIC, dont ils ne connaissent pas bien les activités mais dont ils pensent qu'il ne joue de toute façon pas dans la même catégorie. Les services universitaires du CHIC sont un peu mieux connus du fait de l'existence des antennes.

Pour la majorité donc, au mieux l'indifférence, mais plus généralement le sentiment dominant est celui d'un désintérêt pour une structure qu'ils considèrent comme petite.

Il y a un certain nombre d'exceptions à cette vision. Certaines spécialités tout d'abord sont vouées à s'ouvrir à l'extérieur et à travailler en réseau, comme la cancérologie par exemple. Elles ont donc des contacts réguliers avec leurs homologues du CHIC. On peut citer encore les relations de personne qui peuvent exister et qui contribuent à une connaissance et une estime mutuelles. Les responsables hospitaliers enfin, administratifs et

médicaux, considèrent le CHIC comme un gros hôpital général, poids lourd du paysage sanitaire et interlocuteur incontournable. Il ne faut pas négliger la motivation que représente l'Agence Régionale d'Hospitalisation dans cette vision. Politiquement en effet, les responsables mondoriens se doivent de jouer la carte de la complémentarité avec le CHIC.

1.2.3.2 La vision du CHIC sur l'Hôpital Henri Mondor

Le sentiment le plus largement répandu est celui d'une forte méfiance envers ce géant susceptible d'avaler le CHIC et que l'on soupçonne même parfois de vouloir le faire. Ce sentiment d'hostilité est renforcé par la disparité existant entre les deux hôpitaux en termes de moyens financiers, notamment mise en lumière lors de l'élaboration du dossier pour la demande d'autorisation de Service d'Accueil des Urgences commune aux deux hôpitaux (voir deuxième partie du présent document) et qui a montré des différences de ratios de personnel non négligeables. Le régime de faveur dont bénéficie l'AP-HP par rapport aux autres hôpitaux d'Ile de France est de plus en plus mal supporté en cette période de restriction. S'ajoute à cela le sentiment que les membres de l'AP-HP s'estiment supérieurs aux autres.

Pour les responsables de l'hôpital, Henri Mondor représente un interlocuteur de premier plan, incontournable politiquement. Est tout de même évoqué une grande lourdeur et un risque de manque de fiabilité du discours des interlocuteurs mondoriens dans la mesure où la plupart de leurs décisions ne sont sûres qu'une fois validées par la direction générale de l'AP-HP. Ce manque d'autonomie, fortement handicapant et dénoncé comme tel par les responsables mondoriens, est toutefois par moment ressenti en face comme un instrument qui les arrange bien pour ne pas faire ce qu'ils n'ont au fond pas envie de faire malgré le discours affiché.

Reste enfin le cas des relations de personne.

Pour conclure, on peut dire que prédomine de part et d'autre une grande méconnaissance de ce que fait l'autre et de ce qu'est l'autre, fruit de longues années de fonctionnement quasi autarciques des deux structures. C'est cette méconnaissance qui a par dessus tout contribué à renforcer l'image stéréotypée que chacun a de l'autre.

1.2.4 Les logiques d'acteurs et leur évolution

L'évolution des rapports entre les acteurs et de leur intérêt à coopérer trouve son origine première dans l'évolution législative et réglementaire et les modifications qu'elle a induit dans l'équilibre des pouvoirs.

Dès la loi hospitalière du 31 juillet 1991, on trouve la volonté de rationaliser l'offre de soins par le développement de nouvelles formules de coopération et l'établissement du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, outil majeur de la planification sanitaire.

Pour Créteil est évoquée par la tutelle l'idée présentée précédemment de spécialiser le CHIC dans ses activités universitaires, sans doute dans le but d'organiser à terme une fusion des deux établissements, ou plutôt le rattachement du CHIC à l'AP-HP. De nombreuses faiblesses expliquent l'échec de cet objectif :

1. Une analyse trop théorique de la situation sans une prise en compte suffisante des aspects politiques et sociaux, notamment l'attachement fort des élus et de la population au CHIC, mais aussi des aspects sanitaires, le CHIC recevant plus de 50000 passages aux urgences par an ;
2. La tutelle n'a pas à l'époque sur les acteurs les pouvoirs correspondant à ses ambitions de restructuration. C'est d'autant plus vrai dans le cas de Créteil

que les autorités locales n'ont aucun pouvoir sur l'Hôpital Henri Mondor, l'AP-HP étant sous la double tutelle directe des ministres de la Santé et des Finances.

Néanmoins, la loi ne reste pas sans effet. Elle favorise en effet l'émergence d'une prise de conscience que les temps ont changé et que les deux hôpitaux ne peuvent plus continuer à s'ignorer l'un l'autre. S'ouvre alors une phase de dialogue qui va durer deux ans (1994-1996). De nombreux groupes de travail sont constitués, de nombreux points sont abordés même si tout cela ne débouche sur aucune réalisation concrète en matière de coopération.

1996 marque un second tournant avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation, entités dotées de très importants pouvoirs, notamment financiers, ce qui leur donne les moyens de faire appliquer leurs décisions en matière de planification sanitaire. Là encore, une difficulté se pose pour Créteil car l'AP-HP échappe au contrôle de l'ARHIF. Cette dernière participe néanmoins aux discussions la concernant et a compétence pour l'attribution des autorisations d'activités, de lits, et d'équipements pour toute l'Île de France.

Cette fois, l'affirmation de la volonté de coopérer est accompagnée d'une réelle obligation de réalisations concrètes comme la naissance du syndicat interhospitalier pour la gestion commune des urgences, ou le dossier pour l'obtention d'une nouvelle autorisation d'équipement d'IRM.

Si les acteurs ont tous deux à perdre à ne pas s'entendre, les enjeux de la coopération n'en demeurent pas moins différents pour les deux hôpitaux. Le CHIC en effet joue le maintien de certaines de ces activités actuelles. Ce qui lui donne un intérêt majeur à montrer sa bonne volonté. Cependant la coopération ayant pour but premier de justifier l'existence de redondances, il peut être préjudiciable pour lui de se montrer totalement transparent et

coopératif. Cela d'autant qu'il est bien plus aisé pour les autorités de tutelle de s'attaquer à l'organisation du CHIC qu'à celle de l'Hôpital Henri Mondor pour laquelle elles n'ont pas de compétences directes, leur pouvoir se bornant à faire des suggestions dans le cadre des réflexions sur la réorganisation interne globale de l'AP-HP. Pour l'Hôpital Henri Mondor, les enjeux de la coopération, s'ils sont importants, ne sont pour autant pas du même ordre. En effet, personne ne songe à remettre en cause les activités existant sur le site, ou si cela fait l'objet d'une réflexion, c'est dans le cadre de la répartition des activités entre les établissements de l'AP-HP mais certainement pas par rapport à l'offre de soins présente dans le secteur. L'intérêt de l'Hôpital Henri Mondor à coopérer avec le CHIC réside dans les autorisations nouvelles telles que le statut de SAU, ou une nouvelle IRM, qui ont été clairement subordonnées à une entente entre les deux hôpitaux.

Le CHIC donc coopère pour ne rien perdre et l'Hôpital Henri Mondor coopère pour obtenir plus que ce qu'il a déjà. D'où, chez le premier, un mélange de coopération et de méfiance et chez le second, de coopération et d'indifférence. D'où également un mouvement très lent, les énergies n'étant pas mobilisables de manière égale des deux côtés.

La politique hospitalière française est une politique de long terme, les acteurs étant nombreux, animés d'intérêts le plus souvent contradictoires, et disposant tous de pouvoirs importants. Elle est donc dans le quotidien essentiellement pragmatique, chaque acteur jouant selon ses marges de manœuvre du moment dans un jeu perpétuel de balancier.

Le syndicat interhospitalier nouvellement créé entre le CHIC et l'AP-HP Hôpital Henri Mondor illustre parfaitement bien ces jeux d'équilibre permanents entre les acteurs, le pragmatisme qui en découle pour les décisions de politique sanitaire, et le risque qui en découle d'un manque de cohérence et d'efficacité des décisions prises.

