



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **décembre 2009**

---

**« La direction commune, une étape vers la fusion ?  
Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault. »**

---

**Mathieu MONIER**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur Paul-Henri DUSSART, Directeur du centre hospitalier de Carpentras et de l'hôpital local de Sault, pour m'avoir accueilli et encadré durant mon stage. Son expérience, sa clairvoyance et sa patience m'ont considérablement apporté dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie vivement Madame Solange ZIMMERMANN, Directrice du centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud, Monsieur Alain MILON, sénateur maire de Sorgues et rapporteur du projet de loi HPST au Sénat, Monsieur Christian DUTREIL, Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et Monsieur Christian DROUOT, Directeur des hôpitaux locaux de Banon et Forcalquier pour le temps consacré lors d'entretiens au cours desquels ils m'ont fait bénéficier de leur vision éclairée sur la problématique posée.

Mes remerciements vont également à l'équipe de direction de l'hôpital de Carpentras pour son accueil et pour m'avoir considéré comme un membre à part entière de l'équipe ainsi que pour leur sympathie et les conseils qu'ils ont pu m'inculquer.

Je remercie enfin l'ensemble du personnel des hôpitaux de Carpentras et de Sault pour le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer.

« Bien que les hommes du Wu et du Yueh se haïssent, s'ils se trouvaient ensemble à bord d'un bateau balloté par les vents, ils collaboreraient comme la main droite avec la main gauche. »

***Sunt-Tzu, L'art de la guerre***

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 La coopération sanitaire, un outil au service des politiques publiques. ....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 La coopération n'est pas un phénomène nouveau. ....</b>	<b>7</b>
1.1.1 La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite loi Boulin.....	7
1.1.2 La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dite loi Evin. ....	8
<b>1.2 Une coopération confirmée par les pouvoirs publics. ....</b>	<b>10</b>
1.2.1 L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite ordonnance Juppé.....	10
1.2.2 L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.....	11
1.2.3 La politique sanitaire confirmée par les pouvoirs publics.....	11
<b>1.3 La politique de régulation des dépenses de santé.....</b>	<b>13</b>
1.3.1 La régulation par la planification. ....	14
1.3.2 Les autres modes de régulation.....	17
<b>2 La direction commune, un mode de coopération aux apports partagés. ....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Un contexte socio-économique qui invite à la direction commune.....</b>	<b>19</b>
2.1.1 La démographie et la géographie. ....	19
2.1.2 Le contexte économique et sanitaire .....	20
<b>2.2 L'opportunité de la direction commune : avantages et inconvénients. ....</b>	<b>24</b>
2.2.1 La souplesse de la direction commune a permis de renforcer le positionnement des deux hôpitaux .....	24
2.2.2 La gestion de deux entités différentes constitue un challenge pour l'équipe de direction .....	30
<b>2.3 Les scénarii à envisager. ....</b>	<b>33</b>
2.3.1 La fermeture de l'hôpital local ? .....	33
2.3.2 Le recours à d'autres modes de coopération ?.....	35

<b>3</b>	<b>La fusion, l'aboutissement d'une coopération en gestion intégrée. ....</b>	<b>39</b>
3.1	<b>Un pré-requis indispensable : la mise en place d'un projet d'établissement commun. ....</b>	<b>39</b>
3.1.1	Le projet social commun.....	39
3.1.2	Le projet médical commun. ....	40
3.2	<b>Un pilotage institutionnel transparent.....</b>	<b>44</b>
3.2.1	L'accompagnement du changement. ....	44
3.2.2	Le planning prévisionnel.....	46
	<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>51</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AJA</b>	: accueil de jour Alzheimer
<b>ANAES</b>	: agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>APVF</b>	: association des maires des petites villes de France
<b>ARH</b>	: agence régionale d'hospitalisation
<b>ARS</b>	: agence régionale de santé
<b>ATIR</b>	: association pour le traitement de l'insuffisance rénale
<b>CASF</b>	: code de l'action sociale et des familles
<b>CG</b>	: conseil général
<b>CHT</b>	: communautés hospitalières de territoire
<b>CHU</b>	: centre hospitalier universitaire
<b>CME</b>	: commission médicale d'établissement
<b>CROS</b>	: comité régional de l'organisation sanitaire
<b>CROSMS</b>	: comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
<b>CSP</b>	: code de la santé publique
<b>CSS</b>	: conférence sanitaire de secteur
<b>CTE</b>	: comité technique d'établissement
<b>DARH</b>	: directeur d'agence régionale d'hospitalisation
<b>DDASS</b>	: direction départementale de l'action sanitaire et sociale
<b>DESSMS</b>	: directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
<b>DIACT</b>	: délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires
<b>EHPAD</b>	: établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
<b>EMG</b>	: équipe mobile de gériatrie
<b>ETP</b>	: équivalent temps plein
<b>FHF</b>	: fédération hospitalière de France
<b>GCS</b>	: groupement de coopération sanitaire
<b>GCSMS</b>	: groupement de coopération sociale et médico-sociale
<b>GHM</b>	: groupes homogènes de malades
<b>GIE</b>	: groupement d'intérêt économique
<b>GIH</b>	: groupement inter-hospitalier
<b>GIP</b>	: groupement d'intérêt public
<b>HAD</b>	: hospitalisation à domicile
<b>HADAR</b>	: hospitalisation à domicile pour Avignon et sa région
<b>HPST</b>	: hôpital, patients, santé, territoires

<b>IFCS</b>	: institut de formation des cadres de santé
<b>IFSI</b>	: institut de formation en soins infirmiers
<b>OQOS</b>	: objectifs quantifiés de l'offre de soins
<b>PDS</b>	: permanence des soins
<b>PRSP</b>	: programme régional de santé publique
<b>PSPH</b>	: participant au service public hospitalier
<b>SDOSMS</b>	: schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
<b>SIH</b>	: syndicat inter-hospitalier
<b>SROS</b>	: schéma régional d'organisation sanitaire
<b>SROSMS</b>	: schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale
<b>SSIAD</b>	: service de soins infirmiers à domicile
<b>SSR</b>	: soins de suite et de réadaptation
<b>T2A</b>	: tarification à l'activité
<b>UGECAM</b>	: union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
<b>UNEDIC</b>	: union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
<b>USLD</b>	: unité de soins longue durée

## Introduction

« La coopération hospitalière est l'une des voies qui doit être impérativement empruntée pour assurer demain l'existence d'un système sanitaire performant, moderne et ouvert à tous où seront garantis les principes du service public au service des patients : égalité, qualité, continuité, mutabilité. C'est aussi un moyen de conforter le service public hospitalier dans sa vocation à mieux organiser l'accès aux soins, par sa capacité à s'adapter aux exigences nouvelles de qualité, de sécurité et de rationalité. »

Dans cette préface du Traité de Coopération Hospitalière<sup>1</sup>, Edouard COUTY souligne l'importance et la nécessité de rationaliser ainsi que de mutualiser les moyens mis en œuvre pour assurer un service public hospitalier efficient. Comme il le précise, « il n'est pas aujourd'hui un texte d'importance sur l'activité hospitalière qui ne réaffirme cette nécessité. »

La loi Hôpital Patient Santé Territoires<sup>2</sup> (HPST) a pour principal objectif de tendre vers cette efficience en repensant l'organisation et en luttant contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ainsi que les déserts médicaux qui se sont créés au fil des années.

Dans un discours du 10 février 2009, Madame BACHELOT-NARQUIN affirme qu'il est inconcevable de parler de système de santé en France sans une mise en cohérence des organisations de la médecine libérale, de l'hôpital, du médico-social et de la prévention. Il y a donc une double volonté de décloisonner ces secteurs et de faire coopérer les établissements entre eux. Ce dernier point constitue le thème de ce mémoire.

La création des Agences Régionales de Santé (ARS) et la mise en œuvre des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) constituent les deux principaux axes de cette loi. Si le premier s'appuie sur un regroupement des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et des services d'assurance maladie sous l'autorité d'un même responsable, le second repose sur un mouvement de coopération initié dès les années 70. En effet, avec la mise en place de la carte sanitaire et des syndicats inter-hospitaliers, la loi du 31 décembre 1970<sup>3</sup>, dite loi Boulin, a amorcé la vague de la coopération hospitalière.

---

<sup>1</sup> HOUDART L., LAROSE D., BARRE S., 2002, Traité de Coopération Hospitalière, Ed. HOUDART

<sup>2</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, 22 juillet 2009

<sup>3</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Malgré un succès très relatif, cette politique de mutualisation des moyens initiée durant les « Trente Glorieuses » a été confirmée par la loi du 31 juillet 1991<sup>4</sup>, dite loi Evin, en instituant les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et les Conférences Sanitaires de Secteur (CSS) comme outil et organe de planification. Ces dernières étaient chargées de promouvoir la coopération entre les établissements de santé d'un même secteur. Aujourd'hui, qu'il s'agisse des ordonnances Juppé de 1996<sup>5</sup>, de l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>6</sup> ou de la loi HPST, fortement inspirée du rapport Larcher du 10 avril 2008<sup>7</sup>, la coopération est toujours présente.

**Le centre hospitalier de Carpentras** est un établissement public de santé de 373 lits et places, dont 90 de court séjour (médecine, gynécologie-obstétrique et hospitalisation de très courte durée), 50 de soins longue durée, 100 d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 127 de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Pour le plateau technique, il a la particularité de coopérer avec le secteur privé :

- la chirurgie est assurée par la polyclinique Synergia
- l'imagerie, par le groupement d'intérêt économique (GIE) Saint André
- la biologie, par le laboratoire Valentin (via une convention)
- l'insuffisance rénale, par une antenne de l'Association pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (ATIR).

Toutes ces entités constituent le Pôle Santé Public-Privé, un des premiers du genre en France. Ce dernier mène actuellement, par l'intermédiaire du centre hospitalier de Carpentras, un important projet d'extension concernant différents acteurs tels que l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM), le centre hospitalier de Montfavet, l'ATIR et le centre hospitalier de Carpentras. L'équipe de direction comprend, outre le chef d'établissement, cinq directeurs adjoints. Son conseil administration est présidé par Mr Francis ADOLPHE, maire de Carpentras.

Situé sur le plateau d'Albion, **l'hôpital local de Sault** est un établissement de 50 lits et places. Créé en 1860, il dispose de 8 lits de médecine, 9 de soins de suite, 30 lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et 3 places d'accueil de jour.

---

<sup>4</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>5</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>6</sup> Ordonnance n°2003-850 du 4 Septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>7</sup> Rapport LARCHER, 10 avril 2008, « Les missions de l'hôpital »

Compte tenu de la mise en place de la direction commune, les personnes ressources sont les mêmes à Sault que Carpentras avec, néanmoins, la désignation d'un responsable de site. L'établissement est actuellement en cours de reconstruction et verra sa capacité en hébergement augmenter de 9 lits. Son conseil d'administration est présidé par Mme Suzanne JEAN, adjointe au maire de Sault.

Durant près de vingt ans, l'hôpital local de Sault a été dirigé par la même personne, une directrice contractuelle à mi-temps. Lors de son départ à la retraite en 2001, un intérim a été assuré par une directrice adjointe en charge des services économiques du centre hospitalier de Carpentras. En 2002, le poste de directeur de l'hôpital local de Sault a été pourvu à la sortie de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Un an plus tard, suite à une réorganisation de l'équipe de direction du centre hospitalier, la directrice de l'hôpital local a pu muter sur Carpentras pour prendre la direction des Services Economiques. En raison de la difficulté pour la municipalité de recruter un directeur d'établissement, le chef d'établissement du centre hospitalier a alors proposé aux tutelles<sup>8</sup> de mettre en place une direction commune entre les deux établissements. Ce mode de coopération repose sur une convention signée en 2002 (Cf. Annexe n°1), pour débiter au 1<sup>er</sup> janvier 2003, renouvelable chaque année de manière tacite.

Si la coopération peut se définir comme l'action d'accomplir et d'effectuer une œuvre commune par une suite donnée d'actes, la coopération sanitaire peut alors être vue comme le regroupement, d'activités ou d'établissements, dont le but est d'harmoniser et d'optimiser les services rendus à l'ensemble d'une population donnée. La situation actuelle des établissements de Carpentras et de Sault reposant sur une convention de direction commune, il est alors possible de définir ce mode de coopération comme une organisation dans laquelle chaque établissement conserve son autonomie juridique et budgétaire. Elle peut faciliter la mise en place d'une mutualisation de moyens ou la constitution d'une filière de prise en charge des personnes âgées. Compte tenu de la géographie, de la taille des deux établissements, de l'évolution législative et réglementaire ainsi que du fonctionnement en gestion intégrée qui s'est installé depuis six ans entre les deux structures, ce mode de coopération pourrait évoluer vers une fusion. Ce cas de figure, fréquemment rencontré dans le secteur privé marchand, se caractérise soit par la disparition des deux entités juridiques et la création d'une troisième, soit par l'absorption, ou intégration, d'une entité juridique par une autre.

---

<sup>8</sup> Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et conseil général (CG)

Dans le secteur privé comme dans le secteur public, ce type d'opération correspond à un changement important pour les structures concernées. Il est donc nécessaire de réfléchir à ses impacts de manière exhaustive. De ce fait, d'importantes questions en découlent: sur le plan humain, quel serait l'impact d'une telle opération sur le climat social, compte tenu du très fort attachement des agents et des habitants saltésiens à leur hôpital local ? Comment la fusion pourrait intégrer, au sein d'une identité unique, les cultures des deux établissements ? Quels sont, enfin, les avantages et les inconvénients d'une fusion entre le centre hospitalier de Carpentras et l'hôpital local de Sault, la situation financière de chaque établissement étant saine ? La fusion de ces deux entités juridiques en une seule permettrait-elle de dégager un résultat aussi favorable ou aurait-elle un impact négatif ? Dès lors, la question principale, objet du mémoire, se pose de savoir comment une direction commune entre un centre hospitalier et un hôpital local peut constituer une étape vers la fusion.

La question d'un projet de fusion constitue une des missions auxquelles peut être confronté un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S). Il peut l'être soit en tant que directeur de la structure qui subit l'intégration, soit en tant que directeur adjoint d'un centre hospitalier chargé de mener l'intégration d'une autre structure. En l'espèce, le projet de fusion concernant le centre hospitalier de Carpentras et l'hôpital local de Sault, cette mission entre dès lors dans le champ de compétence d'un D3S. Pour la mener à bien, le directeur doit travailler avec un certain nombre d'acteurs tels que :

- les élus locaux, afin d'obtenir leur aval ;
- le personnel, pour évaluer le climat social et de préparer les mentalités au changement;
- les instances, décisionnaires et consultatives, de chaque entité, afin de préparer et d'obtenir leurs délibérations favorables;
- enfin, les tutelles, pour valider la disparition des deux entités juridiques, la création d'une nouvelle structure ainsi que la transformation du budget de l'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Sault, en budget annexe du centre hospitalier de Carpentras.

L'objet du mémoire est d'analyser la pertinence de la direction commune en tant que mode de coopération à part entière et de voir si un autre mode ne conviendrait pas mieux aux deux structures. Des apports législatifs, réglementaires et doctrinaux permettront d'éclairer cette réflexion.

Dans ce but, la méthodologie mise en œuvre se fonde sur :

- un positionnement, à temps partiel, en tant que gestionnaire de l'hôpital local,
- la réalisation d'entretiens auprès des différents acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social au niveau régional et local,
- des exemples de fusion déjà réalisés,
- enfin, sur la recherche documentaire, pour mettre en perspective ce projet.

Une fusion est souvent une opération délicate à réaliser et à vivre. La direction commune amène à s'interroger sur l'opportunité d'une fusion alors qu'en pratique cette question n'a pas été réellement abordée. Dans l'objectif d'anticiper la concrétisation d'un tel projet, il semble opportun, de voir dans un premier temps que les pouvoirs publics appellent à la coopération depuis de nombreuses années (I). Il s'agira ensuite de montrer quels sont les facteurs clés de succès et les freins que peut constituer la direction commune dans une perspective de fusion (II), et quelles sont les étapes indispensables à franchir pour que ce premier pas se transforme en fusion réussie (III).

# **1 La coopération sanitaire, un outil au service des politiques publiques.**

La coopération sanitaire n'est pas un phénomène nouveau. Depuis le début des années 70, les pouvoirs publics incitent les établissements de santé à coopérer. Les évolutions législatives et réglementaires en la matière ne font que renforcer cette orientation.

