



ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Directeur d'hôpital

Date du Jury : décembre 2000

**LA COOPERATION INTERHOSPITALIERE :
L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-CLOUD
ET DU CENTRE RENE HUGUENIN**

BRAILLON Vincent

REMERCIEMENTS

Je tiens ici à remercier Monsieur Jacques METAIS, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de POITOU CHARENTES, pour avoir accepté l'encadrement de ce mémoire.

Je remercie également Monsieur Jean-Yves LAFFONT, Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Cloud, pour m'avoir guidé et conseillé dans ce travail.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur Jean-Paul SALMON, Directeur Adjoint, mon maître de stage, ainsi qu'à Madame Marie Hélène NEYROLLES et Monsieur Bertrand LONGUET, Directeurs Adjoints, pour m'avoir aidé dans ma réflexion, et toute l'équipe de direction du Centre Hospitalier.

Je remercie enfin toutes les personnes qui ont bien voulu m'accorder un entretien lors de l'élaboration de ce mémoire, et notamment Monsieur le Professeur Jacques ROUESSE, Directeur du Centre René Huguenin.

SOMMAIRE

N° Page

Introduction	1
--------------------	---

PREMIERE PARTIE : L'ORIGINE D'UNE

COOPERATION

A/ LE CONTEXTE : UN ENVIRONNEMENT DENSE ET CONCURRENTIEL	2
1. Présentation du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et problématique particulière	2
2. Présentation du Centre René Huguenin et problématique particulière	4
B / LE CHOIX DE LA COOPERATION	5
1. La tutelle rejette les projets d'établissement	5
2. Les acteurs locaux lancent les bases de la coopération	8
C / UN OBJECTIF A LA FOIS MODESTE ET AMBITIEUX	10
1. Une coopération « a minima »	10
2. Un projet ambitieux	11

DEUXIEME PARTIE : MALGRE DES ATOUS INDENIABLES ET DES RESULTATS TANGIBLES, LA COOPERATION ENVISAGEE SE HEURTE A DE NOMBREUX OBSTACLES

A / DES CONDITIONS FAVORABLES ET UN ENGAGEMENT DES DEUX INSTITUTIONS.....	14
1. Des atouts indéniables en faveur de la coopération	14
2. Des résultats incontestables liés aux choix effectués et à l'engagement des deux parties	16
B / DES OBSTACLES INHERENTS A TOUTE COOPERATION	21
1. Les modalités juridiques possibles et les solutions adoptées	21
2. La confrontation des logiques d'acteurs	27
C / LES DIFFICULTES SPECIFIQUES A LA SITUATION DES ETABLISSEMENTS DE SAINT-CLOUD	30
1. Des établissements différents et deux approches de la coopération	30
2. Des cultures spécifiques et des établissements peu complémentaires	33

TROISIEME PARTIE : LES CONDITIONS

DE LA REUSSITE

A / LA STRATEGIE DES RESPONSABLES	36
1. Une coordination indispensable pour parvenir à un accord précis et durable	36
2. Le rôle du comité de pilotage	38
B / LA CONDUITE DU CHANGEMENT	41
1. La maîtrise des différentes temporalités	41
2. La problématique du directeur d'hôpital lorsqu'il est moteur du changement	45
C / L'IMPLICATION DES ACTEURS NE SIGNIFIE PAS LEUR ADHESION	47
1. Une politique de communication fondamentale mais à hauts risques	47

2. Le passage d'une logique juridico-économique à une logique communautaire	49
Conclusion	52
Bibliographie	53
Annexes	55

INTRODUCTION

Les coopérations interhospitalières sont fortement encouragées par les pouvoirs publics à travers les réformes qui se sont succédées depuis trente ans, avec un double objectif : maîtriser la croissance des dépenses de santé et adapter l'offre de santé aux besoins de la population, en développant la qualité des soins. Or, force est de constater que les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur des attentes : les coopérations abouties sont peu nombreuses, leur mise en place se révèle souvent difficile, voire douloureuse, d'importants problèmes humains, médicaux, juridiques, méthodologiques et politiques venant presque systématiquement entraver le déroulement du processus de rapprochement.