2 - LE SYNDICAT INTERHOSPITALIER CHIC / AP-HP (HENRI MONDOR)

Le syndicat interhospitalier CHIC / AP-HP (Henri Mondor) permet de bien mettre en lumière les logiques actuelles présidant à la coopération entre les deux hôpitaux, ainsi que le degré de cohérence et d'efficacité de la politique sanitaire en Ile de France.

L'exposé sera ici divisé en deux parties :

- Présentation du SIH Créteil
- Intérêt et limites de la structure

2.1 PRESENTATION DU SYNDICAT INTERHOSPITALIER CHIC / AP-HP (HENRI MONDOR)

2.1.1 La situation sanitaire et le contexte réglementaire

2.1.1.1 La situation sanitaire

2.1.1.1.1 Présentation des deux services d'urgences

Le CHIC dispose d'un service d'urgences générales avec un secteur adultes et un secteur enfants. Il propose également un accueil des urgences de gynécologie et obstétrique rattaché au service de gynécologie obstétrique de l'établissement. Enfin, l'hôpital dispose d'une Unité de Consultations Médico-judiciaires sous la responsabilité du chef de service des urgences générales.

L'hôpital Henri Mondor quant à lui dispose d'un service d'urgences générales sans spécialisation pédiatrique. Il a donc vocation à recevoir en priorité des patients adultes. Lui est également rattaché le SAMU 94 compétent pour tout le Val de Marne.

2.1.1.1.2 Activité

Pour l'année 1999, le CHIC a enregistré 55 000 passages aux urgences générales, adultes et enfants confondus, auxquels doivent être ajoutés les 10 000 passages aux urgences de gynécologie obstétrique et les 9 000 urgences médico-judiciaires.

Le service de l'Hôpital Henri Mondor quant à lui a compté pour la même période un peu moins de 40000 passages.

Au total donc, hors le cas particulier des urgences médico-judiciaires, ce sont pas loin de 105 000 personnes par an qui font l'objet d'un accueil par un des deux services d'urgences de la ville de Créteil.

Les deux services d'urgences générales connaissent depuis quelques années une progression moyenne de leur activité de plus de 5 % par an.

2.1.1.1.3 Aires de recrutement

Une étude réalisée conjointement par les deux hôpitaux de leurs bassins d'attraction respectifs fait apparaître une attraction est-sud/est pour le CHIC, ce qui correspond aux villes de Saint Maur des fossés et Bonneuil sur Marne, et une attraction ouest/sud ouest pour l'Hôpital Henri Mondor, ce qui correspond aux villes de Maisons Alfort et Alfortville, les deux hôpitaux se répartissant de manière assez égale les urgences de Créteil.

2.1.1.2 Le contexte réglementaire

La question d'un rapprochement des deux hôpitaux pour la gestion des urgences est évoquée par les autorités de tutelle à partir de 1996, dans le cadre de la préparation du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire relatif aux services d'urgences.

Le SROS Ile de France paru par un arrêté de l'ARH en date du 12 octobre 1998 fait du développement de la coopération hospitalière l'un de ses objectifs majeurs. Plus précisément, pour le secteur sanitaire 6 (Créteil – Villeneuve Saint Georges), il affirme que “ deux SAU sont nécessaires pour répondre aux besoins de la population, sachant que sur une même commune ne se justifie qu'un seul SAU.” S'agissant du SAU Créteil, il précise même que ce dernier devra être mis en place “par complémentarité et regroupement des moyens entre l'hôpital Henri Mondor et le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.” L'ARH fixe donc des objectifs ambitieux et le principe de la délivrance d'une autorisation unique de SAU pour les deux établissements. La justification forte pour cela est que l'organisation des activités étant fondée depuis l'origine sur une logique de complémentarité, les deux hôpitaux ont besoin d'être associés pour présenter les caractéristiques complètes d'un SAU telles qu'elles sont définies dans le SROS. Le CHIC ne dispose pas en effet d'activité de cardiologie ni de psychiatrie adulte et l'Hôpital Henri Mondor n'a pas de pôle mère-enfant.

L'hypothèse qui séduit le plus les autorités départementales de tutelle notamment parce qu'elle faciliterait grandement la suppression des activités redondantes est celle d'une spécialisation des services généraux d'urgences de chacun des sites, le CHIC recevant les urgences pédiatriques et l'Hôpital Henri Mondor les urgences adultes. Cette hypothèse n'est cependant pas tenable. Politiquement d'abord car elle induirait la fermeture de nombreux lits

du CHIC et notamment pour les services qui assurent traditionnellement l'aval des urgences, à savoir la médecine générale et la chirurgie générale. Sanitairement ensuite, la totalité des urgences adultes représentant près de 70 000 passages, ce qui apparaît difficilement gérable sur un site unique. De plus, le transfert de la totalité des urgences adultes à l'Hôpital Henri Mondor nécessiterait une augmentation considérable du nombre de lits de médecine générale et de chirurgie générale alors que l'hôpital n'a ni la place de s'agrandir ni l'envie de renforcer sa vocation de structure de proximité.

La seule solution reste donc le maintien de la répartition actuelle des activités et l'élaboration d'une demande commune d'autorisation de SAU. On va voir que cette phase, parce qu'elle n'a pas été pensée jusqu'au bout, n'est pas allée sans poser de problèmes.

2.1.2 Le déroulement chronologique du processus d'élaboration du dossier de demande

Cette phase illustre bien les limites de la volonté de coopération des deux hôpitaux, ainsi que les limites de l'action de l'Etat en matière de politique sanitaire.

Les autorités de tutelle encouragent le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor à utiliser la voie conventionnelle en support juridique du SAU Créteil. Si les deux acteurs font preuve de bonne volonté dans la rédaction d'un document commun, aucune vraie réflexion ne s'engage cependant sur les enjeux et les objectifs de leur coopération en matière d'accueil et de traitement des urgences. Là encore, personne n'est prêt à discuter de ce qu'implique la mise en place d'une réelle complémentarité, à savoir des éventuels redéploiements d'activités et de moyens.

La définition des missions du SAU ne pose pas de difficulté puisque le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor reprennent les objectifs du SROS. Sont exclues du champ de la convention les activités particulières, c'est à dire la gynécologie obstétrique et les urgences médico-judiciaires pour le CHIC, et le SAMU pour l'Hôpital Henri Mondor, toutes ces activités faisant tout de même partie intégrante du SAU. Ne sont donc concernés que les services d'urgences générales.

En terme d'organisation nouvelle des rapports, une seule affirmation est posée : chacun des services demeure un service à part entière et conserve son organisation actuelle. Les deux services continuent à ne faire appel aux spécialistes et notamment à ceux présents sur l'autre site qu'en deuxième intention et un certain nombre de spécialités pourtant propres à chacun des sites ne donne pas lieu à transfert (la cardiologie par exemple).

Pour ce qui est des pistes de réflexion pour l'avenir, elles sont évoquées sous l'appellation de "propositions", vagues et sans aucune indication de délai pour leur réalisation éventuelle.

Le docteur Gentile, Médecin Inspecteur de Santé Publique en poste à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Val de Marne et rapporteur du dossier en Commission Régionale d'Organisation Sanitaire, écrit le 11 mai 1999 la chose suivante : "le projet de SAU sur deux sites s'apparente à l'heure actuelle plus à deux SAU incomplets qu'à un véritable service commun. L'organisation présentée (...) maintient sur un large champ une offre similaire ; elle ne permet pas non plus d'envisager une évolution radicale des services d'aval (regroupement sur un seul site des offres redondantes). (...) On peut espérer que l'organisation proposée s'inscrit comme une étape intermédiaire." Il donne néanmoins un avis favorable sans formuler de recommandations à suivre.