## **1.1 La coopération n'est pas un phénomène nouveau.**

### **1.1.1 La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite loi Boulin.**

La notion d'une meilleure intégration de l'hôpital dans son environnement a été initiée par la loi du 31 décembre 1970. Ce texte prévoyait déjà la possibilité pour les établissements publics de santé de recourir à des formes de coopération. En effet, l'article 6 évoquait la constitution de groupements inter-hospitaliers (GIH). L'article 14-1 a consacré la coopération sous la forme de syndicats inter-hospitaliers (SIH). Le SIH a permis la création d'un établissement public entre deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier. Il avait pour objectif de favoriser, face à la pluralité des structures hospitalières autonomes, la concentration et la rentabilisation des équipements existants ou de permettre la coordination des actions entreprises par les établissements. Il a pu favoriser la création et la gestion de services communs, la formation du personnel, ou encore, des travaux d'équipement. Ainsi, par exemple, le syndicat inter-hospitalier du pays d'Aix-en-Provence (SIHPA) est le regroupement des deux hôpitaux de la ville. Depuis 1989, ils mettent en commun les moyens humains et matériels en vue d'assurer la gestion de la fonction linge ainsi que la formation du personnel soignant avec un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation des cadres de santé (IFCS). Cette forme de coopération a aujourd'hui disparu. En effet, l'article L6134-1 du code de la santé publique précise que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, plus aucun SIH ne peut être créé.

L'article 43, quant à lui, a rendu possible les accords de coopération entre les établissements publics et les établissements de santé privés. Ce type de coopération était assez rare à l'époque car il était difficile de rompre le clivage existant entre les secteurs public et privé dû à des mentalités très différentes. Aujourd'hui, cette barrière culturelle n'a

plus lieu d'être. Le partenariat public privé tend à se développer. En témoignent les pôles santé public-privé qui se mettent en place. Depuis 2001, le pôle santé de Carpentras propose aux habitants du Comtat Venaissin une offre globale de soins. Récemment, la même formule de coopération a été utilisée à Saint-Tropez où le pôle santé associe le centre hospitalier à une clinique privée.

Malgré ces différents outils de coopération mis en œuvre dès 1970, la coopération inter – hospitalière n'a pas eu le succès escompté par les pouvoirs publics et le problème du financement d'un champ d'intervention publique fortement inflationniste est resté posé. Ce constat peut s'expliquer par trois raisons : tout d'abord, l'amoncellement de formules juridiques disparates, sans grande cohérence, a quasiment annihilé l'utilité stratégique de la coopération. Ensuite, dès 1970, la coopération exigeait une détermination et un volontarisme des acteurs. Malheureusement, les questions d'ordre humain sont plus souvent à l'origine de cet échec que les raisons techniques et juridiques. En effet, chaque établissement tenait à conserver son autonomie. A cette époque, la coopération était vue comme une défaillance dans la gestion d'un établissement et non comme une opportunité de mutualiser les moyens. Dès lors, les acteurs faisaient en sorte de faire avorter tout processus de rapprochement. Enfin, elle s'est heurtée à la barrière culturelle opposant le secteur public au secteur privé malgré un mode de financement identique (prix de journée) et aux conséquences similaires (inflationniste).

### **1.1.2 La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dite loi Evin.**

Ce texte renforce les incitations à la coopération et s'appuie sur une notion nouvelle, l'autorisation. Elle était axée initialement sur les capacités d'accueil dans chaque groupe de discipline. Fixée par voie réglementaire, elle a une durée, de manière générale, limitée à cinq ans. Une fois accordée, elle vaut autorisation de fonctionner, sous réserve d'un avis favorable lors de la visite de conformité, et autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, sauf mention contraire. Des demandes d'autorisation, ainsi que des renouvellements d'autorisation peuvent être refusés par l'agence régionale d'hospitalisation<sup>9</sup>. Ainsi, pour qu'un établissement soit autorisé à exercer une activité de soins ou à utiliser un équipement lourd, il doit, par son dossier, répondre cumulativement aux conditions suivantes :

---

<sup>9</sup> Fiches pratiques du droit de la santé, Octobre 2004, Editions TISSOT

- répondre aux besoins de la population de la zone sanitaire considérée, tels que définis par la carte sanitaire en 1991, par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) aujourd'hui,
- être compatible avec les objectifs fixés par le schéma,
- et satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.

La loi de 1991 a donc créé les schémas d'organisation sanitaire, nouvel outil de planification qui vient en remplacement de la carte sanitaire jugée trop quantitative. Le schéma répond à un double objectif. D'une part, il doit prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs, afin de répondre aux besoins de santé publique et mentale. D'autre part, il doit inciter à des adaptations et des complémentarités de l'offre de soins ainsi que des coopérations entre établissements de santé. Par ailleurs, il s'inscrit dans une logique territoriale dans la mesure où il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville, le secteur médico-social et social et de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers. En outre, une annexe au schéma est élaborée selon la même procédure. Elle indique, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existante au moment où le schéma entre en vigueur et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou les suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation. Aujourd'hui, la notion de capacité d'accueil n'a plus lieu d'être. En effet, depuis 2004 et la circulaire ministérielle relative à l'élaboration des SROS<sup>10</sup> de troisième génération, l'autorisation porte sur les activités de soins et sur les équipements et matériels lourds en fonction d'un volume d'activité réalisé et réalisable<sup>11</sup>.

Enfin, les dispositions de la loi Evin prévoient, notamment avec l'article L.713-12 du Code de la Santé Publique, de nouveaux modes de coopération tels que le groupement d'intérêt public (GIP), créé antérieurement par la loi du 23 juillet 1987<sup>12</sup> et par le décret du 7 novembre 1988, ainsi que le GIE. Elles prévoient également la mise en place des conférences sanitaires de secteur. L'article L.713-2 stipule qu'elles « sont chargées de promouvoir la coopération entre les établissements du secteur ». L'objectif de ce texte était de mettre en place une organisation capable d'endiguer le suréquipement hospitalier.

---

<sup>10</sup> Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

<sup>11</sup> Les volumes d'activité sont matérialisés par les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) figurant dans l'annexe du SROS

<sup>12</sup> La loi n°87-571 du 23 juillet 1987 relatif au développement du mécénat, Journal officiel, 24 juillet 1987, a étendu le GIP au secteur sanitaire et social

Avec la confirmation de la politique de regroupement des établissements de santé par les pouvoirs publics, la coopération entre dans une nouvelle ère à partir du milieu des années 1990.

## **1.2 Une coopération confirmée par les pouvoirs publics.**

### **1.2.1 L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite ordonnance Juppé.**

Outre la création de l'agence nationale accréditation et d'évaluation en santé (ANAES<sup>13</sup>), des ARH et de la mise en œuvre de la contractualisation, l'ordonnance du 24 avril 1996 renforce la coopération de manière considérable. Désormais, tous les acteurs de la santé sont liés par ce texte. Hôpitaux publics, établissements participant au service public hospitalier (PSPH), cliniques à but lucratif, établissements mutualistes ou associatifs, établissements médico-sociaux et praticiens libéraux sont fortement incités à coopérer. La finalité de ce texte est par conséquent double : mieux répondre aux besoins de santé de la population et mieux maîtriser les dépenses de santé par ces nouveaux modes d'organisation.

Ce texte institue, également, un nouvel outil de coopération, le groupement de coopération sanitaire (GCS). Il s'agit d'un regroupement d'acteurs ayant pour objet d'améliorer, ou de développer, l'activité de ses membres. Dans ses missions, il peut organiser, réaliser ou gérer en son nom ou pour le compte de ses membres, des moyens ou des activités administratives, logistiques, techniques, de recherche et d'enseignement. Il peut, également, exercer une ou plusieurs activités de soins. Dans ce cas, le GCS peut être qualifié d'établissement de santé. Ce mode de coopération allie la collaboration d'acteurs publics et privés. Le GCS peut être composé, comme le précise l'article L.6321-1 du CSP, d'établissement de droit public ou de droit privé, d'établissement social ou médico-social, de professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, ainsi que de centres de santé. Pour constituer un GCS, il faut, nécessairement au moins un établissement de santé. En pratique, cette possibilité de complémentarité entre secteur public et secteur privé ne s'est pas concrétisée. Peu de GCS ont été constitués et les établissements de santé ont davantage eu recours aux

---

<sup>13</sup> La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé la haute autorité de santé (HAS) qui remplace l'ANAES depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005

conventions de coopération. C'est le cas de Carpentras et Sault. Compte tenu de cette situation, l'ordonnance du 4 septembre 2003 a fait du GCS le mode privilégié et l'outil polyvalent de la coopération sanitaire.

### **1.2.2 L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.**

Le titre III de l'ordonnance du 4 septembre 2003, intitulé « Simplification des formules de coopération », renforce le GCS comme principal outil de coopération. L'article 18-V de ce texte modifie l'article L.6133-1 du code de la santé publique en précisant qu'il existe plusieurs types de GCS.

Le groupement peut, notamment, faciliter les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement : il s'agit de GCS « prestations croisées » (1<sup>er</sup> type de GCS). Il peut, également, réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins (2<sup>ème</sup> type de GCS). N'étant pas un établissement de santé, il peut toutefois être autorisé par le directeur de l'ARH à en exercer les missions (3<sup>ème</sup> type de GCS). Il peut également être autorisé à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux (4<sup>ème</sup> type de GCS). Il est dès lors très délicat de tracer la frontière le séparant de l'établissement public de santé. Enfin, Le GCS peut également constituer un réseau de santé. Dans ce cas précis, il est composé des mêmes membres mentionnés à l'article L.6321-1 du CSP.

Cette ordonnance supprime les secteurs sanitaires, ainsi que les conférences sanitaires de secteurs, pour instaurer les territoires de santé. Les limites de ces territoires ont été arrêtées dans chaque région par les directeurs d'agence régionale (DARH) entre mars 2005 et 2006, suite à la circulaire ministérielle du 5 mars 2004 lançant les SROS de troisième génération.

### **1.2.3 La politique sanitaire confirmée par les pouvoirs publics.**

La loi du 21 juillet 2009 réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a pour objectif de mieux organiser notre système de santé en repensant l'accès aux soins. En associant et en réformant les différentes composantes du système

de santé au sein d'un même texte, la loi « HPST » confirme la volonté des pouvoirs publics d'accroître la coopération sanitaire. Avant même la parution de ce texte au journal officiel le 22 juillet 2009, de nombreux articles ont été publiés. L'un d'entre eux précise que si la pertinence d'une approche territoriale des questions de santé est aujourd'hui acquise, la notion de territoire de santé n'en demeure pas moins floue. La délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT)<sup>14</sup> a constitué un groupe de travail en 1998 nommé « Santé et Territoire » dont l'objectif était de proposer des scénarii prospectifs et des choix innovants à travers la promotion d'une vision territoriale en santé à l'horizon 2020. Il ressort de cette étude une classification des territoires en cinq niveaux de soins<sup>15</sup> :

-le niveau quotidien : il correspond au niveau de proximité immédiate. D'après les études du groupe de la DIACT, il en existerait environ entre 3 500 et 4 000. Ils ont un rôle primordial dans notre système de santé et dans la vie locale. En effet, depuis la prise de conscience du vieillissement de la population et, corrélativement, l'augmentation des maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires ou neuro-dégénératives), ces territoires de proximité se voient imposer la mise en œuvre de nouveaux services sanitaires et sociaux. La présence de professionnels de santé libéraux est nécessaire et doit s'accompagner de services à la personne qui constituent des gisements d'emplois.

-le bassin de vie ou le pays : la modernisation de notre système de santé passe par un changement des pratiques. Il a trop longtemps été fondé sur le curatif, l'immédiat. Aujourd'hui, il doit prévenir, anticiper et prendre en charge le chronique. L'hôpital doit donc accomplir cette mutation et doit pour cela s'inscrire dans une démarche de développement sanitaire durable. Dans cette nouvelle conception, l'hôpital local joue un rôle prépondérant. En étroite association avec la médecine libérale, il pourra héberger une maison de santé pluridisciplinaire. Cette organisation est notamment prévue dans la reconstruction du nouvel hôpital local de Sault.

-le bassin de santé ou le territoire de la communauté hospitalière de territoire : les SROS, portés par les ARH (demain, ARS) se préoccupent largement de l'aménagement du territoire afin de répartir, de manière équilibrée, les établissements hospitaliers publics et privés soumis au régime des autorisations. Aujourd'hui, il n'est plus possible de bénéficier d'une offre globale de soins sur l'ensemble des territoires pour des raisons économiques, souvent liées à un volume d'activité insuffisant, et sécuritaires, dues à un manque de ressources humaines disponibles. En revanche, il est possible, à

---

<sup>14</sup> Depuis un décret du 31 décembre 2005, la DIACT remplace la délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR)

<sup>15</sup> BUDET JM., PERICARD B., VIGNERON E., novembre-décembre 2008, « Territoires et santé : pour servir le débat public autour du projet de loi HPST », Revue hospitalière de France, n°525

l'échelle d'une agglomération, de proposer une offre hospitalière de base, y compris chirurgicale, permettant de répondre à la demande hospitalière courante. Cependant, la recomposition actuelle du paysage hospitalier doit prendre en compte les situations locales. C'est notamment le cas des pôles santé public privé, comme Carpentras et Saint-Tropez, qui voient le jour ces dernières années.

-le niveau régional : le niveau régional s'est affirmé depuis la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) par l'ordonnance Debré (1958) et renforcé par l'instauration de l'autorité de régulation (ARH depuis 1997, demain ARS). Mais, en matière de graduation des soins et en y intégrant des établissements spécialisés, quel que soit leur statut, une identification claire du « *qui fait quoi, pour qui, venant d'où ?* » est nécessaire, tout autant pour les usagers/patients que pour les professionnels et les autorités sanitaires. Si, en matière d'organisation sanitaire, il n'existe aucune raison de revenir sur le découpage actuel en vingt-cinq régions, il n'en demeure pas moins que des aménagements s'avèrent nécessaires. En effet, si on prend le cas de la commune de Villeneuve-lès-Avignon, située dans le Gard et donc en Languedoc-Roussillon, comment ses habitants pourraient-ils ne pas être concernés par Avignon, distante de 5 km, rattachée à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ? Autre exemple d'aménagement extrarégional, fallait-il empêcher, en 2004, la fusion entre les centres hospitaliers d'Alençon, dans l'Orne, et de Mamers, dans la Sarthe, du fait de leur appartenance à deux départements et régions différents mais distants de 25 km ?

-le niveau inter régional : ce niveau est celui de la médecine de demain et de la recherche. Il constitue un effort exceptionnel en matière d'investissements financiers et un haut niveau de contrôle éthique. Le « marché » potentiel est énorme, la compétition mondiale. Cela suppose donc d'atteindre une certaine masse critique. Par conséquent, il faut envisager la création de six ou sept grandes inter-régions, à l'image de ce qui se fait déjà en matière de greffes d'organes.

De ce fait, les pouvoirs publics ont confirmé la coopération entre établissements de santé par un renforcement des outils. Cette politique de regroupement, associée à la politique de régulation des dépenses, devrait permettre aux pouvoirs publics une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

### **1.3 La politique de régulation des dépenses de santé.**

Les pouvoirs publics ont arrêté le phénomène inflationniste qui a caractérisé notre système de santé durant les « Trente Glorieuses » en instaurant une politique de régulation des dépenses de santé. La régulation par la planification et la régulation par les coûts en constituent les deux axes principaux.

### 1.3.1 La régulation par la planification.

- A) Le recours aux schémas régionaux et départementaux.

Depuis près de vingt ans, on assiste à une régulation du système de santé par la planification. Aujourd'hui, elle est présente tant au niveau sanitaire, depuis la loi de 1991, qu'au niveau médico-social depuis la loi de 2002. Ce décalage temporel entre les deux secteurs s'explique par la croyance des pouvoirs publics, pendant de nombreuses années, en la qualité d'un système de santé essentiellement basé sur le curatif et non sur le préventif. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant réforme de l'action médico-sociale met fin à un immobilisme dans ce secteur remontant à 1975. Aujourd'hui, les pouvoirs publics mettent en avant la complémentarité du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

#### *1°/ La planification sanitaire*

L'année 2006 a marqué le lancement des SROS de troisième génération qui se déclinent autour de quatre priorités :

- une meilleure évaluation des besoins
- une plus grande prise en compte de la dimension territoriale
- une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers
- une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé.