L'exemple de la collaboration des établissements de Saint-Cloud ne déroge pas à cette règle : malgré d'indéniables avancées et la présence d'incitations puissantes, la coopération envisagée entre le Centre Hospitalier, établissement public de santé, et le Centre René Huguenin, centre de lutte contre le cancer participant au service public hospitalier, se heurte aux difficultés évoquées ci-dessus.

Si le contexte général de cette coopération est constitué par une tendance globale au rapprochement des structures sanitaires impulsée par les différentes réformes hospitalières, il faut ici souligner le poids du contexte particulier dans lequel évoluent les deux établissements de Saint-Cloud : situés dans un environnement singulièrement dense en matière d'offre de soins, ils sont physiquement voisins, séparés par une simple rue au centre de la ville.

1ère PARTIE : L'ORIGINE D'UNE COOPERATION

A / LE CONTEXTE : UN ENVIRONNEMENT DENSE ET CONCURRENTIEL.

Le projet de coopération étudié dans ce mémoire concerne un hôpital général communal, établissement public de santé, et un centre de lutte contre le cancer, établissement privé participant au service public hospitalier.

Les deux établissements évoluent dans un environnement particulièrement dense en matière d'offre de soins.

1. Présentation du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et problématique particulière.

Le Centre Hospitalier de Saint-Cloud (CHSC) est un hôpital général de proximité, dont la vocation est de présenter et de conserver un éventail complet des disciplines de médecine, chirurgie, et obstétrique. C'est un hôpital de taille moyenne, qui compte 440 lits et places, dont 200 lits et places de court séjour et 240 lits de gériatrie. Il a réalisé plus de 9.300 entrées sur le secteur hôpital et près de 51.000 consultations externes en 1999, pour un budget total (y compris gériatrie) de 260 Millions de francs. Il emploie environ 750 agents et produit 12 Millions de points ISA (échelle 1999).

L'hôpital de Saint-Cloud comprend 8 services d'hospitalisation complète : 2 services de médecine, 2 services de chirurgie, 1 service de gynécologie-obstétrique, 1 service de réanimation, 1 service porte et 1 service de long séjour. Il dispose également de 7 postes installés d'hémodialyse. Son projet médical prévoit principalement la consolidation des positions concurrentielles acquises en médecine et en obstétrique, et la dynamisation des services de chirurgie et de spécialités chirurgicales.

Il est enfin engagé dans un vaste programme de travaux comprenant la rénovation de l'existant et la construction de locaux neufs pour un montant avoisinant les 130 Millions de francs.

Le CHSC est situé dans le secteur sanitaire n° 3 (Paris Ouest) qui couvre, outre le 16° arrondissement de Paris, 13 communes du département des Hauts-de-Seine, dont

Saint-Cloud bien sûr, mais aussi Boulogne-Billancourt, Sèvres, Garches...Ce secteur représente une population de plus de 700 000 habitants.

S'il bénéficie d'une situation financière saine et si son attraction est importante dans les communes limitrophes, le CHSC évolue dans une zone de concurrence extrêmement forte et dense en matière d'offre de soins, caractérisée en premier lieu par la présence de trois gros établissements hospitaliers : le Centre Médico-Chirurgical Foch (PSPH) à Suresnes, l'hôpital Ambroise Paré (AP-HP) à Boulogne-Billancourt et l'hôpital Raymond Poincaré (AP-HP) à Garches. Ces trois hôpitaux se trouvent à moins de 5 km du CHSC.

De plus, la proximité des établissements parisiens d'une part, et du Centre Hospitalier de Versailles d'autre part, engendre sans doute un effet d'éviction, au profit de ces deux pôles, et au détriment de l'hôpital de Saint-Cloud.