Ce rapport montre bien les limites de l'action de l'Etat en matière sanitaire. Les autorités de tutelle, si elles peuvent obliger, par le biais de la distribution des autorisations juridiques d'activités ou d'équipements, deux établissements à créer une structure commune, leur pouvoir est dans les faits quasi nul lorsqu'il s'agit de forcer à des réalisations concrètes. Dans le champ de la santé en effet, l'autonomie des acteurs est très large. C'est d'autant plus vrai dans le cas qui nous intéresse que les deux établissements n'ont pas le même statut juridique, la situation de l'AP-HP dérogeant au droit commun des établissements publics de santé, et que la tutelle régionale n'a pas de pouvoir direct sur elle. L'autre frein à l'efficacité voire à la cohérence de l'action des services de l'Etat est un carcan juridique important.

Le SAU Créteil constitue encore une bonne illustration de ce phénomène. En juillet 1999, alors que la convention est finalisée, les autorités de tutelle prennent conscience qu'il n'est pas possible de retenir la formule conventionnelle, seule une personne morale détentrice du statut d'établissement de santé pouvant bénéficier d'une autorisation d'activité de soins. Deux scénarii sont alors envisageables :

1. Donner l'autorisation à un seul des deux établissements. Cette solution apparaît comme peu intéressante et délicate politiquement car elle ruinerait toute possibilité de coopération entre les deux établissements en matière d'accueil des urgences, et plus largement elle représenterait un risque pour l'esprit de collaboration des deux hôpitaux en général.
2. Créer une nouvelle entité juridique regroupant les services d'urgences du CHIC et de l'Hôpital Henri Mondor et lui attribuer l'autorisation de SAU. La seule forme juridique envisageable pour l'exercice en commun d'une activité de soins est le syndicat interhospitalier. Et cela d'ailleurs depuis peu puisque l'élargissement des possibilités d'utilisation de la formule du SIH aux activités de soins est contenu dans les dispositions de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie

Universelle (titre V, modernisation sanitaire et sociale, article 49. Disposition aujourd'hui intégrée à l'article L.6132-2 du Code de la Santé Publique).

C'est cette deuxième solution qui est retenue et les acteurs ont l'échéance de mars 2000 pour mettre en place la structure.

Dans ce dossier du SAU Créteil, les acteurs ont beaucoup agi dans la précipitation car ni les enjeux en termes de coopération ni leurs implications concrètes n'ont été suffisamment pensés au regard notamment d'une réglementation rigide, offrant trop peu de formules faciles et souples d'utilisation pour permettre aux acteurs de s'engager dans des processus progressifs de collaboration sur ce qui fait leur essence même, à savoir les activités de soins.

Compte tenu du déroulement du processus, il va s'avérer difficile de donner au SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor) une légitimité et une valeur symbolique fortes.

Enfin, comme nous allons le voir maintenant, la vocation d'un SIH ne correspond pas à l'utilisation qui en est faite dans le cas de Créteil. Il est dommage en effet d'avoir fait de cette formule juridique une "solution circonstancielle à un problème circonstanciel", selon la formule employée par le représentant de l'ARHIF à propos du dossier SAU Créteil.

2.1.3 Raison d'être et fonctionnement d'un syndicat interhospitalier type

2.1.3.1 Statut juridique, missions et étendue des compétences

Les dispositions intéressant les SIH font l'objet du chapitre II du titre III Coopération du livre premier Etablissements de santé de la sixième partie Etablissements et services de santé de la partie législative du Nouveau Code de la Santé Publique (articles L.6132-1à

L.6132-8), complétés par les dispositions des articles R.713-2-1 à R.713-2-19 de la partie réglementaire du même code.

Un syndicat interhospitalier est un établissement public. Il ne peut regrouper que des établissements participant au service public hospitalier, dont un au moins est un établissement public de santé.

Il peut exercer les missions suivantes :

- La création et la gestion de services communs ;
- La formation et le perfectionnement du personnel ;
- L'étude et la réalisation de travaux d'équipements ;
- La centralisation de ressources d'amortissement en vue soit du financement de travaux d'équipement soit au remboursement d'emprunts contractés par le SIH ;
- La gestion de la trésorerie, des emprunts et des subventions des établissements adhérents ;
- La création et la gestion de nouvelles installations.

Depuis la loi CMU a donc été ajoutée la possibilité d'exercer les missions relevant d'un établissement de santé.

Cette disposition était très attendue par les acteurs qui souhaitaient non pas envisager une fusion globale mais procéder uniquement à la fusion d'une ou plusieurs de leurs activités médicales. N'existait en effet dans notre législation aucun moyen permettant de fondre totalement une partie de l'activité de soins développée par deux établissements. Or, si l'utilisation à cette fin du SIH avait longtemps été tolérée, cela n'était plus le cas depuis 1998¹.

¹ cf références bibliographiques

On trouve très peu de littérature sur les SIH, notamment d'analyses des structures existantes. Globalement, on peut retenir le principe général d'un large transfert de compétences et de moyens au SIH pour les zones d'activités ou les missions qui lui sont confiées.

2.1.3.2 Fonctionnement

Le SIH est administré par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations de ce conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la Santé. Il peut être également créée une commission médicale d'établissement lorsque le syndicat gère des activités de soins.

Le conseil d'administration est composé de représentants de chacun des établissements qui font partie du syndicat, aucun des établissements ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges. Il élit son président parmi ses représentants. Les membres du conseil d'administration sont désignés ou élus pour trois ans. Le nombre de réunions ne peut être inférieur à deux par an. Enfin, le conseil d'administration peut déléguer à un bureau élu en son sein certaines de ses attributions.

Le fonctionnement du SIH est donc relativement lourd puisque ce dernier est doté d'institutions spécifiques dont la composition et les attributions sont très formalisées. C'est pourquoi il a vocation à être utilisé pour des rapprochements élaborés dans une logique de fusion et de gestion totalement commune de certaines activités voire de toutes les activités et qui pour cela nécessite un cadre juridique fort.

2.1.3.3 L'utilisation de la formule du syndicat interhospitalier

Il existe deux cas de figure les plus fréquents d'utilisation de la formule du SIH :

1. La gestion commune de services techniques ou logistiques. Le champ du SIH ne couvre que quelques activités limitativement énumérées. Le but alors double du regroupement des moyens est de faire des économies d'échelles et de pouvoir offrir des prestations plus larges aux services de soins. On peut citer l'exemple du SIH créé en 1986 entre l'Hôpital spécialisé Esquirol de Saint Maurice et l'Hôpital National de Saint Maurice. Compétent à l'origine pour la téléphonie et l'énergie, ses missions ont été par la suite élargies à l'informatique, à l'imagerie médicale, au laboratoire et à la pharmacie.
2. La fusion des activités et de la gestion. Est alors dévolu au SIH l'ensemble des missions des établissements le composant. Il s'agit le plus souvent d'une étape intermédiaire pour préparer les esprits à une fusion juridique. C'est la formule qui a été retenue pour opérer le rapprochement des hôpitaux de Sallanches et de Chamonix en 1993. Le SIH est compétent pour assurer toutes les missions des deux hôpitaux ; les budgets sont mis en commun et gérés par une équipe de direction unique.

Ainsi donc quelque soit le niveau auquel il est créé (toutes les activités ou quelques unes limitativement énumérées), le SIH est une structure fortement intégratrice qui a vocation à gérer l'ensemble des activités et des moyens afférents à son champ de compétences.

Nous allons voir maintenant dans quelle mesure le SIH créé entre le CHIC et l'hôpital Henri Mondor n'a pour l'heure de SIH que le nom.