Ils ont deux grands objectifs :

- Assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité (médecine, permanence des soins (PDS), prise en charge des personnes âgées, soins de suite médicalisés...) notamment dans le cadre des hôpitaux locaux et des établissements de santé privés de proximité, et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques.
- Veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique et plans stratégiques prévus par le projet de loi d'orientation en santé publique et à leurs déclinaisons régionales figurant dans les programmes régionaux de santé publique, s'ils sont définis avant adoption des SROS.

Le SROS III est fondé sur une régulation de l'activité et non plus sur une programmation de lits. Il détermine, en s'appuyant sur les besoins de santé de la population, la répartition territoriale des activités et équipements lourds soumis à autorisation.

Alors que dans les SROS de première et deuxième génération, la carte sanitaire et les indices étaient définis au niveau national, dans les SROS de troisième génération, ce sont les ARH qui définissent les territoires de santé et qui fixent des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) pour les cinq années à venir.

Du fait de la suppression de la carte sanitaire par l'ordonnance du 4 septembre 2003, les SROS de troisième génération deviennent le seul outil juridique de planification sanitaire. Les acteurs de terrain doivent élaborer des projets médicaux de territoire qui constitueront les annexes du SROS et qui décrivent la contribution de chacun à la mise en œuvre sur le terrain des recommandations d'organisation.

## *2°/ La planification médico-sociale*

La planification médico-sociale a la particularité de relever de deux compétences : le département et l'Etat. Les schémas départementaux élaborés par les conseils généraux sont définis à l'article 18 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et à l'article L.312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils sont établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les schémas mentionnés aux articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du code de la santé publique (CSP) [SROS et SROSMS]. Ils sont, en outre, révisables à tout moment.

Elaborés à l'échelon départemental, ils apprécient, notamment, la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, dressent un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante et déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, particulièrement, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux.

Ils précisent, en outre, le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, tels que les CAMSP, les ESAT et les EHPAD, ainsi qu'avec les établissements de santé définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins.

Enfin, ils définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

La loi du 13 août 2004 fait du département le « chef de file de l'action sociale et lui donne des responsabilités majeures vis-à-vis des personnes âgées ».

Ces schémas d'organisation, élaborés au niveau départemental, établissent un diagnostic des besoins et des attentes et proposent un programme d'orientation et d'actions tant dans le domaine de la création et de l'aménagement des établissements d'accueil que dans celui du maintien à domicile.

Parallèlement à cette organisation arrêtée par les collectivités territoriales, il existe des schémas départementaux élaborés par le préfet pour les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'Etat. Les différents SDOSM sont regroupés en un schéma régional, après avis du CROSMS, et est transmis pour information aux différents présidents de conseils généraux de la région, à la conférence régionale de santé et au comité régional de l'organisation sanitaire (CROS).

## B) La dimension territoriale.

Ayant fait son apparition dans les années 1990, la dimension territoriale est de plus en plus présente dans les textes régissant le système de santé français. Si elle se retrouve encore dernièrement dans la loi HPST, elle était déjà présente dans l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003. Dans ce texte, le territoire de santé remplace le « secteur sanitaire » et les conférences sanitaires, « les conférences sanitaires de secteur ».

L'objectif est de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements et régions).

Depuis la circulaire DHOS/O n°2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, les conférences sanitaires de territoire définissent un projet médical. Il est évolutif et non opposable juridiquement. Ce document contribue, tout d'abord, à l'élaboration du SROS et fait vivre, ensuite, ce dernier pour en traduire les orientations stratégiques sur un plan opérationnel. Il est conçu à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population et contient des propositions destinées à l'agence régionale de l'hospitalisation dans le cadre de l'élaboration du SROS. Il précise enfin les coopérations nécessaires, tant inter établissement qu'à travers des réseaux de santé, au sein du territoire de santé, de la région voire de l'inter région.

Une fois le SROS adopté, le projet médical de territoire (PMT) en constitue la déclinaison permettant de décrire, de manière plus détaillée que dans les SROS, les réponses apportées par les acteurs de santé publics, privés et libéraux pour couvrir les besoins de santé de la population. Il peut donc prendre, sur la base des orientations stratégiques définies dans le SROS, la forme d'un plan d'action pour le territoire qui donne lieu à

évaluation. Cet espace d'animation territoriale de l'organisation des soins doit aussi initier une évaluation partagée du SROS qui est transmise à l'ARH et permet le cas échéant de nourrir la révision du SROS.

Dès lors, les conférences sanitaires constituent de véritables lieux de concertation qui contribuent activement à l'élaboration et au suivi du projet médical de territoire et doivent ainsi permettre d'appréhender la globalité de l'offre de soins nécessaires pour répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population. Le projet médical de territoire Vaucluse-Camargue a la particularité de concerner des établissements du Vaucluse et un établissement des Bouches du Rhône (Arles). Il se compose de six niveaux de proximité et représente plus de 610 000 habitants<sup>16</sup>.

### **1.3.2 Les autres modes de régulation**

#### **A) La régulation par les coûts.**

En 1983, en mettant un terme au financement par prix de journée des établissements publics de santé, car jugé inflationniste, et en le remplaçant par un système d'enveloppe globale, les pouvoirs publics espéraient avoir mis en place un mode de financement efficace des établissements de santé. Force est de constater qu'après vingt années de fonctionnement, la dotation globale a montré quelques limites. Reconduite chaque année en l'absence de négociation réelle entre l'autorité de tutelle et les établissements, elle était calculée sur la base des dépenses de l'exercice précédent modulé du taux de croissance des dépenses hospitalières, déconnectant ainsi les moyens de l'évolution de l'activité. Cette dernière était valorisée de manière « anecdotique » par le point ISA (Indice Synthétique d'Activité : il résulte de la somme des groupes homogènes de malades (G.H.M.) produits dans l'établissement multipliée par leur poids économique relatif (issu de l'échelle nationale de coûts)).

En 2002, le plan Hôpital 2007 prévoyait, entre autres, une réforme du mode de financement des hôpitaux. Ces derniers ne sont plus financés en fonctions des moyens nécessaires à leur fonctionnement mais en fonction des recettes dégagées par leur activité de court séjour<sup>17</sup>. Avec l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en 2004<sup>18</sup>, les pouvoirs publics ont alors médicalisé le financement des établissements en décidant

---

<sup>16</sup> Cf. Annexe n° , source INSSE 1999

<sup>17</sup> Médecine, chirurgie, Obstétrique (MCO)

<sup>18</sup> En 2004, la tarification à l'activité représentait 10% du financement des hôpitaux publics

le paiement au séjour avec des tarifs pour chaque pathologie. Cette réforme du financement a d'ailleurs eu un impact en termes budgétaire puisqu'on est passé de la notion de budget à celle d'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). La philosophie est donc la suivante : des recettes provenant de l'activité dépendent les moyens des établissements. Elle est le contraire de la philosophie émanant de la dotation globale.

#### B) La régulation par les volumes.

Si l'approche territoriale occupe une place importante, au même titre que l'activité, dans la politique de régulation du système de santé, cette dernière repose également sur la consommation et l'approche populationnelle.

La régulation par les volumes a « considérablement » évolué ces dernières années dans la mesure où les autorisations délivrées par les ARH (et demain par les ARS) ne portent plus sur les capacités d'accueil mais sur des activités de soins caractérisées par un volume d'activité (OQOS)<sup>19</sup>. Cette approche quantifiée a pour objectif de mieux répondre aux besoins de santé de la population locale et d'essayer de mieux encadrer les dépenses de santé. La volonté des pouvoirs publics de ne plus financer les établissements en fonction de leur passé ou de leur chef d'établissement repose donc sur un encadrement quantitatif des activités de soins sur un plan territorial, en lien direct avec le financement à l'activité. L'annexe du schéma régional d'organisation sanitaire, qui regroupe les OQOS pour chaque activité et pour chaque territoire, a une valeur juridique puisqu'elle est opposable aux établissements de la région. Les OQOS territoriaux sont alors déclinés par établissement. Les structures s'engagent, par la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à respecter leurs volumes d'activités figurant dans le schéma. En cas de non respect, cela peut avoir un impact sur l'OQOS du territoire. Ce dernier peut être révisé chaque année à l'initiative du directeur d'ARH.

Ainsi, la coopération entre établissements de santé, initiée en 1970 par la loi Boulin, a été confirmée par les pouvoirs publics au fil des années pour en devenir un des principaux axes de la politique sanitaire française. Malgré des apports partagés, la direction commune est un des modes de coopération le plus fréquemment utilisé.

---

<sup>19</sup> Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation

## **2 La direction commune, un mode de coopération aux apports partagés.**

La direction commune, en place depuis 2003 entre les hôpitaux de Carpentras et de Sault, présente des avantages et des inconvénients. L'efficacité de ce mode de coopération est tributaire du contexte économique et social. Compte tenu de l'évolution législative et réglementaire actuelle, il semble opportun d'envisager une nouvelle orientation du mode de coopération en vigueur.

### **2.1 Un contexte socio-économique qui invite à la direction commune.**

#### **2.1.1 La démographie et la géographie.**

Notre système de santé se caractérise par un accès inégal aux soins. Cela est dû à la répartition et à la densité des professionnels de santé libéraux sur le territoire national. En effet, s'il existe des régions sur dotées telles que l'Île de France ou Provence Alpes Côte d'azur (PACA), il existe également un certain nombre de zones sous dotées, notamment rurales. Mais cette inégalité d'accès aux soins n'est pas seulement géographique. Elle est aussi financière dans la mesure où un grand nombre de médecins libéraux pratiquent les dépassements d'honoraires. Enfin, cette inégalité d'accès aux soins résulte d'un choix politique datant du début des années 1980 avec la mise en place d'une gestion restrictive du *numerus clausus*.

Parallèlement, la population française n'a cessé de croître ces dernières années. Il en est de même pour les régions les plus attractives du pays. C'est le cas de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dont le nombre d'habitants entre 2000 et 2006 est passé de 4 538 012 à 4 780 986, soit + 5,3% d'augmentation. Les six départements constituant la région ont connu la même tendance. En ce qui concerne le Vaucluse, la population a augmenté de + 5,5% sur la même période alors que la tendance au niveau national n'a été que de 4%. En 2006, l'indice de vieillissement<sup>20</sup> du département était de 67,6 contre 78,8 pour la région et 66,3 pour la France (Cf. Annexe n°3). Si l'on regarde de plus près la population qui nous intéresse, on s'aperçoit que les personnes âgées d'au moins 60 ans vivant dans

---

<sup>20</sup> Indice de vieillissement correspond au nombre de personnes de plus de 60 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

le Vaucluse représentent 10,4% de cette même couche de population au niveau régional. Le Vaucluse a la quatrième population la plus âgée derrière les Bouches du Rhône, le Var et les Alpes-Maritimes.

En ce qui concerne la démographie médicale, et plus particulièrement celle des médecins généralistes libéraux, la région PACA recense, en 2006, près de 6 600 médecins généralistes libéraux pour une population âgée de plus de 60 ans de 1 145 769 habitants, ce qui donne un ratio de 1 médecin libéral pour 174 habitants. Si l'on décline cette statistique au niveau départemental, on remarque que le Vaucluse a le troisième plus mauvais ratio (1 pour 184)<sup>21</sup> (Cf. Annexe n°2).

Parmi tous ces médecins généralistes libéraux, près d'un tiers a plus de 55 ans. En volume, le Vaucluse est le département qui a la plus forte proportion, à savoir 33,7%.

Enfin, en ce qui concerne le canton de Sault, il se situe dans l'unité territoriale du Comtat Venaissin. En 2005, la population des plus de 60 ans du canton représentait 2% des personnes de plus de 60 ans de cette unité territoriale. En effet, sur environ 2 500 habitants, le canton en comptait 687.

## **2.1.2 Le contexte économique et sanitaire**

### **A) Le territoire de santé.**

La région Provence Alpes Côte d'Azur est divisée en neuf territoires de santé dont la composition fait l'objet d'un arrêté du directeur d'agence régionale d'hospitalisation en date du 28 février 2005. Ces territoires sont eux-mêmes divisés en 25 entités décrites dans l'arrêté comme relevant du niveau de proximité. Il s'agit de territoires de niveau de proximité.

Dans leur élaboration, il a été tenu compte des limites des pays et des communautés d'agglomération et des constats habituels sur l'attractivité des principaux pôles de la région. Ces territoires, servant également à l'élaboration du programme régional de santé publique (PRSP), constituent un découpage commun à l'organisation hospitalière et aux actions de santé publique.

Le département du Vaucluse fait partie du territoire de proximité n°9 intitulé « Territoire Vaucluse Camargue ». Ce dernier est composé de sept communes : Avignon

---

<sup>21</sup> Les deux plus mauvais ratios sont les Alpes de Haute Provence (1 pour 203) et le Var (1 pour 204)

(préfecture), Apt (sous préfecture), Carpentras (sous préfecture), Cavailon, Orange, Valréas pour le Vaucluse et Arles pour les Bouches du Rhône. La particularité de ce découpage territorial est qu'il est à cheval sur deux départements et que la zone Camargue, bien qu'appartenant aux bouches du Rhône, est plus proche du département du Gard et du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes que du Vaucluse. En revanche, la commune de Villeneuve-Lès-Avignon, distante de 5 kilomètres d'Avignon et du Vaucluse, fait partie du territoire de santé de Nîmes/Bagnols-sur-Cèze.

Dans le territoire de proximité n°9, il existe quatre pays ou communautés d'agglomération<sup>22</sup> et six zones non affectées à un pays ou à une communauté d'agglomération. Au total, le territoire Vaucluse Camargue couvre une population de plus 610 000 habitants<sup>23</sup>.

Au niveau économique, la Vaucluse affiche des indicateurs d'un niveau supérieur à ceux de la région. La population active représente 43% de la population contre 37,7% au niveau régional et le taux de chômage est en dessous des 10% (9,8%) dans le département alors qu'il est de 11% en PACA<sup>24</sup>.

Le Vaucluse a longtemps été un département rural. Le secteur maraîcher est toujours dynamique puisqu'il fournit l'essentiel de la production française en fruits et légumes. Toutefois, il est soumis à la concurrence de ses voisins européens, notamment l'Espagne. Le secteur viticole jouit d'une bonne réputation sur le plan national. Certaines cultures spécialisées, comme la lavande (pays de Sault), se développent. Le secteur industriel y est peu dense. Enfin, le secteur tertiaire est de loin le plus dynamique avec, entre autres, l'activité de fret entre le nord et le sud de l'Europe.

En ce qui concerne l'offre de soins de proximité, le département fait partie des trois départements<sup>25</sup> à présenter des statistiques moins favorables que celles de la région, hors structures d'accueil publiques et privées. Tel que le préconise le troisième Livre Blanc sur les hôpitaux de proximité de l'association des petites villes de France (APVF)<sup>26</sup>, la proximité médicale est assurée par les médecins en pratique libérale, soit généralistes, soit spécialistes. Etant donné que le mémoire porte sur la coopération entre un centre hospitalier d'une ville de près de 30 000 habitants, où l'on trouve des médecins spécialistes et généralistes, et un hôpital local d'un village isolé géographiquement, où

---

<sup>22</sup> Pays d'Arles, Grand Avignon, Ventoux Comtat Venaissin et Pays Baronnies

<sup>23</sup> Site de l'observatoire régional de la santé région PACA, année 2007

<sup>24</sup> Site de l'observatoire régional de la santé région PACA, année 2007

<sup>25</sup> Cf. Annexe 1 : Vaucluse, Var et Alpes-Maritimes

<sup>26</sup> 3<sup>ème</sup> Livre Blanc de l'APVF sur les hôpitaux des petites villes, « une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire », Octobre 2008

seuls trois médecins généralistes exercent leur métier avec dévouement, il semble plus opportun de se focaliser sur les médecins généralistes libéraux.