Enfin, la concurrence s'intensifie encore dans le domaine de la chirurgie où l'activité des cliniques privées à but lucratif est très importante et bénéficie des caractéristiques socio-professionnelles de la population desservie (le revenu moyen du bassin de population est très élevé). C'est donc précisément dans ce domaine que l'activité de l'hôpital peut éventuellement se trouver remise en cause.

La densité hospitalière du secteur est illustrée par les taux d'équipements en court séjour, comme le montre le tableau suivant¹ :

	Taux d'équipement secteur sanitaire n°3	Taux d'équipement Théorique	Taux d'équipement Ile-de-France
Médecine	2,41	2,15	2,16
Chirurgie	3,74	2,55	2,37
Obstétrique	0,55	0,50	0,49
Total	6,70	5,20	5,02

Le Rapport d'Orientation stratégique du SROS Ile-de-France 1999-2004 (document préparatoire aux SROS dits de « deuxième génération ») confirme la présence « d'une zone centrale de densité extrêmement forte et de répartition anarchique des activités dont Paris et les Hauts-de-Seine sont la meilleure illustration. Y coexistent des établissements à vocation

¹ Source : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de l'Ile-de-France 1999-2004. ARHIF.

généraliste mais en général incomplets et des établissements spécialisés voire très spécialisés souvent trop nombreux ou insuffisants en taille (et en volume d'activité)...C'est dans cette zone centrale que la surdensité est la plus forte (en particulier en chirurgie), en moyens techniques et en ressources humaines notamment médicales ».

L'ensemble de ces éléments décrit bien la problématique à laquelle se trouve confronté le CHSC. Toutefois, cette situation ne remet pas en cause le rôle d'hôpital de proximité que le CHSC entend jouer, comme en témoigne la progression constante de son activité sur les dix dernières années : +50% pour l'activité hospitalière.

2. Présentation du Centre René Huguenin et problématique particulière.

Le Centre René Huguenin (CRH) est l'un des vingt Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) français. Son statut, depuis l'arrêt du Tribunal des Conflits « Centre Eugène Marquis » (20 nov. 1961), en fait un établissement de santé privé participant au service public hospitalier (PSPH). Il est financé, comme les établissements publics de santé, par le système de la dotation globale.

Doté d'un conseil d'administration présidé, de droit, par le préfet du département des Hauts-de-Seine, le CRH est dirigé, comme les autres CLCC, par un directeur qui présente la particularité d'être un médecin. Il est secondé, pour la partie administrative, par un secrétaire général, personnage également important des Centres.

Comparé aux vingt CLCC français, le Centre René Huguenin apparaît comme un établissement de taille moyenne : les quelques 17,5 Millions de points ISA produits en 1998 le situe à la 10^{ème} place d'après ce critère. Il compte 140 lits et places de court séjour, a réalisé 12.000 entrées en 1999 et près de 47.000 consultations. Il emploie environ 600 personnes.

Son activité médicale est concentrée sur la prise en charge des pathologies mammaires, le CRH étant devenu progressivement un centre référent en matière de cancer du sein, qui représente entre 70 et 80% de son recrutement. Il dispose d'appareils de radiothérapie, d'un scanner, et a déposé une demande d'IRM.

Dans le contexte francilien, la problématique du CRH est double.

D'une part, même s'il est hautement spécialisé et s'il bénéficie d'un recrutement en grande partie assuré, le CRH souffre quelque peu de la comparaison avec les deux autres CLCC de la région parisienne : l'Institut Gustave Roussy de Villejuif et l'Institut Curie de Paris. Ces deux centres disposent des deux plus importants budgets parmi les CLCC français, et ont une vocation et une réputation nationales en raison de l'ampleur de leurs actions. Par ailleurs, aucun monopole d'activité cancérologique n'existant au bénéfice des centres, le CRH subit la concurrence des services spécialisés des grands hôpitaux parisiens (voir à ce sujet, par exemple, l'ambition affichée par l'Hôpital Européen Georges Pompidou en matière de cancérologie).