2.1.4 Le syndicat interhospitalier CHIC / AP-HP (Henri Mondor)

2.1.4.1 Ses missions

Elles ont été listées dans la charte constitutive du SIH :

- Assurer la prise en charge des patients se présentant sur chacun des sites d'accueil des urgences ;
- Réguler les flux de patients en tenant compte des spécialités existantes sur chacun des sites et des possibilités d'hospitalisation des services d'aval ;
- Mettre en place un dispositif afin d'admettre les patients relevant des urgences et de coordonner les efforts en vue d'admettre les malades sur l'un des deux sites, ou à défaut de transférer les patients sur des établissements ayant conclu une convention avec les deux hôpitaux ;
- Harmoniser les actions de complémentarité dans l'un et l'autre établissement.

Pour l'essentiel sont repris ici les objectifs généraux fixés par le SROS urgences aux SAU d'amélioration de la prise en charge des patients et de régulation des flux. La dernière mission dévolue au SIH, qui mentionne la complémentarité, est pour le moins sybillin.

En matière d'organisation nouvelle visant à permettre un fonctionnement coordonné des deux services, la charte annonce une harmonisation prochaine des systèmes d'information des deux services d'urgences, la mise en place d'un comité de coordination composé des directeurs, des présidents de CME, des chefs des services d'urgences et du responsable du SAMU, et la création d'un comité de liaison au niveau des services d'urgences.

Dans la réalité, on reste sur le principe du maintien du fonctionnement existant, c'est à dire deux services à part entière avec deux chefs de service et deux organisations.

Ce qui est le plus frappant c'est l'absence complète de mise en commun de moyens. Le SIH en effet ne se voit affecté aucun budget, aucun personnel et aucun équipement. Selon l'expression employée par l'un des acteurs, il s'apparente à une "coquille vide". Cet état de fait est le résultat de la position adoptée par la direction générale de l'AP-HP. Cette dernière, déjà fortement réticente à une quelconque délégation de pouvoirs financiers à l'un de ses établissements, ne peut que l'être encore plus lorsqu'il s'agit d'une structure extérieure. Certains sont d'autant plus réticents qu'ils voient dans les accords de coopération passés avec d'autres établissements de santé des menaces pour l'intégrité de l'entité AP-HP dans ces temps troublés où le terme de démantèlement est régulièrement prononcé.

2.1.4.2 Fonctionnement

Il est prévu la mise en place d'un conseil d'administration et la nomination d'un secrétaire général.

Alors que l'arrêté de création du SIH Créteil date du 13 mars 2000, et que le conseil d'administration du CHIC a procédé en juin à la désignation des membres du conseil d'administration du SIH pour le CHIC, l'AP-HP n'a à ce jour pas encore tranché la question de savoir si les membres du conseil d'administration du SIH seraient issus du conseil d'administration de l'AP-HP ou du conseil de surveillance de l'Hôpital Henri Mondor, ce qui bloque toute mise en place effective du syndicat. De plus, les réunions de travail prévues du comité de coordination du SIH étant régulièrement annulées faute de pouvoir trouver une date convenant à tous, ce dernier ne s'est encore jamais réuni.

Il convient maintenant d'examiner l'intérêt et les limites de ce SIH un peu particulier.

2.2 INTÉRÊT ET LIMITES DU SYNDICAT INTERHOSPITALIER DE CRETEIL

2.2.1 Les aspects négatifs

2.2.1.1 Une machine lourde

La plupart des SIH créés se voient attribuer un large champ d'action. On compte très peu d'exemples de SIH compétent pour une unique activité correspondant à un unique service dans chacune des structures le composant. C'est d'autant plus vrai lorsque la coopération concerne les spécialités médicales offertes. Dans ce cas, on trouve des formules générales telles que la recherche de complémentarité, l'élaboration d'une stratégie médicale commune, ou bien encore l'harmonisation des évolutions des disciplines cliniques. Jusqu'à maintenant en effet les SIH créés en vue d'exercer des missions de soins se sont vus confier l'ensemble de ces missions. Arrive maintenant, avec les possibilités offertes par la loi CMU, la nouvelle génération de SIH à la carte, créés en vue de gérer en commun une voire quelques activités de soins bien précises et offrir ainsi une certaine souplesse. Bien que cela puisse alors sembler paradoxal et en contradiction avec ce dernier objectif, le choix d'une machine formelle comme le SIH se justifie par le besoin d'impliquer l'ensemble des acteurs dans le processus de décision puisque toutes les décisions importantes relatives au domaine concerné par la coopération sont désormais prises au niveau du SIH.

Employer cette formule pour la coordination des deux services des urgences du CHIC et de l'Hôpital Henri Mondor peut s'avérer représenter un frein de plus au développement de réelles coopérations, sa lourdeur constituant un véritable handicap. C'est

d'autant plus difficile de faire avancer des projets que le nombre d'acteurs et d'institutions impliqués dans le processus de décision sont nombreux et de fonctions diverses.

2.2.1.2 L'absence de moyens

Le fait que le SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor) ne dispose pas de moyens limite également largement la prise de décision et l'action. Cela implique en effet l'impossibilité de procéder à :

- des achats de matériels ou d'équipements en commun ;
- une gestion commune de la logistique : approvisionnements... ;
- des recrutements de personnel affectés au SIH.

En résumé, le SIH n'a aucune prise sur tout ce qui fait fonctionner l'activité qui est sa raison d'être.

2.2.1.3 La création d'une jurisprudence

Le cas Créteil crée une jurisprudence en matière de SIH : le SIH habillage, le SIH affichage.

Habillage car il a pour fonction aujourd'hui d'habiller une réalité inchangée en termes d'organisation et de répartition des activités.

Affichage car sa création est avant tout politique : il est là pour montrer au monde extérieur que l'ARH et les acteurs inscrivent leur action dans la logique voulue par les pouvoirs publics en matière sanitaire.

Il est peut-être dommage pour la crédibilité et l'efficacité de la formule du SIH en matière de coopération d'en créer qui sont pour l'essentiel des vitrines.

Le choix de la formule du SIH pour la délivrance d'une autorisation unique de SAU à deux hôpitaux est reprise en Ile de France, dans le département des Hauts de Seine, dans un cas de figure similaire à celui de Créteil puisqu'il concerne un hôpital de l'AP-HP, Louis Mourier, et un hôpital du régime général, le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Il semble que l'absence de moyens et de compétences réelles en matière d'organisation et de fonctionnement des deux services des urgences soit là aussi la position adoptée.

Tous ces freins à une coopération efficace vont dans le sens des limites voulues par les acteurs.

2.2.2 Les limites du SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor)

2.2.2.1 La position de la Direction Générale de l'AP-HP

Le dossier du SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor) est, selon la direction de l'Hôpital Henri Mondor, suivi attentivement par le Directeur Général de l'AP-HP lui-même. C'est en effet la première fois que l'AP-HP se trouve contrainte à être partie dans une structure de coopération aussi intégratrice et juridiquement contraignante, ce qui est d'autant plus difficile à supporter qu'elle a érigé l'auto-suffisance et l'autarcie en culture d'établissement. Le SIH porte de plus en lui la menace pour la Direction générale de se voir contrainte à un moment à donner plus d'autonomie de décision aux acteurs locaux d'Henri Mondor. On peut craindre enfin que la Direction Générale de l'AP-HP reste pendant longtemps encore farouchement opposée à l'attribution de moyens directement au SIH Créteil. Or cela est bien la condition sine qua non à l'évolution de cet établissement vers la mise en place d'une véritable coordination des activités entre les deux services d'urgences.

2.2.2.2 La culture hospitalière

Aujourd'hui encore, les hôpitaux ne sont pas mûrs pour envisager une quelconque immixtion d'un acteur externe dans la définition de la stratégie de l'établissement. S'il est devenu incontournable de prendre en compte le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire pour ses choix d'activités médicales, les hôpitaux se positionnent néanmoins toujours dans une logique de concurrence vis-à-vis des hôpitaux voisins, même publics. Les raisonnements sont encore faits à l'échelle des structures, c'est à dire à l'échelle micro : aucun hôpital n'accepte volontairement de se déposséder d'une activité au profit de l'établissement voisin même si cette solution est la plus souhaitable en termes de bien-être de la population et de coût pour la société. Les critères majeurs de décision stratégiques demeurent le gain ou la perte d'activité (mesurée en points ISA), le gain ou la perte de prestige et de poids de la structure au sein de son environnement sanitaire.