Dans le Vaucluse, on dénombre près de 650 médecins généralistes libéraux, dont près de 35% ont plus de 55 ans, pour une population avoisinant les 540 000 habitants, ce qui représente un ratio d'un médecin généraliste libéral pour 836 habitants. Au niveau régional, ce ratio est de un pour 741. Si on se focalise sur les personnes de plus de 60 ans, le Vaucluse présente alors un ratio de un médecin généraliste pour 185 habitants contre un pour 174 en région PACA. On peut donc porter le constat suivant : là où la densité médicale privée est forte, la densité médicale publique est aussi forte. Peut-on alors parler de service public lorsque celui-ci épouse les lois du marché sanitaire privé ?

## B) Le canton de Sault.

Le canton de Sault est une des six zones du territoire Vaucluse Camargue à ne pas être affectée à un pays ou une communauté d'agglomérations. Il regroupe cinq communes : Aurel, Monieux, Saint-Christol, Saint-Trinit et Sault. La principale activité économique est l'agriculture. Outre les cultures traditionnelles, on trouve aussi des cultures plus spécifiques telles que la lavande ou le miel. L'artisanat y est également très présent avec le développement de la fabrication de produits dérivés issus du terroir comme le nougat par exemple. Enfin, le tourisme occupe une place importante dans l'économie locale puisque le canton de Sault se situe en face du Mont Ventoux.

En termes d'emploi, le taux de chômage est relativement important. L'éloignement géographique y est pour beaucoup. En effet, le canton de Sault se situe à 40 minutes de la première ville Apt, 45 minutes de Carpentras, une heure d'Avignon, deux heures de Marseille. Les emplois administratifs dans le canton représentent l'essentiel des emplois : banque, poste, collège, pompiers, gendarmerie, armée et établissements de santé participent à la survie du canton. En 1999, la base aérienne du plateau d'Albion à Saint-Christol a été dénucléarisée et transformée en deuxième régiment étranger de génie. Ce choix stratégique n'a pas été sans conséquence pour l'économie locale qui a vu un grand nombre de familles déménager pour être remplacées par des militaires vivant en caserne. Désormais, la maison de retraite associative de Saint Christol, le collège et l'hôpital local de Sault sont les principaux fournisseurs d'emplois sur le plateau. Pour le Maire de Sault, et vice-président du conseil général de Vaucluse, la survie du canton passe par le maintien de l'hôpital local dans le paysage sanitaire vauclusien. Cette problématique d'aménagement du territoire est une de ses principales préoccupations. Conscient que sa commune souffre d'un manque d'attractivité, il fait en sorte, avec le conseil

d'administration, que l'établissement soit pérennisé. C'est pourquoi, en 2003, devant la difficulté de recruter un directeur d'établissement, il a accepté la direction commune proposée par le directeur du centre hospitalier de Carpentras. En six années de coopération, non seulement, l'hôpital local est resté autonome mais en plus il a vu son projet de reconstruction validé par l'ARH au cours du premier semestre 2008. Peut-être que sans cette coopération, l'hôpital de Sault aurait été, au mieux, transformé en EHPAD.

### C) Le bassin carpentrassien.

Le bassin de Carpentras est constitué de 44 communes et de 7 cantons, dont celui de Sault. Il représente 1/3 de la superficie du Vaucluse et 1/5 de la population du département. Siège d'une sous préfecture, Carpentras connaît un accroissement démographique soutenu depuis 20 ans. Aujourd'hui, la population de la commune atteint près de 30 000 habitants et celle du bassin, près de 100 000.

L'économie locale est fortement axée sur l'agriculture et ses activités aval, telles que l'industrie agroalimentaire et le commerce de gros, sur l'industrie de biens intermédiaires, comme la chimie, la métallurgie et les matériaux de construction, ainsi que sur le bâtiment. De plus, le développement de services non marchands, l'externalisation d'activités de transport et le recours, de plus en plus fréquent, à l'intérim accompagnent la tertiairisation de l'économie du territoire carpentrassien.

D'après une étude de l'union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) en 2001, près de 90% des entreprises ont moins de dix salariés. Le tissu économique local est donc constitué de petites, voire, très petites entreprises. Avec un effectif de plus de 600 personnes<sup>27</sup>, le pôle santé est le plus gros employeur du bassin. Il propose ainsi à la population locale une palette de soins complète grâce au regroupement, sur un même site, des activités du centre hospitalier, de la polyclinique Synergia et de services médico-techniques<sup>28</sup>.

Le contexte socio-économique de Carpentras et de Sault a, par conséquent, permis la mise en place d'une direction commune entre ces deux hôpitaux. Ce mode de coopération présente des avantages, mais aussi des inconvénients, pour chacune des entités juridiques.

---

<sup>27</sup> Dont 400 pour le centre hospitalier et 150 pour la polyclinique Synergia

<sup>28</sup> Outre l'hôpital et la clinique, le pôle santé comprend aussi un cabinet d'imagerie médicale (GIE) et une antenne de l'ATIR

## **2.2 L'opportunité de la direction commune : avantages et inconvénients.**

La coopération est le maître mot de l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale depuis de nombreuses années. Si la coopération se justifie pour des raisons structurelles telle que la restructuration et la rationalisation de l'offre de soins, elle se justifie également pour des causes conjoncturelles telles que l'augmentation de la dépendance, une réglementation de plus en plus exigeante, et financière matérialisée par la maîtrise des dépenses. En effet, les difficultés de recrutement, ou les pénuries de certaines professions médicales et paramédicales, l'importance des coûts justifient le recours à des montages juridiques qui permettent le regroupement des établissements. Des recrutements, la mutualisation de moyens et des économies d'échelle en matière d'achat sont alors possibles.

Par ailleurs, la direction commune peut être vue comme une réponse au problème démographique des directeurs. De ce fait, le rôle des tutelles (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Conseil Général) en matière de veille stratégique, afin de saisir les opportunités de rapprochement entre les établissements et de ne pas laisser des situations problématiques se détériorer, est primordial. Elles peuvent donc être des initiateurs ou des facilitateurs de la mise en place d'une direction commune.

### **2.2.1 La souplesse de la direction commune a permis de renforcer le positionnement des deux hôpitaux**

#### **A) Un mode de coopération très souple.**

Formule de coopération récente, la direction commune tend à se développer. Elle se différencie des autres formules juridiques par une grande souplesse liée à sa nature contractuelle axée sur le volontariat des parties. De ce fait, une convention de direction commune de deux pages peut devenir le principal outil de gestion de deux structures alors qu'elle ne figure pas en tant que telle dans les textes relatifs à l'organisation des établissements. La direction commune peut ainsi constituer une réponse adaptée aux difficultés que peuvent rencontrer les établissements « en sursis », notamment sociaux et médico-sociaux. Cela a été notamment le cas de l'hôpital local de Sault en 2003.

En effet, la direction commune n'a pas été initiée par une des tutelles de l'hôpital local pour des raisons budgétaires mais par le directeur du centre hospitalier de Carpentras qui était au courant des difficultés de recrutement, notamment pour le poste de chef

d'établissement. C'est pourquoi, lors de la séance du conseil d'administration du centre hospitalier de Carpentras du 11 octobre 2002, la décision de mettre en place une direction commune avec l'établissement de Sault a été validée. Lors du conseil d'administration de l'hôpital local de Sault du 20 novembre 2002, la même décision a été entérinée. Mise en place dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et renouvelée annuellement par tacite reconduction, la convention prévoit, notamment, que l'unité mobile de gériatrie doit intervenir sur les deux sites, en fonction des besoins avérés. Elle stipule également que les praticiens du centre hospitalier peuvent dispenser des soins spécialisés aux malades de Sault, sur demande des médecins libéraux de l'hôpital local. Enfin, les patients en provenance de Sault ont priorité pour accéder à l'ensemble des services du plateau technique du centre hospitalier, et, afin de faciliter le suivi médical des patients adressés par l'hôpital local, ce dernier s'engage à harmoniser la gestion des dossiers patients.

Il ressort de ce document que, hormis quelques points précis comme la venue de l'équipe mobile de gériatrie (EMG), le recours aux praticiens de Carpentras et l'harmonisation des dossiers patients par l'hôpital local, à aucun moment, l'approche organisationnelle stricto sensu de la direction commune n'est abordée. L'équipe de direction étant la même pour les deux structures, l'hôpital de Carpentras accorde, par conséquent, un temps de directeur à l'hôpital local. Si dans les faits, ce temps correspond à 0,4 équivalent temps plein (ETP), soit deux journées par semaine, dans la convention, il n'y a aucun élément à ce sujet. De plus, l'établissement de Sault rémunère un temps plein de directeur au centre hospitalier. Payer un temps plein pour un directeur à temps partiel semble injuste. Cette différence s'explique par le fait que d'autres personnes de Carpentras travaillent pour l'hôpital local. En effet, le directeur à temps partiel ne pouvant pas tout traiter sur le site de Sault avec son équipe, il fait souvent appel aux agents du centre hospitalier qui ont la technicité requise sur certains dossiers.

Dès lors, ce qui justifie cette souplesse de la direction commune comme mode de coopération, est le formalisme allégé et le champ d'action très large. Entre Carpentras et Sault, la convention aborde quelques points d'ordre médical. Le fait qu'elle soit plutôt restrictive en 2003 n'est pas gênant dans la mesure où c'est la première année de fonctionnement. Mais étant renouvelée chaque année par tacite reconduction, elle aurait pu évoluer pour être étoffée par les autres domaines de la coopération réellement mis en place sur le terrain comme par exemple la mise en place d'une équipe restauration ou l'harmonisation de l'organisation du personnel soignant entre les deux sites. Par conséquent, le document fondateur existe mais il n'a pas été révisé une seule fois en six années de direction commune.

B) L'impact favorable de la direction commune sur les deux établissements.

*1° Une assise territoriale renforcée pour le centre hospitalier de Carpentras.*

Pour le centre hospitalier de Carpentras, la mise en place de la direction commune en 2003 a permis d'accroître son assise territoriale. Jusqu'en 2001 et l'ouverture du pôle santé public privé en partenariat avec la polyclinique Synergia, l'hôpital ne jouissait pas d'une très grande renommée. Ses locaux, bien que classés au patrimoine des monuments historiques, n'étaient plus adaptés aux standards sanitaires actuels en matière d'offre de soins et de prise en charge de la personne accueillie. Son activité chirurgicale périlait, concurrencée par les cliniques Saint Gérard et Saint André<sup>29</sup> situées toutes les deux dans la commune. Sa maternité présentait une activité de l'ordre de 700 accouchements par an et aurait pu être menacée, à terme, de fermeture par la tutelle. Mais la principale concurrence provenait, et provient toujours, du centre hospitalier d'Avignon, situé à 20 kilomètres.

Depuis le déménagement sur le site du pôle santé, l'hôpital de Carpentras, comme la polyclinique Synergia, ont vu leur renommée évoluer. Cela s'est ressenti sur l'activité de l'établissement public qui est en constante augmentation. L'évolution la plus marquante est à mettre au service de la gynécologie obstétrique, qui de 700 accouchements en 2001, est passée à 1300 accouchements en 2008.

Avec la convention de direction commune signée en 2003 avec l'hôpital local de Sault, Carpentras a pu étendre son assise territoriale vers l'est du département. Au-delà de cette assiette géographique importante<sup>30</sup>, Carpentras s'est également assurée des lits d'aval supplémentaires. Le fait de disposer de 30 lits d'hébergement à Sault, par le simple biais d'une convention, était une opportunité à saisir, surtout lorsque les finances de l'hôpital découlent des activités de gynécologie obstétrique et surtout de médecine, où la moyenne des patients accueilli est comprise entre 65 et 70 ans.

Afin d'assurer au mieux la direction commune, le centre hospitalier de Carpentras a su négocier avec l'ARH des crédits supplémentaires, notamment pour le poste de directeur de l'hôpital local. Avec cette coopération, l'opportunité de mettre en place un « pôle<sup>31</sup> »

---

<sup>29</sup> Ces deux cliniques ont fusionné en 2001 pour devenir la polyclinique Synergia

<sup>30</sup> Le centre hospitalier de Carpentras et l'hôpital local de Sault sont distants de 45 kilomètres

<sup>31</sup> La notion de pôle est officiellement apparue dans l'ordonnance du 2 mai 2005 relative à la nouvelle gouvernance des hôpitaux

gériatrique regroupant les deux sites<sup>32</sup> de Carpentras et de Sault s'est présentée. Pour ce faire, des crédits pérennes ont été alloués par l'ARH pour un poste de praticien hospitalier à temps partiel.

Enfin, la direction commune constitue un avantage, d'ordre financier, pour le chef d'établissement assurant la responsabilité des deux établissements. En effet, l'indemnité perçue par le directeur n'est pas versée aux adjoints, alors qu'ils sont amenés à intervenir sur les deux sites. Cette indemnité représente, comme l'indemnité d'intérim, non pas une compensation de la charge de travail, mais une reconnaissance de la responsabilité juridique supplémentaire incombant au chef d'établissement. En outre, elle présente un avantage certain par rapport à l'intérim lorsqu'il est de longue durée car elle est prise en compte au titre d'une mobilité fonctionnelle et peut donc, de ce fait, conduire à un avancement.

### *2°/ Le maintien de l'hôpital de Sault dans le paysage sanitaire local.*

L'instauration de la direction commune en 2003 a permis à l'hôpital local de Sault de conserver son autonomie juridique et financière. Cet aspect là était important pour les différentes parties : d'un côté, le centre hospitalier de Carpentras avait aménagé depuis à peine deux années dans ses nouveaux locaux, de l'autre, le maire de Sault n'était pas favorable à l'idée de fusion car l'hôpital local joue un grand rôle dans la vie de sa commune. De plus, les deux établissements ayant une situation financière équilibrée, le directeur de Carpentras ne voyait pas l'intérêt de courir le risque de fragiliser, budgétairement parlant, son établissement et de désorganiser complètement l'hôpital local. En six années de coopération, les deux établissements ont réussi à conserver une situation financière saine, même si la comparaison est relative dans la mesure où Carpentras est soumis à la tarification à l'activité (T2A) alors que l'hôpital local est toujours en dotation globale.

Si la direction commune a aidé l'hôpital de Sault à survivre dans le paysage sanitaire local en tant qu'entité juridique autonome, elle lui a également permis de réaliser des économies d'échelle non négligeables. En effet, la technicité du personnel de Carpentras mis à disposition de celui de Sault a permis à ce dernier de moderniser sa gestion. Cela concerne, entre autres, l'informatique puisque les deux établissements utilisent le même système d'information. Cela concerne également la restauration, où depuis 2003, l'organisation de ce service a considérablement évoluée. D'une organisation « familiale »,

---

<sup>32</sup> Le service de soins longue durée du centre hospitalier et la maison de retraite de la lègue sont les deux sites publics prévus pour la prise en charge de la personne âgée

Sault a vu le responsable de la restauration du centre hospitalier monter régulièrement sur le plateau d'Albion pour revoir le fonctionnement et les méthodes de travail<sup>33</sup> de son service. Le volet organisationnel ayant été harmonisé sur celui du centre hospitalier dans un contexte professionnel où l'adhésion du personnel de la restauration de l'hôpital local à cette nouvelle organisation était quasiment nulle, les premières économies d'échelle sont apparues : gaspillage en baisse, commandes de denrées alimentaires plus judicieuses...

Au cours de l'exercice 2008, le centre hospitalier a recruté un cuisinier et l'a positionné sur le site de Sault afin, non seulement de rompre avec les habitudes de fonctionnement du personnel, mais aussi et surtout, de préparer au mieux la certification de l'établissement pour le volet restauration. Cette même année, l'hôpital local a adhéré au même groupement de commandes que le centre hospitalier de Carpentras, que ce soit pour les denrées alimentaires, les fournitures hôtelières et les produits d'hygiène. Là encore, des économies ont pu être réalisées. A titre d'exemple, les dépenses pour la restauration, au premier semestre 2009, étaient inférieures de près de 25% par rapport à celles du premier semestre 2008.