D'autre part, la spécificité du traitement de la maladie cancéreuse impose une prise en charge pluridisciplinaire : le travail en équipe est une caractéristique importante des CLCC. Eu égard à la nature de la maladie, l'examen d'un patient, la détermination du diagnostic, la décision du traitement sont l'œuvre d'un groupe de spécialistes. Il est fait appel, au minimum, à trois techniques de base : chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie.

L'existence d'un bloc opératoire et le maintien de la chirurgie au CRH représentent de ce fait, pour cet établissement également, un enjeu stratégique.

Les deux établissements de soins de Saint-Cloud sont ainsi engagés dans la même dynamique : consolider les activités médicales en situation concurrentielle forte et renforcer les autres positions. La poursuite de ces objectifs passe, au milieu des années 1990, par un programme de travaux pour chacune des structures, programme plus important dans le cas du Centre Hospitalier, le CRH ayant à cette date déjà rénové partiellement ses locaux.

Chacun des schémas directeurs, établis pour réaliser ces travaux, prévoit la rénovation et la mise en conformité des blocs opératoires. Cette circonstance va jouer un rôle essentiel dans le déclenchement de la coopération des deux hôpitaux.

B / LE CHOIX DE LA COOPERATION.

3. La tutelle rejette les projets d'établissement.

L'origine de la coopération des établissements de Saint-Cloud remonte à 1996. Jusqu'à cette date, les deux institutions n'avaient guère coopéré, hormis des accords

ponctuels sur la radiologie. L'année 1996 voit la conjonction de deux facteurs qui seront les éléments déclenchant de ce projet.

D'une part, les ordonnances du 24 avril² relancent avec vigueur la coopération hospitalière comme un des principaux vecteurs de la rationalisation du système de soins. Créant de nouvelles structures de coopération (Groupement de Coopération Sanitaire, Communauté d'établissements), elles fixent un délai aux établissements assurant le service public hospitalier pour adhérer à une communauté d'établissements et dotent les ARH de pouvoirs d'injonction en matière de coopération.

D'autre part, les deux hôpitaux doivent au cours de l'année 1996 présenter leur projet d'établissement, dont l'approbation est une des conditions de celle de leur schéma directeur, les deux structures ayant chacune un programme important de travaux.

A cette époque, l'opération envisagée par le CHSC consiste en la rénovation et l'extension de ses locaux, étalées sur une durée de 6 à 7 ans, pour un coût prévisionnel de 60 Millions de francs (murs seulement). Elle est justifiée par la vétusté des installations existantes, le manque de place, l'exiguïté de certaines chambres, et plus généralement par le fait que l'absence d'un confort élémentaire freine la progression des entrées. Elle prévoit en outre la reconstruction et la mise en conformité du bloc opératoire.

Pour sa part, le CRH a déjà rénové en partie ses locaux. Son projet d'établissement prévoit la suite de ces travaux, et là encore la rénovation du bloc. Le programme doit être autofinancé par le Centre, grâce au produit de la vente d'un site annexe.

Les deux permis de construire, déposés pendant l'été 1996, sont complètement séparés. Toutefois, les deux directions ont pris la précaution de choisir une équipe d'architectes commune, pour favoriser l'harmonie des solutions architecturales retenues.

C'est donc dans le contexte de la publication des ordonnances du 24 avril 1996, mais avant la mise en place effective de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Ile-de-France (ARHIF), que les deux institutions présentent à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) leur projet d'établissement.

² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Celui du Centre Hospitalier, à côté du projet médical et du schéma directeur, énonce notamment, pour ce qui concerne la coopération, la volonté du CHSC de développer des actions de partenariat avec les autres établissements du secteur, le Centre René Huguenin en tout premier lieu.

Le projet d'établissement du CRH, qui date de mars 1996, évoque lui, à côté de collaborations futures envisagées avec le CMC Foch de Suresnes, la possibilité de coopérations avec d'autres établissements du département (Nanterre, Saint-Cloud en particulier).