Ceci est fortement relayée par l'individualisme qui domine la profession médicale. Les chefs de service éprouvent toujours un sentiment d'appartenance fort envers leur service. L'adjectif possessif « mon » est quasiment systématiquement employé pour parler du service en général, mais aussi du personnel, ce dernier adhérant d'ailleurs aussi à cette logique de possession. Quand un chef de service est nommé à cette fonction, c'est, sauf très rare exception, un poste qu'il va occuper jusqu'à la fin de sa carrière et il est très attaché à avoir une quasi complète autonomie de décision en matière d'organisation de son service.

2.2.2.3 La faiblesse des intérêts communs hors du champ politique

Si l'on prend un à un les objectifs qu'une plus grande coordination permettrait d'atteindre, on ne peut que constater le peu d'intérêts communs des deux établissements.

1. Procéder à une bonne orientation première des patients

Il existe là un intérêt à coopérer de la part des deux hôpitaux pour ce qui concerne les patients présentant une pathologie relevant d'une spécialité non présente sur les deux sites afin qu'ils soient directement orientés sur le bon endroit. Pour les patients arrivant aux urgences par leurs propres moyens (la grande majorité), il apparaît très difficile de les informer en amont de leur arrivée à l'hôpital et une fois qu'ils sont là, il est délicat en terme de responsabilité médicale de les orienter vers un autre lieu sans les avoir au préalable examinés. Les deux hôpitaux disposent donc de peu de possibilités d'assurer une bonne première orientation de la majorité des patients. La coordination peut cependant avoir son rôle pour les patients arrivant par la voie du centre de régulation SAMU, pompiers (centre 15). L'orientation première correcte paraît plus aisée en théorie. Dans la pratique, elle nécessite deux choses : que les intervenants du centre soient en mesure de déterminer de quel type de pathologie la personne relève ; que tous les acteurs s'inscrivent dans un jeu coopératif. C'est pour cela que le responsable du SAMU est membre du comité de coordination du SIH alors que le SAMU est hors du champ du SIH. L'obstacle le plus important est donc ici la lenteur générale qui caractérise la mise en place des institutions du SIH.

2. Avoir accès à une disponibilité globale en lits d'aval sur l'ensemble du SAU

Les acteurs y sont plutôt favorables même si l'on rencontre des réticences chez certains chefs de service. Cependant compte tenu de la saturation sur les deux sites des services qui assurent le plus l'aval des urgences, notamment des services de médecine générale, et de la difficulté commune des deux services d'urgences à organiser la prise en charge de leurs patients au sein même de l'hôpital, il est naturel qu'organiser l'accueil des malades provenant de l'autre site passe au deuxième plan.

3. Organiser les gardes et astreintes en commun

Certaines spécialités ou activités médico-techniques ne nécessitent pas forcément le maintien de gardes et astreintes au niveau de chacun des sites. Si l'intérêt à coopérer dans ce domaine est évident pour les directions respectives des deux

établissements, il n'en est pas de même des spécialités concernées, l'importance et le prestige se mesurant encore trop à l'aune du nombre de postes affectés et du temps de présence médicale accordé. S'ajoutent à cela les réticences des médecins à ne pas suivre eux mêmes leurs malades en cas de complications et à l'idée de mettre en place une organisation commune avec l'un de leur collègue.

4. Contenir les flux en collaborant avec la médecine libérale

C'est bien sans doute l'enjeu le plus important des services d'urgences hospitaliers pour les années à venir s'ils veulent éviter l'étouffement. Aussi tous les acteurs sont ils d'accord sur l'objectif à atteindre. Il apparaît cependant que dans ce domaine, les deux hôpitaux travaillent chacun de son côté, activant ses propres réseaux. On retrouve la logique de concurrence de laquelle les hôpitaux français ont tant de mal à s'affranchir et qui les rend réticents à associer les autres à leurs partenariats existants ou à partager le succès tiré d'une action réussie dans un domaine fixé par les autorités de tutelle comme prioritaire dans la politique hospitalière. Et c'est le cas des réseaux et partenariats que l'hôpital public doit développer avec la médecine de ville.

2.2.2.4 Les pouvoirs d'action limités de la tutelle

Dans ce dossier du SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor), on voit bien les limites de la contrainte que la tutelle d'Ile de France peut exercer sur les acteurs en raison de leur multiplicité, de la forte autonomie traditionnelle dont ils disposent, et de la position déterminante de l'AP-HP, entité incontournable pour la mise en œuvre de la restructuration sanitaire, mais sur laquelle elle n'a pas de pouvoir direct.

Toute action concrète de coopération reste encore largement subordonnée à l'existence d'une volonté commune de tous les acteurs de coopérer.

2.2.3 Les aspects positifs du SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor)

Chacun, responsables hospitaliers et autorités de tutelle, s'accorde à trouver, après une première phase d'observation dubitative, des aspects positifs au SIH Créteil.

2.2.3.1 Sur le plan stratégique et politique

Pour l'ARHIF, le SIH Créteil peut s'analyser comme un succès. Elle a réussi en effet à imposer la règle d'un SAU par ville alors même que Créteil comptait deux gros hôpitaux pouvant chacun prétendre au statut de SAU seul, compte tenu du nombre de passages aux urgences. Il est vrai qu'aucun des deux établissements ne présentait seul l'ensemble des spécialités ouvrant droit à l'appellation de SAU.

Elle a réussi en outre à faire coopérer l'AP-HP et un hôpital du régime général pour une action de restructuration du paysage sanitaire de l'Ile de France. Obtenir l'implication de l'AP-HP dans la redéfinition globale de l'offre de soins au niveau de la région Ile de France constitue une condition sine qua non dans la poursuite des objectifs de rationalisation et d'organisation de la meilleure complémentarité possible entre les structures. L'ouverture de l'AP-HP, notamment de ses établissements périphériques, sur l'extérieur s'inscrit dans une dynamique aujourd'hui irrésistible malgré les oppositions fortes que l'on peut encore rencontrer en son sein. Le SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor) est une belle démonstration de ce mouvement, l'AP-HP s'étant vu contrainte d'accepter d'individualiser l'un de ses établissements pour la participation à une structure de coopération, structure qui de plus est placée sous la tutelle de l'ARHIF.

2.2.3.2 Favoriser le rapprochement entre les deux hôpitaux

Avec le SIH a été créé un espace formalisé de dialogue entre l'Hôpital Henri Mondor et le CHIC. Des rencontres régulières entre les acteurs se sont tenues et d'autres sont prévues, qui vont faire prendre l'habitude de réfléchir ensemble et améliorer largement la connaissance réciproque et donc la compréhension mutuelle.

Les thèmes abordés ne pourront de plus dans un avenir proche que dépasser le strict champ des deux seuls services des urgences compte tenu du fait que l'accueil des urgences est l'affaire de l'ensemble des services des deux hôpitaux, les urgences ne constituant qu'une porte d'entrée et une étape vers les autres services et notamment ceux qui assurent le plus largement l'aval, à savoir les services de médecine et de chirurgie générales.

2.2.3.3 Un cadre juridique pour des coopérations futures

Rien n'interdit que le champ du SIH soit dans l'avenir élargi. C'est d'ailleurs dans cette perspective que se situe la dernière des missions dévolues au SIH Créteil : "harmoniser les actions de complémentarité médicale dans l'un et l'autre établissement". Si cette formule est suffisamment floue pour ne gêner personne, elle n'en ouvre pas moins des possibilités.

La préexistence d'un cadre juridique constituera de plus un élément facilitateur pour la mise en place de collaborations futures.