Enfin, la direction commune a surtout permis à l'hôpital local de Sault d'entreprendre la reconstruction de ses locaux. Lors de l'accréditation de l'établissement en 2004, les experts visiteurs de l'ANAES avait mentionné dans leur rapport que l'établissement n'était pas conforme aux normes en vigueur et ne pouvait donc pas proposer une prise en charge de qualité, malgré toute la volonté du personnel. Cette remarque avait d'ailleurs été confirmée par la visite de la commission de sécurité incendie la même année qui avait mentionnée dans son rapport que l'établissement devait déposer un projet de reconstruction sous peine de fermeture. C'est pourquoi, depuis 2005, le centre hospitalier de Carpentras et l'hôpital local de Sault ont fait apparaître dans leurs documents institutionnels, tels que le projet d'établissement ou la convention tripartite, la volonté de doter l'hôpital local d'un nouvel établissement digne d'accueillir convenablement les patients, résidents et usagers. Ce projet de reconstruction a été validé par l'ARH au cours du premier semestre 2008. Sans cette coopération, mise en place depuis 2003, Sault n'aurait sans doute pas pu faire valider son projet de reconstruction.

---

<sup>33</sup> Bien que les locaux ne soient pas adaptés, l'hôpital local de Sault a adopté la méthode de marche en avant, dite HACCP

### *3°/ Une représentativité renforcée face aux tutelles.*

Depuis six ans, les hôpitaux de Carpentras et de Sault coopèrent grâce à une convention de direction commune. Au fil des années, ce mode de coopération s'est transformé en mode de gestion intégrée où le centre hospitalier fait en sorte d'instaurer son organisation et son fonctionnement à l'hôpital local. D'après le chef d'établissement et le maire de Sault, cette « prédominance » de l'un sur l'autre est normale et n'enlève rien à l'identité des établissements. Ces deux protagonistes y voient même un avantage dans la mesure où l'harmonisation des pratiques entre les deux structures confère au directeur un poids plus important en matière de négociation face aux tutelles, le premier bénéficiaire étant l'hôpital local.

L'illustration la plus marquante est le projet de reconstruction de l'hôpital local. Menacé de fermeture en 2004, les travaux ont débuté en juin 2009 pour une livraison prévue au cours du premier trimestre 2011. Le directeur de l'ARH PACA est venu visiter l'établissement en cours d'année 2007 et a confirmé au chef d'établissement qu'il validait le projet et que la reconstruction était plus que nécessaire. De ce point de vue, la tutelle, la mairie et le directeur étaient unanimes : la reconstruction devrait permettre de répondre aux problématiques d'aménagement du territoire et de santé publique.

Le fait de disposer d'une représentativité renforcée par la direction commune a permis au directeur de négocier, pour la reconstruction, des crédits non pérennes<sup>34</sup> mais aussi des crédits pérennes. Ils portent exclusivement sur le financement, en totalité, d'un poste à temps partiel de praticien hospitalier<sup>35</sup> ainsi que sur la création d'un cabinet médical au sein même du nouvel établissement.

De même, quand la direction commune a débuté, l'hôpital local n'avait pas d'animatrice. Lors de la négociation de la convention tripartite en 2005, il a été possible de négocier des crédits avec le conseil général pour financer un temps partiel d'animatrice<sup>36</sup> en contrepartie de l'ouverture d'un accueil de jour Alzheimer (AJA) de trois places devant répondre aux besoins, en la matière, des personnes âgées du canton. Aujourd'hui, l'établissement se trouve confronté aux besoins grandissants des résidents et de la

---

<sup>34</sup> Il s'agit de crédits alloués pour l'équipement en mobilier lors de l'aménagement dans le nouvel hôpital.

<sup>35</sup> Le praticien hospitalier travaillera à mi-temps pour l'établissement (0,5 ETP).

<sup>36</sup> Le temps partiel d'animatrice représentait 0,3 ETP, il était dédié à l'accueil de jour.

population locale sur le volet animation. Ce nouveau métier joue un rôle crucial dans le projet de vie individualisé de la personne âgée. Il représente ainsi une bouffée d'oxygène, grâce à l'accueil de jour, pour les familles qui s'occupent de leurs aînés et qui éprouvent parfois le besoin de souffler. Il est donc prévu, dans le renouvellement de la convention tripartite en 2010, de négocier, avec le conseil général de Vaucluse, un temps plein d'animatrice pour l'hôpital local.

## **2.2.2 La gestion de deux entités différentes constitue un challenge pour l'équipe de direction**

- A) Une organisation et un management difficiles à assurer au sein de la direction commune.

La direction commune est synonyme d'autonomie juridique et financière pour chacun des établissements acteurs de la coopération. Cette autonomie constitue un des inconvénients majeurs de ce type d'organisation dans la mesure où chaque établissement assure ses propres instances telles que le conseil d'administration, la commission médicale d'établissement ou le comité technique d'établissement. Elle entraîne donc une lourdeur administrative que l'équipe de direction et le personnel administratif doivent savoir gérer au mieux pour ne pas pénaliser le fonctionnement des structures.

A cette organisation administrative lourde s'ajoute l'éloignement géographique qui est source de difficultés en termes de management. En effet, un grand nombre de décisions concernant la petite structure est pris par le directeur sur le site de l'établissement le plus important. Bien que relayé par son adjoint sur le terrain, il se peut qu'il ne connaisse parfois pas toutes les circonstances et soit amené à faire un choix. Dans le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault, un directeur adjoint est présent deux jours par semaine<sup>37</sup>. Le chef d'établissement essaie d'y venir toutes les deux semaines mais cela n'est pas toujours possible en fonction de son emploi du temps. C'est pour cela que des décisions sont prises à distance. Même si le personnel de l'établissement est concerté avant chaque choix, cela n'enlève pas le problème managérial qui ressort de la gestion d'un site éloigné et isolé géographiquement. Pendant plusieurs années après la mise en œuvre de la direction commune, le personnel de l'hôpital local a ressenti comme un

---

<sup>37</sup> Il s'agit là d'une moyenne. Le temps de présence sur le site varie en fonction de l'activité et des dossiers à gérer

sentiment d'abandon. Il est vrai que l'emploi du temps du directeur et de son équipe de direction y est pour beaucoup mais le temps de trajet joue aussi énormément sur la présence discontinue de l'encadrement.

Si la direction commune peut être considérée comme un mode de coopération pérenne et efficient entre les établissements sanitaires et médico-sociaux<sup>38</sup>, il n'en demeure pas moins que pour les hôpitaux de Carpentras et de Sault, cette théorie mérite d'être nuancée. Il est vrai que les deux établissements présentent une situation financière saine et un climat social relativement serein. Toutefois, le fonctionnement en gestion intégrée qui s'est instauré dès le début de la direction commune est une forme de remise en cause de l'autonomie pleine et entière prévue par ce mode de coopération et laisse présager une évolution vers une autre mode de coopération. En effet, durant mon stage, j'ai pu me rendre compte qu'un grand nombre d'agents estimait que cette direction commune était en réalité une fusion déguisée. De plus, en créant les communautés hospitalières de territoire, la loi HPST va renforcer la coopération entre les établissements sanitaires et médico-sociaux et des regroupements risquent de s'opérer. S'il n'existe pas de mode de coopération idéal, en revanche, il arrive que des situations induisent un mode de coopération plutôt qu'un autre.

#### B) Une différence de culture à gérer.

Ce qui caractérise un établissement, c'est avant tout son identité, sa culture. Si deux établissements peuvent être similaires au regard de la capacité d'accueil, de l'activité réalisée et des plateaux techniques dont ils sont dotés, il existe en réalité une différence et la culture en est la base.

Cette différence de culture se ressent, à plus forte raison, lorsqu'on évoque une coopération entre établissements et elle s'accroît si les établissements n'ont pas la même taille.

Un des vecteurs utilisés pour affirmer cette culture en établissement lors d'une coopération est la résistance au changement. En effet, coopérer avec une autre structure sous-entend une révision, voire un changement, de l'organisation et du fonctionnement, qui ne faisaient sans doute pas l'unanimité mais pour lesquels les agents s'en étaient accommodés.

---

<sup>38</sup> C.EPISSE, 2007, « La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient », mémoire élève DESS, ENSP, promotion 2006-2007

Durant les six années de coopération entre les hôpitaux de Carpentras et de Sault, nombreux sont les exemples où le personnel de l'hôpital local a manifesté une résistance au changement. Au cours de mon stage, deux situations ont permis de nourrir cette réflexion. Tout d'abord, au niveau de la restauration, le recrutement d'un responsable, ne résidant pas sur le plateau d'Albion, a suscité de nombreuses remarques et attitudes désobligeantes à l'égard de cet agent. Pour caricaturer, un « étranger » avait usurpé la place qui revenait naturellement et logiquement à un saltésien, travaillant depuis de nombreuses années dans l'établissement, mais ne disposant pas des compétences requises pour assurer la fonction de responsable de restauration. Ensuite, le personnel soignant a refusé, jusqu'en 2009, que ses plannings soient élaborés par la direction des soins de Carpentras et calqués sur ceux du centre hospitalier. Les désagréments que cela a pu causer au fonctionnement de l'hôpital local ont permis à l'équipe de direction d'harmoniser les plannings et les pratiques.

Ces deux situations illustrent bien que la culture d'un établissement peut être un frein à la coopération, surtout lorsqu'il s'agit de la direction commune où les établissements conservent leur autonomie pleine et entière, et donc leur culture. Dès lors, pourquoi un hôpital local ferait des concessions pour faciliter la tâche à un centre hospitalier ? C'est en expliquant au personnel de Sault qu'il fallait s'inscrire dans une logique « gagnant-gagnant » que le directeur a pu obtenir une relative adhésion au projet de coopération.

En outre, la différence de culture a un autre impact sur la direction commune que la résistance au changement. Si les établissements conservent leur autonomie juridique et administrative, il n'en demeure pas moins que dans la convention de direction commune, il est fait mention d'une coopération, notamment sur le volet médical. C'est d'ailleurs ce qui ressort de la convention validée par les conseils d'administration de Carpentras et de Sault. Or, dans les faits, cette coopération ne se traduit pas par l'élaboration d'un projet médical commun. Cela s'explique par le fait que la direction commune est un mode de coopération souple, comme nous l'avons vu précédemment, qui ne nécessite pas un grand formalisme et une grande précision des modalités de fonctionnement. Cela signifie qu'en l'absence de précisions clairement énoncées dans la convention, le personnel médical de chaque établissement, et notamment celui du centre hospitalier, s'est préoccupé, en priorité, de ses patients. Il en résulte une absence de projet médical alors qu'une filière de soins gériatriques était susceptible d'être mise en place entre les deux structures. Ce sont les patients et résidents de l'hôpital local qui subissent cet écueil dû à une différence de culture entre un centre hospitalier, soumis à la tarification à l'activité, dont la principale préoccupation, outre celle de prendre en charge le mieux possible les patients, est de maintenir et/ou améliorer son activité, et un hôpital local dont l'unique

objectif est son maintien dans le paysage sanitaire afin de répondre aux besoins de la population locale.

Ce point de vue ne doit surtout pas être perçu comme une critique. Au contraire. Il s'agit simplement d'un constat qui repose sur les réactions, naturellement logiques, de chacune des parties. Ces réactions sont la preuve qu'il existe des cultures propres à chaque établissement et à chaque pays ou canton.

Cette analyse des avantages et des inconvénients peut alors amener une réflexion sur l'avenir d cette direction commune.

## **2.3 Les scenarii à envisager.**

### **2.3.1 La fermeture de l'hôpital local ?**

La taille critique de l'hôpital de Sault est en-dessous des standards des hôpitaux locaux. Avec une capacité totale de 50 lits et places, il entre plus dans la catégorie des petits EHPAD. De plus, son activité ne cesse de diminuer, notamment en médecine et soins de suite. En 2008, l'hôpital local a réalisé une quarantaine de séjours en médecine et une dizaine en soins de suite. L'hébergement est pratiquement devenu la seule activité de l'établissement. Pendant un moment, la question de la fermeture a été soulevée compte tenu de la vétusté des infrastructures. L'argent public doit-il être utilisé pour reconstruire un hôpital local isolé, situé à 45 minutes du premier centre hospitalier ? Il n'y a pas que dans les zones rurales où la population peut se trouver éloignée d'un établissement de premier recours. Il arrive, dans les grandes villes, que le temps de trajet approche les 45 minutes également.

Selon le sénateur maire de Sorgues<sup>39</sup>, rapporteur du projet de loi HPST au Sénat, la fermeture de petits établissements dans des zones rurales peut se justifier dans certains cas. Ainsi, au cours d'une table ronde à Valréas durant le premier trimestre 2009, relative à la fermeture du service de chirurgie du centre hospitalier, les habitants de la commune ont témoigné leur désaccord. L'objectif de cette rencontre était, non seulement, de faire comprendre à la population locale que les pouvoirs publics, et les élus locaux, avaient conscience de l'importance d'une telle décision pour une ville dotée d'un centre hospitalier

---

<sup>39</sup> Monsieur Alain MILON, sénateur maire de Sorgues, a été le rapporteur du projet de loi HPST au Sénat

de taille modeste, mais aussi, de démontrer qu'il était temps d'agir avec raison. De cette entrevue, il est ressorti que la population locale tenait à son établissement mais dès lors qu'un problème de santé surgissait, les habitants de Valréas n'hésitaient pas à parcourir des kilomètres pour être pris en charge par des professionnels plus qualifiés. Dans ces conditions, à quoi bon alors maintenir ce type de structure ? C'est pourquoi, pour le sénateur maire, la fermeture d'un hôpital local comme celui de Sault n'aurait rien de choquant ni de pénalisant, au regard de l'activité réalisée, pour la population locale et dans la mesure où d'autres structures, plus éloignées, répondraient aux besoins de la population.

Cependant, la tutelle a tenu un raisonnement différent. Selon le DARH de la région PACA, le maintien de l'hôpital local, ainsi que sa reconstruction, se justifient amplement. Mais cette décision est complétée par deux éléments :

- × l'hôpital local doit s'engager dans un partenariat plus affirmé avec le centre hospitalier afin de coller à la lettre de la convention de direction commune. Une telle coopération doit permettre la venue régulière de certains praticiens de Carpentras pour des consultations spécialisées dans le cadre d'un réseau ou d'une filière gériatrique.

- × si le maintien de l'hôpital local a été jugé nécessaire, cela ne doit pas empêcher de réfléchir au devenir de l'établissement et, entre autres, à l'évolution de sa capacité d'accueil en matière sanitaire<sup>40</sup>. Il a été convenu avec la tutelle que cette question sera revue après un an de fonctionnement du nouvel établissement. Faudra-t-il diminuer les lits de médecine et augmenter ceux de soins de suite, diminuer les lits sanitaires et augmenter de nouveau la capacité en hébergement<sup>41</sup>, ou encore, conserver uniquement des lits d'EHPAD et s'orienter vers de l'hospitalisation à domicile<sup>42</sup>(HAD) ?

Il ressort des points de vue du sénateur maire et du DARH la difficulté de faire un choix entre maîtrise des dépenses publiques, aménagement du territoire et santé publique. Le maire de Sault et le directeur de Carpentras sont unanimes sur le fait que si l'ARH PACA

---

<sup>40</sup> L'hôpital local de Sault est doté de 17 lits sanitaires (8 en médecine et 9 en soins de suite), de 30 lits d'EHPAD et de 3 places d'accueil de jour

<sup>41</sup> La capacité d'accueil de l'EHPAD va être augmentée de 9 lits lors de la reconstruction

<sup>42</sup> L'hôpital local de Sault dispose déjà d'une antenne de SSIAD du centre hospitalier de Carpentras.

avait tardé à valider le projet de reconstruction, l'hôpital local aurait certainement eu un avenir plus incertain.

### **2.3.2 Le recours à d'autres modes de coopération ?**

Si les formules de coopération de type fonctionnel, tel que la direction commune, repose sur des dispositifs de type conventionnel, les formules de coopération institutionnelles reposent, quant à elles, sur un cadre formel plus abouti.

Depuis les années 1970, nombreuses sont les formules juridiques favorisant la coopération entre établissements. Il y a, tout d'abord, la communauté d'établissements de santé, créée par l'article 30 de l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>43</sup>, qui vise à promouvoir les actions de coopération et de complémentarité, notamment conformément au SROS et son annexe. Il s'agit, également, de rationaliser l'offre de soins de proximité en particulier dans le secteur médico-social. Le syndicat inter-hospitalier n'existant plus depuis 2005, il faut, par conséquent, s'orienter vers d'autres modes de coopération.

La formule du groupement d'intérêt a été instaurée dans le secteur sanitaire en deux temps : par le décret du 7 novembre 1988 pour le groupement d'intérêt public (GIP) et par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 pour le groupement d'intérêt économique (GIE). Si le GIP a une consonance publique forte, le GIE est, lui, d'une nature plus privative et plus adaptée à l'utilisation d'équipements lourds. Le groupement d'intérêt public est constitué pour « exercer des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, notamment des actions de formation, ainsi que pour créer et gérer des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités ». Ce mode de coopération offre, en outre, l'opportunité de mutualiser les moyens entre établissements afin de poursuivre des objectifs qu'ils ne peuvent mener seuls. Doté d'un champ d'application large et d'une relative souplesse, il n'offre qu'une solution temporaire due à sa durée limitée à 15 ans.

Le groupement de coopération sanitaire est une nouvelle forme de coopération introduite par l'article 39 de l'ordonnance du 24 avril 1996. Il peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé publics et privés. Le groupement de coopération sanitaire permet la gestion d'équipements communs (plateau technique, imagerie, bloc opératoire, etc.) ou d'activités de professionnels médicaux ou non médicaux. Un

---

<sup>43</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

groupement de coopération sanitaire peut détenir des autorisations d'équipements lourds. Il a également pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres<sup>44</sup>. Face aux inconvénients posés par les autres formules de coopération (mode de financement complexe, lourdeur des procédures, difficultés de rapprochement d'établissements au statut différent,...) le GCS a été consacré comme l'outil privilégié de la coopération par la loi du 4 mars 2002.<sup>45</sup> Il a été assoupli et précisé par l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>46</sup> et le décret du 26 décembre 2005<sup>47</sup>. Le GCS ne constitue pas un établissement de santé. Toutefois, il est doté de la personnalité morale et poursuit un but non lucratif. La durée de vie de ce mode de coopération est en principe indéterminée, sauf si la convention constitutive en dispose autrement.

Dans le domaine social et médico-social, la loi du 2 janvier 2002<sup>48</sup> a constitué une réelle avancée en matière de coopération. Elle permet l'accès, aux établissements sociaux et médico-sociaux, à des instruments de coopération qui étaient exclusivement réservés au secteur sanitaire. De plus, elle crée un nouvel outil : le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS).

Calqué sur le GCS, il permet la mutualisation des moyens dans une logique de complémentarité par la mise en commun d'outils, le but étant de répondre aux attentes de chaque membre de la structure et de faciliter l'organisation et la planification médico-sociale par la structuration et la recomposition de l'offre.

L'ordonnance du 24 avril 1996 consacre également le réseau. Cette formule juridique de coopération est un instrument à vocation très large qui répond aux exigences de conciliation des principes de proximité et de qualité. Si les autres formules juridiques de coopération tendent à mettre en œuvre des coopérations en matière d'utilisation de matériels et de personnels, le réseau a un champ d'action plus large et constitue à lui seul un mode d'organisation, par pathologie ou par population, de l'offre de soins. Cet instrument a pour objectif de décloisonner le système de santé, de positionner le patient au centre du dispositif d'offre de soins, d'accroître les compétences des acteurs et « revaloriser » les professionnels et d'améliorer l'efficacité du système en permettant son rééquilibrage.

---

<sup>44</sup> Fiche n°02/030 E, Fiches pratiques du droit de la santé, février 2006, Editions TISSOT

<sup>45</sup> LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel, 5 mars 2002

<sup>46</sup> Ordonnance n°2003-850 du 4 Septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>47</sup> Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux GCS, Journal officiel, 29 décembre 2005

<sup>48</sup> Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel, 3 janvier 2002

Tous ces instruments constituent, ou ont constitué, une contrainte de fonctionnement trop lourde à gérer pour les établissements de Carpentras et de Sault. C'est pourquoi, la direction commune a été retenue dès 2003 par les parties.

Le nouveau mode de coopération instauré par la loi HPST est la communauté hospitalière de territoire (CHT). Ce nouvel instrument devrait permettre de répondre à trois objectifs, à savoir, la mise en place d'un projet médical commun, la recherche de gains d'efficacité dans la gestion des fonctions « supports » ainsi que la mutualisation des ressources, en tant que de besoin. Les CHT prévoient, en outre, de renforcer les synergies entre hôpitaux et établissements médico-sociaux afin de répondre aux enjeux croissants liés à la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, la loi HPST donne la possibilité aux établissements médico-sociaux d'intégrer une CHT. Les hôpitaux de Carpentras et de Sault ont constitué, avec la mise en place de la direction commune en 2003, une « CHT avant l'heure ». La question se pose alors de savoir s'il est opportun de maintenir cette « CHT », de taille modeste, via la direction commune, ou s'il ne faut pas mieux franchir une nouvelle étape dans la coopération en fusionnant les deux établissements. Une autre solution se présente aux hôpitaux de Carpentras et de Sault, à savoir une coopération avec d'autres établissements d'un département limitrophe. La commune de Sault, située à l'extrême nord-est du Vaucluse se trouve à quelques kilomètres du département des Alpes de Haute-Provence et à 45 minutes de l'hôpital local de Banon. Cet établissement est, lui aussi, en direction commune, depuis fin 2007, avec l'hôpital local de Forcalquier. Seulement, le découpage sanitaire étant calqué depuis très longtemps sur le découpage administratif, ces deux établissements ont naturellement coopéré, alors que Banon est à équidistance de Forcalquier et de Sault. Aujourd'hui, ces deux hôpitaux locaux ont intégré un groupement de commandes alimentaires propres aux départements des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes. Quant à l'hôpital local de Sault, il a intégré, par l'intermédiaire du centre hospitalier de Carpentras, le groupement de commandes de Montfavet.

La logique des territoires de santé, et de leurs projets médicaux, se veut transfrontalière. On s'aperçoit qu'elle l'est de l'autre côté du département du Vaucluse, vers les Bouches-du-Rhône, avec le centre hospitalier d'Arles. Il aurait été peut-être plus logique que le canton de Sault dépende du territoire de santé des Alpes du Sud, dont font partie Banon et Forcalquier, où les contraintes démographiques et géographiques et où les problématiques de soins sont similaires. La mise en place des communautés hospitalières de territoire changera peut-être ce découpage. En cas de fusion des hôpitaux de Carpentras et de Sault, la nouvelle entité juridique pourrait alors appartenir à deux CHT différentes.

Dès lors, il émane de ces divers scénarii que la fusion constitue le mode d'organisation le plus adapté à la situation des deux établissements. L'existence d'une gestion intégrée depuis six années entre ces deux hôpitaux conforte le projet de fusion au détriment des autres modes de coopération.

### **3 La fusion, l'aboutissement d'une coopération en gestion intégrée.**

La fusion est un moment important à vivre pour l'ensemble du personnel des entités juridiques concernées. C'est pourquoi, l'équipe de direction chargée de mener ce type d'opération doit mettre en place un projet d'établissement commun qui constitue un pré-requis indispensable à la réussite de cette démarche. Elle doit également instaurer un pilotage institutionnel le plus transparent possible.

#### **3.1 Un pré-requis indispensable : la mise en place d'un projet d'établissement commun.**

Comme nous l'avons vu précédemment, la direction commune instaurée en 2003 entre les hôpitaux de Carpentras et de Sault s'est transformée progressivement en gestion intégrée. Afin de mettre en place la fusion, qui constituera une nouvelle étape dans la coopération de ces deux établissements, il est nécessaire que l'équipe de direction mette en place un projet d'établissement commun. Bien qu'elle s'inscrive dans un cadre institutionnel rénové<sup>49</sup>, cette nouvelle politique stratégique doit non seulement reposer sur un volet social mais aussi, et surtout, sur un volet médical.

##### **3.1.1 Le projet social commun.**

Des deux principales composantes du projet d'établissement commun, le projet social devrait être plus aisé à mettre en place que le projet médical. En effet, les six années de direction commune ont permis de faire un peu évoluer les mentalités de l'ensemble du personnel, notamment celui de Sault. En conservant leur autonomie juridique et financière, les deux établissements ont pu maintenir les bases de leur politique managériale. Néanmoins, ils ont saisi l'opportunité d'harmoniser leurs pratiques professionnelles. Bien qu'ayant des missions différentes<sup>50</sup>, ils sont complémentaires et c'est dans l'optique de pérenniser et d'améliorer cette complémentarité que l'équipe de direction a œuvré depuis 2003.

---

<sup>49</sup> La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, 22 juillet 2009, dite loi « HPST » remplace le conseil d'administration et le comité exécutif par le conseil de surveillance et le directoire

<sup>50</sup> Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'Hôpital Local

Si les deux établissements disposent chacun d'outils de management, tel que le plan de formation, il n'en demeure pas moins que l'élaboration d'un projet social commun devra reposer sur un audit social dans les deux sites. Il doit impliquer l'ensemble des acteurs dans une démarche collective d'autoévaluation afin de déterminer les axes d'amélioration qui seront retranscrits dans le projet d'établissement et à travers le projet social. Il est à noter que l'élaboration et la mise en œuvre d'une telle politique de ressources humaines ne peut se faire sans un partenariat avec les organisations syndicales.

Un élément crucial à ne pas négliger lors de l'élaboration du projet social, et pour que la fusion se réalise pour le mieux, est la prise en compte des identités et cultures des deux établissements. Cette différence culturelle devrait se faire sentir au cours des groupes de travail pluridisciplinaires communs aux deux sites. Même si les pratiques professionnelles ont eu tendance à s'harmoniser depuis les six années de coopération, il n'en demeure pas moins que l'approche des patients et résidents de l'hôpital local de Sault reste différente de celle du centre hospitalier de Carpentras. Cela s'explique, d'une part, par la taille du premier établissement qui correspond à la taille d'un service du second et, d'autre part, par la petite taille de la commune qui fait que tous les habitants se connaissent. L'isolement géographique, véritable contrainte en termes d'attractivité pour le canton, est devenu un véritable ciment pour tous les habitants du plateau d'Albion. Dès lors, il demeure un climat convivial et familial au sein de la structure. Quant à la culture de l'hôpital de Carpentras, elle se rapproche de celle de nombreux centres hospitaliers, avec un aspect, a priori, plus impersonnel. Ce qui n'enlève rien à la qualité de la prise en charge... D'ailleurs, les deux établissements ont été certifiés en 2007 et en 2008 et ont, à ce titre, réalisé en commun une évaluation des pratiques professionnelles sur la dénutrition de la personne accueillie. Ce partenariat, axé sur le volet soignant de la prise en charge des patients et des résidents, est le signe que, malgré des cultures différentes, il sera possible de dégager une identité propre à la nouvelle entité juridique. La future identité de la structure issue de la fusion de ces deux hôpitaux s'accompagnera, dans le domaine de la communication, par l'élaboration d'un nouveau logo et d'un nouveau nom. L'ensemble du personnel pourra y participer.

### **3.1.2 Le projet médical commun.**

Le projet médical doit répondre aux missions de chacun des établissements composant la future entité juridique et apporter une réponse à une problématique commune, à savoir la prise en charge des personnes âgées.

Si cette problématique n'est pas nouvelle, Carpentras et Sault prenant déjà en charge ce type de population, la nouveauté résiderait dans l'élaboration d'une filière de soins gériatriques facilitée par la fusion des deux établissements.

La circulaire du 18 mars 2002<sup>51</sup> préconise la mise en place de ce mode d'organisation en raison, notamment, de l'augmentation du nombre de patients gériatriques hospitalisés et du développement de pathologies liées à l'âge. Bien que ce dispositif soit encore insuffisamment adapté aux besoins des personnes âgées<sup>52</sup>, il offre la possibilité d'évoluer vers de nouvelles formes de prise en charge du public cible, orientées vers le maintien à domicile de la personne âgée. Elle est aussi une opportunité pour améliorer la communication entre les professionnels libéraux assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières. Comme dans la plupart des établissements sociaux et médico-sociaux, les médecins libéraux interviennent à l'hôpital local de Sault. La constitution d'une filière de soins gériatriques favoriserait la communication entre les équipes de l'hôpital local et du centre hospitalier lorsque les résidents nécessitent une hospitalisation ou en reviennent.

Axer le projet médical commun sur le maintien à domicile de la personne âgée permettrait de renforcer l'accès aux soins de proximité. En effet, le patient gériatrique est très vulnérable à toute rupture de son environnement habituel. Cela est d'autant plus vrai lorsque cette personne a vécu toute sa vie dans la même ville. Le médecin généraliste occupe une place primordiale dans la prise en charge de proximité puisqu'il est, très souvent, le premier interlocuteur du patient gériatrique. Afin de structurer au mieux la filière, le médecin généraliste doit s'appuyer sur la structure hospitalière locale. Cette dernière doit être en mesure de proposer des consultations avancées. C'est en ce sens que la fusion des hôpitaux de Carpentras et de Sault pourra faire évoluer favorablement la prise en charge des personnes âgées sur le plateau d'Albion car le personnel médical du centre hospitalier fera alors partie intégrante de celui de l'hôpital local et inversement. L'implication de l'ensemble du personnel sera d'un autre niveau. Pour l'heure, l'élaboration d'une filière de soins gériatriques demeure très difficile à mettre en place par le biais de la direction commune, compte tenu de l'intérêt relatif des agents de Carpentras pour la mise en œuvre d'un tel projet.

---

<sup>51</sup> Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

<sup>52</sup> L'offre de soins en milieu hospitalier se limite souvent à de l'hospitalisation à temps complet pouvant majorer la survenue de risques tels que la décompensation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible

La filière de soins gériatriques repose également sur un service de court séjour gériatrique. D'après le projet médical du territoire Vaucluse Camargue, seul le centre hospitalier d'Avignon propose actuellement de ce type de service. Le temps de trajet à parcourir pour qu'un patient gériatrique de Sault soit pris en charge par un professionnel compétent à l'hôpital d'Avignon s'élève à plus d'une heure. Si on ajoute à cette donnée le fait que ce centre hospitalier est saturé en matière de prise en charge de la personne âgée, cela laisse peut-être entrevoir la possibilité pour Carpentras de disposer, à terme, d'un service de court séjour gériatrique, d'autant qu'il a vu sa capacité en lits de soins longue durée (USLD) diminuer de près de 50%.

De plus, la présence d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) est nécessaire à la mise œuvre d'une filière de soins gériatriques. Le centre hospitalier de Carpentras en a une mais qui n'intervient pas encore en dehors des limites communales. La direction commune aurait dû permettre la venue de l'EMG à l'hôpital local de Sault mais cette orientation, n'étant pas clairement définie dans la convention et faute de moyens, n'a pu être atteinte. Avec la création d'une nouvelle entité juridique, issue de la fusion des deux établissements, il sera alors peut-être plus facile de revoir la mission, ainsi que les moyens qui l'accompagnent, de l'équipe mobile de gériatrie.

Le projet médical commun, devant permettre l'élaboration d'une filière de soins gériatriques, passera par une réflexion sur le devenir des lits sanitaires de l'hôpital local de Sault. Son activité médicale ne justifie pas 8 lits de médecine. Dès lors, faut-il transformer une partie ou la totalité de ces lits en lits de soins de suite et réadaptation, permettant ainsi au centre hospitalier de Carpentras de bénéficier de lits d'aval en moyen séjour<sup>53</sup> ? De plus, ce dernier a-t-il réellement besoin de 17 lits de moyen séjour, sachant que d'ici deux à trois ans l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) sera présente sur le site du pôle santé public privé avec un service de SSR de 60 lits ? La solution, qui semble retenir l'adhésion de l'équipe de direction, serait de conserver la capacité d'accueil actuelle en moyen séjour<sup>54</sup> et de transformer les lits de médecine en places d'hospitalisation à domicile. Activité de soins soumise à autorisation par l'arrêté du 27 avril 2004<sup>55</sup> et répondant aux missions de

---

<sup>53</sup> Le centre hospitalier de Carpentras ne dispose pas, pour le moment, de lits de SSR sur le site du pôle santé public privé. Les patients de l'hôpital, et ceux de la polyclinique Synergia, doivent recourir à l'offre privée

<sup>54</sup> L'hôpital local de Sault dispose, aujourd'hui, de 9 lits de soins de suite

<sup>55</sup> Arrêté du 27 avril 2004, pris en application des articles L6121-1 et suivants du code de la santé publique, fixant la liste des thèmes, activités de soins et équipements lourds soumis à autorisations, publié le 15 mai 2004

l'hôpital local<sup>56</sup>, la nouvelle entité juridique devra déposer un dossier de transformation d'activité auprès du CROS répondant aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 612-1, étant compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ainsi qu'avec son annexe et satisfaisant aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement. Cette solution est d'autant plus envisageable que l'association chargée de l'HAD dans le département (HADAR<sup>57</sup>) n'intervient pas sur Carpentras et encore moins sur le plateau d'Albion.