2.2.3.4 L'impact sur l'organisation interne des établissements

Cet impact est plus la résultante du SAU que du SIH. Il est de trois ordres :

1 – la délivrance de l'autorisation de SAU a fourni l'occasion de faire signer par tous les chefs de service un engagement de réserver des lits pour assurer l'aval des urgences. Les

deux services d'urgences sont en effet confrontés à la même difficulté pour assurer le transfert de leurs malades en interne notamment les personnes âgées en direction des services de médecine qui se veulent tous à orientation et qui se montrent donc réticents à accueillir des malades relevant de la médecine interne.

2 – le label SAU constitue ensuite un argument de poids pour obtenir des réorganisations au sein des services de médecine. Au CHIC, l'activité d'un des services de médecine jusqu'alors à orientation neurologie quasi exclusive a évolué vers la prise en charge de pathologies plus générales par le recrutement d'un médecin interniste. A l'Hôpital Henri Mondor, va être créé un gros service de médecine de 110 lits dédié en priorité à l'aval des urgences. Ce service sera privilégié en termes de moyens attribués par rapport aux services de médecine à orientation.

3 – l'autorisation de SAU a enfin permis au CHIC d'obtenir des moyens supplémentaires en personnel pour son service d'urgences générales.

2.2.3.5 Analyser autrement

Pour bien comprendre l'intérêt que représente le SIH Créteil, il faut abandonner l'angle classique d'approche qui veut qu'un SIH soit une structure fortement intégratrice, organisant une véritable coopération notamment par la mise en commun de moyens. Si l'on adopte en effet un raisonnement par défaut, on voit bien ce que cette structure représente d'avancée positive. Cela revient à se poser la question suivante : le résultat aurait-il été meilleur sans SIH ? Deux scénarii auraient alors été envisageables :

- 1 – deux SAU pour la ville de Créteil. Solution fortement dommageable pour l'image de l'ARHIF et pour l'efficacité de son action.
- 2 – donner l'autorisation à l'un des deux établissements. Solution non efficace pour organiser la meilleure prise en charge sanitaire possible et cause probable de rupture de la coopération entre le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor.

Le SIH Créteil constitue bien une avancée au regard de l'objectif de rationalisation de l'offre de soins. La politique sanitaire en France aujourd'hui ne peut être qu'une politique des petits pas, les évolutions n'étant possibles que dans la conciliation et le respect de l'équilibre des intérêts de chacun des acteurs.

3 - LES PERSPECTIVES OUVERTES EN MATIERE DE COOPERATION ENTRE LES DEUX HOPITAUX PAR LA MISE EN PLACE DU SYNDICAT INTERHOSPITALIER CHIC / AP-HP (HENRI MONDOR)

La création du SIH CHIC / AP-HP (Henri Mondor) a sans conteste provoqué l'émergence d'une vraie logique de coopération entre les deux hôpitaux. L'idée ici est d'analyser les changements intervenus pour ensuite réfléchir à comment faire avancer au mieux une collaboration efficace et durable entre le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor, à travers cette structure, mais aussi par les effets induits sur la dynamique globale de coopération.

Cette partie de mon exposé sera divisée en deux temps :

- L'analyse des changements et leur impact sur la dynamique de coopération
- les perspectives offertes par le SIH pour renforcer cette dynamique

3.1 LA DYNAMIQUE ACTUELLE DE COOPERATION : ASPECTS ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Il y a prise de conscience depuis peu de la part de tous que le SIH, bien qu'étant pour l'essentiel aujourd'hui une coquille vide, se révèle un puissant moteur d'évolution. Sa création a en effet déclenché dans les deux hôpitaux une dynamique de coopération nouvelle et a ouvert des perspectives en matière d'actions à mettre en œuvre.

3.1.1 L'émergence d'une vraie logique de coopération

Un certain nombre de signes atteste d'une volonté inédite de réelle collaboration.

3.1.1.1 La multiplication des rencontres

Si l'on excepte le cas du comité de coordination du SAU, il y a bien intensification des réunions et contacts entre les directions administratives et médicales des deux établissements. Les Présidents de CME échangent régulièrement sur les coopérations en place ou à créer, mais aussi sur l'activité en général de leurs hôpitaux. Les directeurs également se rencontrent désormais fréquemment pour évoquer les collaborations en cours, parler des éventuelles difficultés rencontrées et chercher ensemble des solutions. Les ententes de personnes et les personnalités jouent sans doute un grand rôle dans ses rapprochements. L'ensemble des acteurs chargés de la conduite des deux établissements est convaincu que les temps ne sont plus à l'autarcie, que l'échange est devenu indispensable. N'est pas sans effet également la force d'entraînement : plus on dialogue, plus la confiance s'installe ; plus on dialogue, plus se prend le réflexe de le faire.

3.1.1.2 Le large champ des sujets évoqués

Le champ des sujets évoqués ne se limite désormais plus aux seules activités ou thèmes mis en avant par la tutelle comme devant faire l'objet d'un rapprochement. Des échanges en effet ont lieu sur des questions de gestion quotidienne et de fonctionnement des établissements. On peut citer l'exemple de la sécurité des biens et des personnes. Le CHIC, dépourvu à l'heure actuelle de dispositif dans ce domaine et souhaitant en mettre un en place, s'est rapproché de la personne compétente sur ce sujet à l'Hôpital Henri Mondor afin d'étudier les solutions retenues par les voisins et disposer d'un conseil technique basé sur leur expérience. Même si cela paraît peu de choses, c'est bien pourtant d'une évolution profonde qu'il s'agit tant personne il y a peu n'aurait songé à demander des conseils à ses homologues de l'autre hôpital.

3.1.1.3 Les échanges médicaux

De plus en plus de médecins participent aux staffs organisée par leurs confrères de l'autre hôpital. Ces échanges sont très importants car ils sont l'occasion de mieux se comprendre , mais aussi de comparer les pratiques et les types de pathologies traitées par chacun.

Le renforcement du dialogue est donc une réalité. Il se nourrit d'une évolution importante des mentalités notamment dans la façon d'aborder et de traiter les questions de coopération et nourrit en retour cette évolution, créant une sorte de cercle continu du changement .

3.1.2 L'évolution des mentalités et des logiques d'acteurs

Il s'agit là du changement le plus important et le plus structurant pour l'avenir. Il semble que les deux hôpitaux aient admis que les autorités de tutelle ne remettraient pas en question mais accentueraient plutôt leur politique qui vise à faire de la coopération entre eux un élément incontournable de la stratégie que doivent adopter les directions de l'Hôpital Henri Mondor et du CHIC et que la délivrance de toute nouvelle autorisation serait largement subordonnée à la présentation de demandes communes. L'exemple du syndicat interhospitalier est à cet égard éclairant. Il a montré également que si l'action de la tutelle est limitée par les pouvoirs importants détenus par les différents acteurs, elle n'en a pas moins finalement la capacité de forcer les acteurs à exécuter ses décisions. Enfin, ce dossier a donné l'occasion d'apprendre à travailler ensemble.

Face à cette coopération incontournable, les mentalités ont changé. Les acteurs semblent bien décidés à s'organiser pour maîtriser le processus de changement. La volonté est d'anticiper les demandes afin de préparer et construire un vrai projet commun qui satisfasse au mieux les intérêts de chacun au lieu de devoir subir dans la précipitation des solutions de compromis pas toujours satisfaisantes. Agir tôt permet de plus de préparer les esprits, de bien expliquer les décisions prises et de faire participer le plus de monde possible à la concertation et au dialogue.