Enfin, si la tutelle le jugeait opportun, le site de Sault pourrait être transformé en EHPAD après la fusion. Ce choix aurait un impact sur les dotations en personnel, notamment sur la partie sanitaire de l'hôpital local. En effet, cela poserait le problème du personnel soignant ? Il est évident, qu'en tant qu'EHPAD, Sault ne pourra pas conserver la totalité de son personnel. Cela signifie qu'il sera absorbé en tout ou partie par Carpentras et/ou par la maison de retraite associative de Saint Christol, à côté de Sault.

L'éventail de pistes possibles pour le projet médical commun ayant été abordé, il sera plus opportun pour le centre hospitalier de Carpentras-Sault, après la fusion, de mener la transformation de l'hôpital en EHPAD car avec la T2A, le centre hospitalier ne peut pas se permettre de récupérer un service de médecine de 8 lits avec une activité de 40 séjours par an. De plus, avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité pour les soins de suite et réadaptation (T2A SSR<sup>58</sup>), le centre hospitalier peut-il prendre le risque de fragiliser sa situation financière en conservant l'activité de soins de suite de Sault ? Il se peut aussi que la fusion intervienne après la transformation en EHPAD, qui faciliterait, dès lors, la fusion avec l'intégration du budget médico-social en budget annexe du centre hospitalier.

Quelles que soient les orientations retenues dans le projet d'établissement commun, la nouvelle entité juridique devra réaliser une évaluation régulière de ses objectifs afin de montrer à l'ensemble du personnel que sa participation aux groupes de travail pluridisciplinaires a été utile, non seulement à la réalisation du projet, mais aussi, à l'évolution du nouvel établissement. Ce management par projet pourra être perçu comme une forme de reconnaissance du travail fourni par les agents.

---

<sup>56</sup> Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

<sup>57</sup> L'HADAR (Hospitalisation A Domicile d'Avignon et sa Région) est l'association qui gère l'HAD sur le département du Vaucluse

<sup>58</sup> En 2009, il est prévu qu'un modèle intermédiaire soit mis en place. La tarification à l'activité sera définitivement instaurée pour cette discipline en 2012

## **3.2 Un pilotage institutionnel transparent.**

### **3.2.1 L'accompagnement du changement.**

La mise en œuvre d'une fusion est une étape importante dans la vie d'un établissement. Très souvent imposée par la tutelle, elle est également souvent mal vécue par le personnel subissant ce choix stratégique. C'est pourquoi, l'établissement qui mène la fusion doit alors adopter une stratégie commune aux deux structures et totalement transparente, notamment à l'égard du personnel. Chaque établissement étant caractérisé par une culture<sup>59</sup> qui lui est propre, il est nécessaire que le projet de fusion tienne compte de la dimension sociale. D'où, la nécessité d'être transparent. Cela sous-entend que l'équipe de direction doit expliquer à l'ensemble du personnel, après information des organisations syndicales, les raisons qui justifient la fusion ainsi que les enjeux qui en découlent.

La coopération est présente dans la politique sanitaire depuis 1970. Confirmée à plusieurs reprises dans les réformes du système de santé, elle apparaît désormais incontournable avec la loi HPST. Le devenir des petites structures sanitaires, sociales et médico-sociales y semble incertain. Au cours des réunions d'information de la fédération hospitalière de France (FHF) en région PACA, les CHT ont été classées dans deux catégories :

- fédératives, où les établissements coopèrent d'eux-mêmes,
- intégratives, pour lesquelles la coopération est imposée par les ARS.

Si la fusion est synonyme de disparition de la personnalité juridique de chaque établissement, elle représente, néanmoins, l'avantage de faire naître une nouvelle entité juridique disposant, officiellement, d'une assise territoriale plus importante et d'une représentativité plus affirmée face aux tutelles (ARS, CG). Mais elle est aussi la garantie d'avoir une place honorable au sein du nouveau découpage sanitaire territorial mis en place par les CHT, dont on ne connaît pas encore les délimitations.

Comme cela a été mentionné précédemment, les hôpitaux de Carpentras et de Sault ont, semble-t-il, constitué une « CHT avant l'heure ». A l'heure de la coopération et de la

---

<sup>59</sup> Selon le dictionnaire Larousse, elle peut se définir comme un « ensemble de traditions et de savoir-faire qui assurent un code de comportement implicite et une cohésion à l'intérieur de la structure

mutualisation de moyens, il semble peu probable qu'un territoire de santé regroupe une multitude de petites CHT composées de deux ou trois établissements. Pourtant, si l'on se penche sur le territoire de santé Vaucluse Camargue<sup>60</sup> (Cf. Annexe n°4), on constate qu'il est composé de sept centres hospitaliers, certains distants de 120 kilomètres<sup>61</sup>. Le choix de positionner chaque centre hospitalier comme établissement de référence d'une CHT, avec les structures sociales et médico-sociales de leur zone, sera-t-il retenu ? Ou bien, feront-ils partie intégrante d'une CHT correspondant au territoire de santé dont ils relèvent ? Si cette solution est retenue, un établissement comme Sault, plus petit hôpital local du département, connaîtra des difficultés à exister au sein de la communauté, et ce, malgré la direction commune. En revanche, s'il fusionne avec Carpentras, la nouvelle entité juridique aura plus de poids et pourra, le cas échéant, occuper la place qu'elle mérite.

En expliquant, à l'ensemble du personnel, les enjeux que représente la fusion à l'heure de la loi HPST, la direction posera les fondations d'un projet sain et transparent qui bénéficiera, vraisemblablement, d'une plus grande adhésion de la part du personnel des deux sites. Pour ce faire, il est primordial que l'administration travaille en partenariat avec les organisations syndicales.

Pendant de nombreuses années, la fusion était une orientation que le maire de Sault refusait de favoriser, pour des raisons politiques logiquement inavouées au cours de notre entrevue. Aujourd'hui, la loi HPST change la donne en matière de coopération. L'objectif du maire était de pérenniser l'hôpital local. En acceptant la direction commune proposée par Carpentras, il a pu atteindre son objectif en obtenant la reconstruction de l'établissement. Conscient de la lourdeur administrative engendrée par la direction commune et du manque d'attractivité de l'hôpital local, surtout auprès du personnel médical et soignant, il sait que la prochaine étape dans la coopération entre les deux établissements passe par une fusion. Avec ce regroupement, l'organisation des soins sera élaborée par l'équipe de direction et validée par les instances de la nouvelle entité juridique, auxquelles, le maire de Sault ou son adjoint, siégeront. Il sera alors sans doute plus facile d'attirer un professionnel médical si le poste de praticien hospitalier à mi-temps est proposé par le « centre hospitalier de Carpentras-Sault ».

De plus, la représentativité plus importante de cette nouvelle structure permettra d'entamer des négociations avec le conseil général de Vaucluse pour mettre en place des

---

<sup>60</sup> Territoire de santé n°9 de la région PACA

<sup>61</sup> C'est la distance qui sépare le centre hospitalier d'Arles, dans les Bouches du Rhône, du centre hospitalier de Valréas, situé dans l'enclave des Papes (Vaucluse) dans la Drôme

formes de mécénat pour les étudiants en médecine du département. L'objectif de cette démarche étant de prendre en charge financièrement une partie des études en échange d'une installation dans le canton pour une durée limitée à 5 ou 7 ans. Ce type de solution existe déjà dans d'autres départements. La démographie médicale du plateau d'Albion est une préoccupation importante de l'équipe de direction dans la mesure où les trois praticiens ont entre 60 et 65 ans et ont clairement fait savoir en commission médicale d'établissement (CME) qu'ils cesseraient leur activité prochainement. Par conséquent, le projet de fusion ne pourra se réaliser qu'avec l'accord des élus locaux. Mais ce projet doit être le détonateur d'une prise de conscience de la part des hommes politiques du département afin de faire évoluer leur participation à l'action sanitaire, sociale et médico-sociale dans le Vaucluse.

En ce qui concerne les tutelles, elles ont souvent un rôle d'instigateur dans les différents modes de coopération, et notamment la fusion. Néanmoins, pour les hôpitaux de Carpentras et de Sault, elles n'ont pas eu à jouer ce rôle puisque la coopération a été l'initiative du centre hospitalier. Dans cette situation, elles ont accompagné le rapprochement opéré par les deux entités. Pour le projet de fusion, là encore, les tutelles ne jouent pas un rôle moteur. Ce sont les deux parties, et notamment Carpentras, qui manifestent cette volonté. Cela peut paraître surprenant mais à l'heure où la coopération devient un « leitmotiv » de la politique sanitaire française, il est peut être préférable pour les deux entités juridiques d'anticiper une décision qui interviendra ultérieurement en provenance de l'ARS. Cette anticipation permettra de gérer le mieux possible cette fusion et de ne pas la réaliser de manière trop précipitée, comme cela peut être parfois le cas<sup>62</sup>.

### **3.2.2 Le planning prévisionnel.**

Le projet de fusion entre les hôpitaux de Carpentras et de Sault ne pourra se faire, outre l'adhésion des différents acteurs traitée ci-dessus, sans l'élaboration d'un cahier des charges précis. Ce dernier variera en fonction de la solution retenue par les deux entités juridiques quant à leur avenir. Soit, les deux établissements optent pour la fusion, dite classique, avec disparition des deux personnalités juridiques et création d'une nouvelle structure. Soit, ils choisissent la fusion absorption où seule une entité juridique disparaît en intégrant la seconde. En l'occurrence, Sault disparaîtrait juridiquement en intégrant Carpentras.

---

<sup>62</sup> En 2002, la fusion opérée par l'ARH Rhône-Alpes entre le centre hospitalier universitaire de Grenoble et le centre médico-chirurgical des « Petites Roches » à Saint Hilaire du Touvet s'est déroulée dans la difficulté

D'après la directrice du centre hospitalier intercommunal des alpes du sud (CHICAS)<sup>63</sup>, né en 2006 du regroupement des hôpitaux de Gap et Sisteron, la fusion absorption est plus simple à réaliser. En ce qui concerne son établissement, compte tenu du contexte local, il a été procédé à une fusion classique.

Dans les deux types de fusion, il est primordial de procéder à un état des lieux global pour déterminer, sur chaque site, les forces, les axes d'amélioration ainsi que les priorités comme, par exemple, en matière de patrimoine ou de gestion des ressources humaines. Cette autoévaluation doit reposer sur la constitution de groupes de travail pluridisciplinaires axés sur des thématiques telles que l'organisation, la logistique, les projets médical et social. Composés du personnel soignant, des représentants des comités techniques d'établissements de chaque site, des tutelles et de la trésorerie, ils constituent les fondations de la nouvelle entité juridique. De plus, la réalisation de la fusion s'appuiera sur un travail préparatoire relatif à la situation budgétaire de chaque entité afin de faciliter la clôture des comptes soit pour l'hôpital local, soit pour les deux établissements.

La durée de ce type d'opération peut varier en fonction du contexte politique, social et réglementaire. Très souvent, les élus locaux représentent un frein en matière de coopération car ils craignent, outre la disparition d'un acteur à part entière dans la vie économique de la commune, des retombées en termes d'aménagement du territoire, le principal employeur ayant été absorbé par l'établissement d'une autre commune. En ce qui concerne, Carpentras et Sault, l'aspect politique n'a pas constitué réellement un frein dans la mesure où la coopération avait déjà été installée par la convention de direction commune. Le scénario aurait été différent si la tutelle avait imposé un tel rapprochement sans passer par une coopération plus souple. De plus, les tutelles n'occupant pas un rôle moteur dans le regroupement des deux entités, il est donc délicat de parler de frein.

Le contexte social peut aussi avoir une incidence sur la durée de la fusion. Ainsi, le personnel de l'établissement qui subit la fusion de type absorption peut manifester contre ce projet. Cela a été notamment le cas lors de la fusion absorption du centre médico-chirurgical des petites roches à Saint-Hilaire du Touvet par le centre hospitalier universitaire de Grenoble où toute la population locale était contre ce projet. La démarche a, de ce fait, duré plus d'un an.

De plus, le secteur sanitaire, social et médico-social est un secteur très mouvant où la réglementation évolue fréquemment. La loi HPST en est une nouvelle preuve puisqu'elle

---

<sup>63</sup> Le CHICAS est né en 2006 de la fusion entre les centres hospitaliers de Gap et Sisteron

intervient seulement quatre années après la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, réforme qui avait instauré les conseils de pôle et le comité exécutif. La loi du 21 juillet 2009, dite loi Bachelot, remplace cette dernière instance par le directoire et institue le conseil de surveillance en lieu et place du conseil d'administration.

Enfin, le projet de fusion doit reposer sur un calendrier précis permettant ainsi le pilotage et le management par l'équipe de direction. Pour les hôpitaux de Carpentras et de Sault, la durée de la fusion pourrait être d'une année. Ainsi, en Avril 2010, les instances consultatives et le conseil d'administration (ou conseil de surveillance) de Carpentras donneraient leur avis et approuveraient la fermeture de l'entité juridique au 31 décembre ainsi que l'intégration de la nouvelle entité juridique, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, issue de la fusion avec Sault. Dans le même temps, les instances de l'hôpital local de Sault se positionneraient quant à la disparition de l'entité juridique au 31 décembre 2010 et à l'intégration de la nouvelle structure à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Par la suite, les deux établissements devront déposer un dossier de transformation auprès de la commission régionale d'analyse des appels à projets en matières sanitaire, sociale et médico-sociale qui remplacera, au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2010 le comité régional de l'organisation sanitaire (CROS). Le respect des fenêtres de dépôt des dossiers devrait être maintenu. A l'heure actuelle, cette période dure deux mois et l'analyse des candidatures 6 mois. L'arrêté de l'ARS pourrait donc intervenir au plus tard en décembre 2010. En cas de refus de l'agence régionale, soit par décision notifiée, soit par silence implicite durant les six mois, l'établissement demandeur dispose d'un délai de deux mois pour demander à l'ARH les motifs l'ayant conduit à rejeter sa demande. Pour ce faire, la tutelle dispose d'un délai d'un mois pour notifier ces motifs. Toutefois, depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, en cas de non notification des motifs de rejet dans ce délai d'un mois, l'autorisation est accordée tacitement.

En octobre 2010, les deux établissements négocieront le budget EHPAD de l'hôpital local, avec l'antenne territoriale de l'ARS et le conseil général, en tant que nouveau budget annexe de la nouvelle entité. Les arrêtés de fermeture des établissements et de création d'une nouvelle entité étant notifiés en décembre 2010, la dernière étape constitue l'approbation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, en mars avril 2011, du nouvel établissement.

## Conclusion

Si dans l'absolu, la direction commune constitue un mode de coopération bien plus souple que les autres, il n'en demeure pas moins que, compte tenu du contexte législatif et réglementaire actuel ainsi que du fonctionnement en gestion intégrée instauré entre les hôpitaux de Carpentras et de Sault depuis 2003, ce mode conventionnel ne s'avère plus adapté. Bien que les tutelles ne jouent pas un rôle moteur dans ce rapprochement, il semblerait toutefois surprenant qu'elles s'opposent à la fusion de ces deux entités. Le passage de la direction commune à la fusion ne s'est pas encore réalisé. Bien que de nombreux éléments favorables aient déjà été mis en place par l'équipe de direction, cette dernière devra sans doute faire face à de nombreux imprévus.

Pour mener à bien ce projet, la direction devra alors faire preuve de ténacité, de perspicacité, de capacités d'écoute et de conviction, car si le personnel de l'hôpital local adhère au projet, il peut en être autrement de la population saltésienne, toujours susceptible d'influencer les élus.

Ainsi, comme a pu l'écrire Giuseppe Tommaso, Prince de Lampedusa, dans le Guépard, « si nous voulons que demain tout reste comme aujourd'hui, alors il faut que tout change ». D'une ramification matérialisée par la convention de direction commune, la fusion permettra de construire de solides fondations pour la nouvelle entité juridique, répondant ainsi aux attentes des pouvoirs publics en matière de politique, et notamment, de coopération.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages :

- BARTHES R., 2002, Le développement des Ressources Humaines, Tome 2, Ed. ENSP
- CALMES G., SEGADE JP., LEFRANC L., Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité
- COLLOMBET A., ALFANDRI P., L'hôpital et les réseaux de santé
- Fiches pratiques du droit de la santé, octobre 2004, Ed. TISSOT
- HOUDART L., LAROSE D., BARRE S., 2002, Traité de Coopération Hospitalière, Ed. HOUDART
- LARCHER P., POLOMENI P., La santé en réseaux : la stratégie de collaboration ville-hôpital
- MATHIS D., Les structures de coopération inter hospitalière et autres formes de complémentarité sanitaire, Ed. Les Etudes Hospitalières
- OMNES L., 2006, Hôpital Pominou, une rumeur maligne ?, Ed. TALLANDIER
- THEVENET M., La culture d'Entreprise, Ed. Que sais-je ?

## Thèses et Mémoires :

- BRAILLON V., 2000, « La coopération inter-hospitalière : l'exemple du centre hospitalier de Saint Cloud et du centre René Huguenin », mémoire élève DH, promotion 1999-2000
- DEFOUR JM., 1999, Le projet de fusion entre un Hôpital Local et une Maison de Retraite : analyse stratégique et enjeux de la démarche de rapprochement entre l'Hôpital Local de Grandis et la Maison de Retraite de Letra, Mémoire élève DESS, promotion 1998-1999
- EPISSE C., 2007, « La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient : l'exemple des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge

## Articles :

- ADDA G., BENAÏM E., LE TEURNIER C., novembre-décembre 2002, « Fusion et démocratie sanitaire », *Directeur d'Hôpital*, n°86
- AUSSERRE F., 15 octobre 1999, « Les fusions, mode d'emploi », *Décisions Santé*, n°149

- BARRATA N., avril 1996, « La fusion entre établissements : un évènement culturel », *Décisions Santé*, n°95
- BUDET JM., PERICARD B., VIGNERON E., novembre-décembre 2008, « Territoires et santé : pour servir le débat public autour du projet de loi HPST », *Revue hospitalière de France*, n°525
- CHARTREAU C., décembre 2008, « La répartition des professionnels progresse, les dépassements d'honoraires perdurent », *Union Sociale*, n°222
- CLEMENT JM., décembre 2008, « La saga des réformes hospitalières », *Bulletin Juridique du praticien hospitalier*, n°113
- DUHAMEL C., juillet-août 2003, « Il faut accentuer l'ouverture des Hôpitaux Locaux », *Horizon*, n°146
- FORCIOLI P., novembre-décembre 1999, « Fusion et mode d'emploi », *Revue Hospitalière de France*, n°6
- GROUPE LAENNEC, avril 1999, « Accompagner les restructurations, carnet de route... », *Gestions Hospitalières*, pp 262-265
- RAIKOVIC M., 15 octobre 2000, « Fusion d'Hôpitaux Publics : l'expérience des Hôpitaux du Léman », *Décisions Santé*, n°165, pp 18-20
- Décembre 2008, « La politique de restructuration des établissements de santé », *Bulletin juridique du praticien hospitalier*, n°113

### **Textes réglementaires :**

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Arrêté du 27 avril 2004 fixant les thèmes, activités de soins et équipements lourds soumis à autorisation, publié le 15 mai 2004
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'Hôpital Local
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, loi n°87-571 du 23 juillet 1987 relatif au développement du mécénat, Journal Officiel, 24 juillet 1987
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, Décret n°2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses propositions relatives au fonctionnement des

établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel, 5 mai 2005

-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux GCS, Journal Officiel, 29 décembre 2005

-RÉPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

-RÉPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier

-RÉPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

-RÉPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, 3 janvier 2002

-RÉPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel, 5 mars 2002

-RÉPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires, Journal Officiel, 22 juillet 2009

-MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Journal Officiel, 25 avril 1996

-MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Ordonnance n°2003-850 du 4 Septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation, Journal Officiel, 6 septembre 2003

-MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel, 3 mai 2005

### **Rapports et Discours :**

-Association des maires des petites villes de France (APVF), « Troisième livre blanc sur les hôpitaux des petites villes : une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur le territoire », Octobre 2008

-Discours du Président de la République, 17 avril 2008, validant les propositions de la commission LARCHER

-Discours de Mme BACHELOT-NARQUIN, 22 octobre 2008, présentant la loi HPST

-Discours de Mme BACHELOT-NARQUIN, 10 février 2009, pour la discussion du projet de loi HPST

-Dossier de presse, 16 octobre 2008, sur le plan Hôpital 2012

- Rapport BUR, 6 février 2008, « Rapport d'information sur les Agences Régionales de Santé »
- Rapport GRALL, août 2007, « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins »
- Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, « L'offre de soins sur l'ensemble du territoire », Assemblée Nationale, 30 septembre 2008
- Rapport LARCHER, 10 avril 2008, « Les missions de l'hôpital »
- Rapport RITTER, janvier 2008, « La création des Agences Régionales de Santé »

**Internet :**

- <http://www.arh-paca.com>
- <http://www.legifrance.gouv.fr>
- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://sirsepaca.org>

---

## Liste des annexes

---

**-Annexe n°1 : Convention de mise en place d'une direction commune entre le centre Hospitalier de Carpentras et l'hôpital local de Sault**

**-Annexe n°2 : Répartition des médecins généralistes libéraux de la région PACA par département**

**-Annexe n°3 : Répartition de la population de plus de 60 ans par département en région PACA**

**- Annexe n°4 : Territoires de santé de la région PACA**



## Conseil d'administration

séance du 11 octobre 2002 délibération

n°2002.51

**Objet : Mise en place d'une direction commune et convention.**

**Présents :**

*M. Genin, Mme Cayssol, M. Bayet, Dr Cherasse, Dr Bosvieux, Mme Lecerf, Mme Blasco, Mme Bayet, M. Ribière, Mme Monteras, Dr Meffre, Mme Faleur*

**Absents excusés :**

*M. Andrieu, M. Dutreil, M. le médecin inspecteur de la DRASS, Mme Vedeau-Ulysse, Dr Helfer, Dr Girard, M. Micallef, Mme Amadori, M. Bastide, Mme Gibert, Mme Nicolet.*

**Assistent à la séance :**

*M. Dussai-f, M. Choquet, Mme Paraire, Mme Bosvieux, M. Ficquet.*

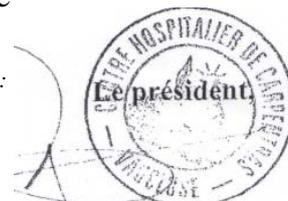
### Le Conseil d'administration

Vu la loi 91.748 du 31.07.91 modifiée, portant réforme hospitalière et modifiant le code de la santé publique  
Vu l'ordonnance 96.346 du 24.04.96 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée  
Vu le décret 200-232 du 13/03/2000, articles 1<sup>er</sup> et 25  
Vu les difficultés de recrutement d'un directeur  
Considérant que l'hôpital de Carpentras et l'hôpital de Sault ont institué une communauté d'établissements  
Entendu les explications du directeur

### DONNE UN AVIS FAVORABLE

à la mise en place d'une direction commune au centre hospitalier de Carpentras et à l'hôpital local de Sault ainsi qu'à la convention conclue entre les deux établissements et ci-annexée.

*BP 263 - Rond point de l'Amitié - 84208 CARPENTRAS Tel :  
04 32 85 88 88 - Fax 04 32 85 89 02 - Email : dire.ction@ch-carpe.ntras.fr*



**Jean Claude ANDRIEU**

CIRCONSCRIPTION DE CARPENTRAS  
HOPITAL LOCAL - 84390 SAULT

EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS  
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

-----oooOOooo -----

SEANCE DU 20 NOVEMBRE 2002

**OBJET** : N° 2002/13

Mise en place d'une **DIRECTION COMMUNE** et **CONVENTION**

**PRESIDENT** : Madame Suzanne JEAN  
**PRESENTS** : Mesdames LIARDET, GIARDINI  
Messieurs FARAUD, MALICE, USSEGLIO-POLATERA, DUFOUR  
Messieurs les docteurs CHEVALLIER, ROQUEBLAVE  
**En présence de** : Madame PARAIRE, directrice intérimaire  
Monsieur DUS S ART, directeur du CH de Carpentras, invité

**LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HOPITAL LOCAL DE SAULT,**

- Vu la loi 91.748 du 31.07.91 modifiée, portant réforme hospitalière et modifiant le code de la santé publique
- Vu l'ordonnance 96.346 du 24.04.96 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Vu le décret 200-232 du 13/03/2000, articles 1<sup>w</sup> et 25
- Vu les difficultés de recrutement d'un directeur
- Entendu les explications du directeur du centre hospitalier de Carpentras invité pour ce faire au conseil d'administration
- Considérant que l'hôpital de Carpentras et l'hôpital de Sault ont institué une communauté d'établissements

**DONNE UN AVIS FAVORABLE**

à la mise en place d'une direction commune au centre hospitalier de Carpentras et à l'hôpital local de Sault ainsi qu'à la convention conclue entre les deux établissements et ci-annexée.

Ainsi fait et délibéré à SAULT, les jour, mois et an susdits.

Pour extrait certifié conforme.  
**La Présidente,**  
**S. JEAN**

## CONVENTION DE COOPERATION

- Vu l'article 711-6 de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière qui classe les établissements de santé en centres hospitaliers et en hôpitaux précisant :

*« Les hôpitaux locaux ne peuvent assurer les soins de courte durée qu'en médecine à condition de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou établissements de santé privés »*

- Vu le décret 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux qui reprend dans son article 711-6-5 :

*« La convention permettant de dispenser des soins en médecine est passée avec un ou plusieurs centres hospitaliers dont l'un au moins dispense des soins en médecine et chirurgie et dispose d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs »*

- Vu la circulaire n°14 du 26 mars 1993 relative à l'application du décret 92-1210 ci-dessus, qui présente ce type d'établissement comme :

*«Un hôpital de proximité qui fait partie d'un réseau de soins, maillon essentiel de la coordination et de l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant d'un plateau technique conséquent »*

- Vu le décret n°2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique,

entre

l'Hôpital Local de Sault  
Rue de l'Hôpital  
84390 SAULT  
représenté par le directeur, monsieur Paul-Henri DUSSART

et

le Centre Hospitalier de Carpentras  
BP 263  
Rond Point de l'Amitié  
84208 CARPENTRAS  
représenté par le directeur, monsieur Paul-Henri DUSSART

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 :

L'Hôpital Local de Sault et le Centre Hospitalier de Carpentras sont placés tous deux sous direction commune.

Article 2 :

L'Hôpital Local de Sault et le Centre Hospitalier de Carpentras entendent répondre, dans le cadre de leur complémentarité, aux obligations réglementaires définies ci-dessus.

Article 3 :

Une Unité Mobile de Gériatrie, composée d'un praticien hospitalier, d'une assistante sociale et d'un psychologue a pour mission d'intervenir sur les deux sites, en fonction des besoins avérés. Un règlement intérieur spécifique fixe les modalités de fonctionnement.

Article 4 :

Les praticiens hospitaliers du Centre Hospitalier de Carpentras peuvent dispenser des soins spécialisés aux malades de l'hôpital local de Sault, sur demande des médecins libéraux de l'établissement.

Article 5 :

Les patients en provenance de l'hôpital local de Sault auront priorité pour accéder à l'ensemble des services et au plateau technique du Centre Hospitalier de Carpentras.

Le transport entre les deux établissements pourra se faire en véhicule sanitaire léger ou en ambulance selon le cas et ce, de façon appropriée à l'état de santé du patient ou résident.

Ce transport sera organisé par l'hôpital local de Sault et pris en charge par ce dernier selon les règles de facturation habituelles opposables aux organismes payeurs.

Article 6 :

Afin de faciliter le suivi médical des patients adressés au Centre Hospitalier de Carpentras par l'Hôpital Local de Sault, ce dernier s'engage à harmoniser la gestion des dossiers des patients,

Article 7 :

La transmission et le traitement des informations permettant l'analyse de l'activité prévue à l'article L 6113-7 du code de la santé publique sont assurés au moyen d'un transfert informatique sécurisé par l'hôpital local de Sault vers le Département d'Informatique Médicale du Centre Hospitalier de Carpentras.

Article 8 :

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, avec tacite reconduction d'année en année.

Chacune des parties peut dénoncer la convention en fin de période annuelle avec un préavis de deux mois adressé par lettre recommandée avec accusé de réception.



MS/CB/2008-010

ANNEXE n°2 : Répartition des médecins généralistes libéraux de la région PACA par département

Départements de la région PACA	Médecins Généralistes Libéraux	dont âgés de plus de 55 ans	population du département	habitants de plus de 60 ans	ratio de médecin généraliste libéral pour	
					département	plus de 60 ans
<b>Vaucluse</b>	<b>646</b>	<b>218</b>	<b>537 000</b>	<b>119 196</b>	<b>831</b>	<b>185</b>
Bouches-du-Rhône	2 834	872	1 945 000	407 834	686	144
Var	1 269	409	985 000	259 233	776	204
Alpes-Maritimes	1 472	489	1 087 000	193 180	738	131
Alpes de Hte-Provence	200	59	155 000	40 550	775	203
Hautes-Alpes	176	57	135 000	20 676	767	117
<b>TOTAL</b>	<b>6 597</b>	<b>2 104</b>	<b>4 844 000</b>	<b>1 040 669</b>	<b>734</b>	<b>158</b>

Source : DREES / Statiss, 1<sup>er</sup> janvier 2006

ANNEXE n°3 : Répartition de la population de plus de 60 ans par département en région PACA

Classes d'âge	Vaucluse	BDR	Var	Alpes-Mar.	Alpes Hte-Prov.	Htes-Alpes	PACA	France
60-64 ans	<b>27 735</b>	94 815	57 249	59 155	8 965	6 913	<b>254 832</b>	2 744 379
65-74 ans	<b>46 489</b>	155 588	102 191	104 548	16 248	12 315	<b>437 379</b>	5 018 984
75-84 ans	<b>34 644</b>	118 424	76 113	88 189	11 875	9 548	<b>338 793</b>	3 837 851
85 ans et plus	<b>10 238</b>	39 007	23 680	35 288	3 462	3 000	<b>114 675</b>	1 201 927
TOTAL	<b>119 106</b>	407 834	259 233	287 180	40 550	31 776	<b>1 145 679</b>	12 803 141
<b>Indice de Vieillessement</b>	<b>67,6</b>	<b>66,0</b>	<b>91,7</b>	<b>97,7</b>	<b>87,7</b>	<b>79,7</b>	<b>78,8</b>	<b>66,0</b>

Source : DREES / Statiss, 1<sup>er</sup> janvier 2006

## COMPOSITION DES TERRITOIRES DE SANTE

Territoire de santé	Territoire du niveau de proximité	Population 1999
Alpes Sud	Digne	45594
	Manosqu	74858
<b>Alpes Sud</b>		<b>120 452</b>
Alpes Nord	Briançon	32124
	Embrun	18993
	Gap	64741
	Sisteron	34446
<b>Alpes Nord</b>		<b>150304</b>
Alpes-Mines Est	Antibes	138 805
	Menton	69927 550
	Nice	916
<b>Alpes-Maritimes Est</b>		<b>759 648</b>
Alpes-Mmes Ouest	Cannes-Grasse	257 673
<b>Alpes-Maritimes Ouest</b>		<b>257673</b>
BdR Nord	Aix	383 523 125
	Salon	595
<b>Bouches-du-Rhône Nord</b>		<b>509 118</b>
BdR Sud	Aubagne-La	153 363 917
	Ciotat Marseille	868 161 741
	Martigues	
<b>Bouches-du-Rhône Sud</b>		<b>1 232 972</b>
Var Est	Draguignan	103 824
	Fréjus-St	159 452
<b>Var Est</b>		<b>263 276</b>
Var Ouest	Brignoles	91049 511
	Toulon-	002
<b>Var Ouest</b>		<b>602 051</b>
Vaucluse-Camargue	Apt Arles	25776 152
	Avignon	110 177 038
	Carpentras	87091 66637
	Cavaillon	102 005
	Orange-	
	Valréas	
<b>Vaucluse-Camargue</b>		<b>610 657</b>
<b>Total</b>		<b>4 506 151</b>