Les deux hôpitaux ont donc décidé de faire de la coopération quelque chose de positif. En ce moment, des discussions se sont engagées sur la chirurgie. On se souvient que la réorganisation de l'offre de chirurgie entre les deux établissements constitue l'une des demandes fortes et récurrentes des autorités de tutelle. Cette volonté est d'ailleurs reprise par le SROS Chirurgie paru le 10 juillet 2000 et qui, dans son annexe déclare pour le secteur sanitaire 6 (Créteil – Villeneuve Saint Georges) : "l'Hôpital Henri Mondor et le CHIC à Créteil

développent une activité chirurgicale polyvalente avec chacun des pôles référents ; du fait de leur proximité, ces deux établissements doivent renforcer la complémentarité de leurs activités chirurgicales en supprimant les redondances et en s'investissant plus largement dans la chirurgie ambulatoire". Deux éléments donc dans ce SROS :

1 – les deux établissements sont considérés comme formant un seul et unique établissement chirurgical polyvalent. Le SROS a en effet établi des catégories nouvelles dans le même esprit que ce qui a été fait en maternité ou pour les urgences dans le but de développer une offre de soins graduée. Ces catégories sont au nombre de trois : les établissements polyvalents, les établissements de proximité et les établissements spécialisés. Un établissement polyvalent est un hôpital qui offre l'éventail le plus complet des spécialités chirurgicales, dont l'activité dépasse 400 000 KC chirurgicaux par an, qui offre une capacité minimale de 80 lits et places de chirurgie et qui dispose d'un environnement technique minimal de cinq salles d'opérations, d'une salle de surveillance post-interventionnelle de 6 à 8 lits, d'un service de réanimation et enfin de services de radiologie et de biologie. Alors que chacun des deux établissements répond à lui seul au cahier des charges pour prétendre au statut d'établissement polyvalent, les auteurs n'ont pas choisi cette solution montrant bien qu'au delà des critères bruts et théoriques de niveau d'activité est prise en compte la cohérence globale de l'offre de soins et que selon eux cette dernière implique de considérer l'Hôpital Henri Mondor et le CHIC comme présentant une offre commune en matière de chirurgie.

2 – l'annexe opposable considère comme une obligation pour les établissements d'organiser la complémentarité de leurs activités de chirurgie.

Devant ces incitations fortes du SROS, les directions de l'Hôpital Henri Mondor et du CHIC ont décidé d'anticiper les demandes qui ne vont pas manquer de leur être faites dans un avenir proche et de réfléchir ensemble à des aménagements possibles de l'offre globale de chirurgie dès maintenant afin d'être en mesure de présenter leur solution lorsque la tutelle

évoquera la question. Leur démarche s'inscrit dans une véritable logique de transparence et de concret puisque la première étape consiste à faire un état des lieux précis des activités exercées sur chacun des deux sites par l'étude des pathologies traitées.

Cette évolution notable des logiques des acteurs favorise l'émergence lente d'une culture du changement et de la coopération à l'hôpital.

3.1.3 L'amorce d'un tournant culturel

3.1.3.1 La culture de la coopération

Les éléments précédemment exposés montrent bien que la collaboration inter-établissements tend à devenir une habitude de travail. Elle n'est plus perçue uniquement comme une contrainte.

Cette évolution participe de l'ouverture des hôpitaux publics sur leur environnement et notamment en direction des autres professionnels de santé. Les réseaux et filières de soins se développent par le biais d'abord des nouvelles organisations de l'offre de soins par pôles d'activité, qui impliquent la coordination pour la mise en place d'une offre graduée (le CHIC ainsi est membre du réseau périnatalité du Val de Marne qui vient d'obtenir un agrément des autorités de tutelle) ; par le biais ensuite des accords passés avec des professionnels de ville.

3.1.3.2 La culture du changement

Le milieu hospitalier est traditionnellement peu imprégné d'une culture du changement. C'est ce que montre une étude anglaise ² menée dans le milieu hospitalier et qui a conclu que les barrières émotionnelles face au changement y sont particulièrement fortes. Cela pour les raisons suivantes :

- L'organisation est généralement fragmentée, fonctionnelle et isolationniste, composée de différents groupes d'acteurs tels que les médecins, le personnel paramédical, les administratifs et le management.
- Les changements s'opèrent traditionnellement très lentement. Les organisations du travail ne sont que très peu évolutives.
- La nature même de la pratique médicale encourage l'individualité.

Si tout cela est encore assez vrai, il n'en reste pas moins que le changement tend à intégrer la culture hospitalière. La raison principale en est que le changement est devenu un processus continu, un état permanent et non plus seulement le moyen de passer d'une situation à une autre. L'hôpital est tenu désormais d'évoluer tout le temps, de sans cesse se repenser et repenser ses missions afin d'inscrire son activité dans le cadre défini par les autorités de planification sanitaire qui nourrissent très régulièrement le processus par l'édiction de nouveaux documents.

Cette culture du changement est également nourrie par la démarche prospective que les établissements de santé sont désormais tenus d'avoir au travers de l'élaboration du projet d'établissement établi pour cinq ans, et du contrat d'objectifs et de moyens conclu pour trois ans. Se projeter dans l'avenir incite en effet au changement.

² Cf références bibliographiques

Pour que la culture du changement intègre complètement l'hôpital, il est nécessaire qu'elle se diffuse progressivement vers l'ensemble des acteurs, c'est à dire qu'elle ne concerne plus seulement les directions des établissements mais bien tout le personnel. Pour cela, les hôpitaux doivent apprendre à rendre les processus de décision plus participatifs. Ils ont aujourd'hui encore en effet un mode de fonctionnement fortement hiérarchique, ce qui entraîne une prise de décision très monopolisée. On peut cependant remarquer un infléchissement de cet état de fait par le développement des groupes de travail multiprofessionnels et multihierarchiques.

Ainsi donc, on voit que la mise place du SIH CHIC – AP-HP (Henri Mondor) a des effets induits importants sur l'ensemble des pratiques des acteurs. Restent maintenant à étudier les perspectives qu'il offre lui-même en terme de coopération entre les deux hôpitaux.

3.2 LES PERSPECTIVES OFFERTES PAR LE SIH

La structure SIH offre d'indiscutables possibilités en matière de collaboration entre l'Hôpital Henri Mondor et le CHIC. Il convient de réfléchir aux actions à mettre en œuvre afin de l'utiliser de la façon la plus efficace.

3.2.1 L'organisation de l'accueil des urgences sur le SAU

Il faut que les acteurs adoptent l'échelle du SAU et non plus celle de chacun des établissements pour penser l'organisation de la prise en charge des malades faisant appel à l'un ou l'autre des services d'urgences. Si une évolution vers un service unique avec un chef de service unique apparaît en effet inenvisageable pour l'immédiat, en revanche un rapprochement des fonctionnements est non seulement possible mais également

indispensable pour répondre aux missions d'un SAU, et notamment à l'obligation d'une qualité uniforme de prise en charge de tous les usagers.

Pour l'heure a été acceptée par la direction de l'AP-HP la mise en place dans le service d'urgences de l'Hôpital Henri Mondor du même logiciel informatique que celui utilisé au CHIC afin de faciliter les échanges d'informations sur les patients et les comparaisons d'activités.

Il est important ensuite que soient signée rapidement la convention organisant les rapports entre le SAMU et le CHIC, ainsi que la convention tripartite CHIC, Henri Mondor et Albert Chenevier relative à la prise en charge des malades relevant de la psychiatrie. Ces conventions sont indispensables pour répondre à l'objectif d'une prise en charge de qualité des patients se présentant sur le site du SAU en leur évitant des transferts entre les deux services d'urgences. Elles permettront également d'éviter des gaspillages de temps, les malades mal orientés au départ étant de toute façon examinés en première intention dans le service où ils se présentent avant d'être transférés.

Enfin, l'harmonisation du fonctionnement passe aussi par l'uniformisation des pratiques de soins. C'est pourquoi, il est nécessaire que soient mis en place des staffs communs aux médecins des deux services d'urgences, et que des protocoles communs de prise en charge soient rédigés.

3.2.2 La mise en commun de moyens

L'affectation de moyens au SIH est une orientation à la fois souhaitable et irrésistible.

3.2.2.1 Souhaitable

L'absence de budget affecté au SIH constitue un frein majeur à la mise en place d'une véritable organisation unique pour la prise en charge des urgences, mais aussi pour le développement envisagé par tous les acteurs d'autres collaborations et complémentarités dans le cadre du SIH. Plus ce dernier aura de missions et plus sa capacité d'action sera conditionnée par les moyens notamment financiers dont il disposera.

Souhaitable également au regard de l'objectif de rationalisation budgétaire. La mise en commun de certains personnels ou de certains équipements permettrait en effet d'éviter les gaspillages liés aux achats en double ou à la présence sur les deux sites aux mêmes heures d'un personnel très spécialisé et qui pourrait prendre en charge la totalité de l'activité des deux sites, et engendrerait ainsi des gains de productivité non négligeables.

3.2.2.2 Irrésistible

Malgré la forte réticence de la direction général de l'AP-HP, un certain nombre de projets envisagés dans le cadre du SIH vont rendre très bientôt impossible le maintien du statu quo en matière de moyens affectés au SIH.

Un premier cas de figure vient de se présenter. Le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor ont en effet décidé de répondre en commun et dans le cadre du SIH à l'appel à projets [e-s@nté](#) 2000 lancé par la Direction des Hôpitaux et qui vise à promouvoir l'utilisation des

technologies de réseaux entre les hôpitaux et leurs partenaires (notamment les médecins de ville). Le dossier présenté par les deux hôpitaux concerne leurs services d'urgences. Il prévoit la possibilité pour les médecins des deux établissements d'accéder aux documents relatifs à la prise en charge médicale de leurs patients sur l'autre site. Ce projet n'a pas été retenu par la Direction des Hôpitaux. Néanmoins, s'il l'avait été, il aurait eu pour conséquence l'octroi de la subvention au SIH et non à l'un ou l'autre des deux hôpitaux. Il y a fort à parier que d'autres appels à projets pouvant intéresser la coordination des deux services d'urgences se présenteront et se posera à nouveau avec eux la question de l'affectation de moyens au SIH. Le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor ont de toute façon décidé de monter ce projet même sans le financement de la DH, et la mise en place d'un financement commun devra bien intervenir non seulement à l'origine pour l'acquisition du matériel nécessaire, mais aussi par la suite pour couvrir les dépenses d'exploitation liées au nouveau système.

L'organisation pour quelques spécialités de gardes ou d'astreintes au niveau du SAU et non plus à l'échelle de chacun des deux hôpitaux va elle aussi poser un problème. En effet, il va être difficile voire impossible juridiquement, si l'on veut les couvrir pour les accidents du travail et les accidents de trajet, de ne pas les affecter directement au SIH.

Le problème va être le même si l'on veut trouver une solution juridique adaptée aux antennes existantes. Le cadre du SIH semble être le seul permettant de garantir aux personnels concernés une couverture en cas d'accident mais il implique la mise à disposition du SIH de ces personnes.

Comme cela a été évoqué précédemment, la mise en commun de moyens dans le cadre du SIH va être d'autant plus nécessaire que le champ de ses missions est voué à s'élargir.

3.2.3 L'extension des missions du SIH

Cette extension est envisagée par chacun des acteurs. Elle est régulièrement mentionnée dans les documents prospectifs des deux hôpitaux CHIC et Mondor et concerne avant tout deux sujets.

3.2.3.1 La formalisation des antennes

Elle s'inscrit dans les objectifs prioritaires de la coopération entre le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor depuis de nombreuses années mais aucune solution juridique satisfaisante n'a pu être trouvée à ce jour, notamment du fait de la rigidité et du peu d'intérêt pour la question de la Direction des Affaires Juridiques de l'AP-HP. Ce point a fait l'objet d'un développement en pages 19 et 20 du présent document.

Les acteurs attendent donc beaucoup du SIH pour leur permettre de résoudre la question des antennes. On voit mal cependant quelle solution va pouvoir être trouvée qui n'impliquera pas la mise à disposition du SIH de ces personnes.

3.2.3.2 L'introduction de lits d'aval dans le champ de compétences du SIH

Il serait tout à fait logique voire même indispensable d'introduire dans les missions du SIH la gestion des lits d'aval. En effet, remplir le cahier des charges d'un SAU ne se limite pas à organiser le passage aux urgences mais à mettre en place une prise en charge globale de qualité, ce qui implique l'action coordonnée de l'ensemble des activités de l'hôpital. La logique poussée à l'extrême voudrait donc qu'il y ait fusion entre le CHIC et l'Hôpital Henri Mondor ou tout le moins élaboration d'un projet médical commun aux deux

hôpitaux. Si cette solution n'est pas envisageable à moyen voire à long terme, organiser la gestion commune et quotidienne des disponibilités en lits des principaux services assurant l'aval des urgences, et notamment des services de médecine générale l'est. Ceci permettrait de préparer l'étape suivante qui serait de donner au SIH compétence pour coordonner l'action de ces services, c'est à dire de répartir entre eux les types de pathologies et les orientations en fonction des besoins recensés sur l'ensemble du site du SAU. Enfin, une dernière étape consisterait à faire en sorte, par l'intermédiaire du SIH, que les décisions concernant un service de l'un ou l'autre des deux hôpitaux soient prises par l'ensemble des acteurs.

L'hypothèse de la gestion des lits d'aval par le SIH est évoquée par certains acteurs. Elle semble cependant aujourd'hui impossible à mettre en place, les esprits n'y étant absolument pas préparés. Mais elle apparaît cependant à terme incontournable pour la mise en place d'une coopération efficace et durable et pour que la population ait accès à un accueil d'urgence de qualité.

CONCLUSION

L'histoire de la coopération entre le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et l'Hôpital Henri Mondor (AP-HP) montre bien que les logiques d'acteurs et les équilibres de pouvoir dans le champ sanitaire ont connu une évolution sensible ces dernières années. Si le temps de la concurrence n'est pas totalement révolu, il n'en reste pas moins que la collaboration entre les structures est de plus en plus fréquente et de mieux en mieux maîtrisée par les acteurs de terrain qui se l'approprie au lieu de la subir. Le changement est préparé, pensé.

Il semble que la nouvelle organisation de la tutelle sanitaire mise en place en 1996 porte ses fruits. Chacun s'installe dans le nouveau rapport des forces. Les autorités de planification ont adopté en matière de réorganisation de l'offre de soins un positionnement le plus souvent juste et adapté à ce jeu compliqué aux multiples acteurs : laisser le plus possible l'initiative des modalités concrètes aux établissements tout en fixant le cadre et le but à atteindre. La politique hospitalière ne peut être qu'une politique de long terme dans un processus de changement très progressif. La phase actuelle correspond pour l'essentiel à un accompagnement de l'évolution des mentalités.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 Esper, Claudine, "Le syndicat interhospitalier connaît des difficultés de droit", Actualités Jurisanté (CNEH), 1999/03, n°25, pages 11-13

2 Grouard, Benoit – Meston Francis, L'entreprise en mouvement : conduire et réussir le changement, Editions Dunod, 1998, pages 253 à 258

BIBLIOGRAPHIE

Sur la coopération hospitalière et le syndicat interhospitalier :

- Calmes G., Segade J.P., Lefranc L., Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Paris, Masson, 1998
- Mathis D., les structures de coopération interhospitalière et autres formes de complémentarité sanitaire, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 1999
- Nouveau Code de la Santé Publique, sixième partie, livre premier, titre III
- Tanguy H., "Sous la CMU, la coopération hospitalière", Revue Hospitalière de France, juillet – août 1999, n° 4, pages 90 – 91

Sur la gestion du changement dans les organisations :

- Grouard B., Meston F., L'entreprise en mouvement : conduire et réussir le changement, Editions Dunod, 1998

ANNEXES

1 – Convention tripartite AP-HP, CHIC, faculté de médecine de Créteil en date du 1^{er} mars 1971 et organisant la complémentarité universitaire

2 – Charte constitutive et statuts du syndicat interhospitalier CHIC – AP-HP (Henri Mondor)

3 – Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Ile de France relatif à l'accueil et au traitement des urgences, octobre 1998

4 – Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Ile de France relatif à la chirurgie, juillet 2000