En réalité, les deux établissements se côtoient depuis plus de vingt ans, mais ne sont pas loin de s'ignorer, certes avec un respect mutuel. Une réunion tenue pendant l'été 1996 entre les deux directions n'a d'ailleurs « pas permis de dégager des points forts de collaboration »³. Si leurs projets étaient acceptés par la tutelle, ils aboutiraient à la construction de deux blocs opératoires neufs dans deux établissements différents, séparés par une simple rue. Or, commençant un bilan des SROS de 1^{ère} génération, la tutelle opère les constats suivants au sujet des établissements de Saint-Cloud⁴ :

- le CRH fonctionne bien, son recrutement de patients est à l'époque assuré, notamment grâce à son activité concentrée sur le cancer du sein ; mais il est considéré comme trop centré sur lui-même, trop spécialisé et ne développant pas assez de coopérations

- quant au Centre Hospitalier, son programme de travaux est lourd, mais il existe des incertitudes face à l'avenir. Son activité chirurgicale est faible, dans un environnement très concurrentiel et dense. Les autorités de tutelle se posent ainsi de nombreuses questions sur le futur de l'hôpital dans ce contexte.

Les projets d'établissement des deux entités sont finalement refusés presque simultanément, en octobre 1996 pour le CRH, en novembre 1996 pour le CHSC, au même motif : « Manque de collaboration avec les établissements voisins ».

Anticipant le rejet de son projet d'établissement, le Centre Hospitalier avait reconnu, au cours de son conseil d'administration tenu le 14 octobre 1996, qu'il était « maintenant devenu certain que le Centre René Huguenin et le Centre Hospitalier général de Saint-Cloud

³ Entretien avec le Pr Rouessé, Directeur du CRH. Septembre 2000.

⁴ Entretien avec Mme de Badereau, Directrice Adjointe de la DDASS des Hauts-de-Seine. Août 2000.

[devaient] travailler en symbiose, amplifier encore davantage leurs possibilités de travail en commun, de convergences et de synergies en tous domaines... »⁵.

Le préfet des Hauts-de-Seine, président du conseil d'administration du CRH, avait tenu des propos identiques lors de la séance du conseil du même jour au Centre de Lutte contre le Cancer.

La tutelle assortit son refus d'une demande explicite : les deux établissements doivent regrouper leurs plateaux techniques, pour générer à moyen terme des économies d'échelle et assurer de ce fait la pérennité des deux structures de Saint-Cloud. L'ignorance polie n'est plus possible. La coopération doit désormais se mettre en place. Juridiquement autonomes, les établissements expérimentent ici les limites de leur liberté, face à une tutelle qui dispose alors du pouvoir d'approbation des projets et indirectement de celui des allocations budgétaires.

4. Les acteurs locaux lancent les bases de la coopération.

Conscient que la survie de la chirurgie, si ce n'est celle de l'hôpital, est en jeu, le directeur du CHSC va devenir dès lors le moteur du processus de rapprochement. Il s'agit de mener à bien les négociations avec l'établissement voisin, et dans le même temps de convaincre l'ensemble des personnels de son propre établissement de la nécessité absolue d'une coopération avec le CRH. En d'autres termes, il s'agit de transformer ce qui peut être vécu comme une contrainte, en une opportunité à saisir.

Très rapidement, les responsables des deux structures se rencontrent pour envisager les modalités et les objectifs de la coopération demandée par les autorités. Désormais, le temps est compté car tout délai retarde d'autant le démarrage des travaux. Une première réunion commune des équipes médicales, initiée par les deux directions, a lieu dès le lundi 18 novembre 1996, en Mairie. Parallèlement, les discussions se poursuivent entre les deux équipes dirigeantes.

Ces premières réunions permettent de dégager les principes généraux et les objectifs de la coopération envisagée. Les principes généraux retenus, qui restent en vigueur aujourd'hui, sont les suivants :

⁵ Procès-verbal du conseil d'administration du Centre Hospitalier de Saint-Cloud. 14 octobre 1996.

- les spécificités de chaque établissement doivent être respectées
- les statuts particuliers des personnels ne seront pas modifiés.

Les objectifs sont le regroupement des plateaux techniques et la recherche de complémentarités dans les disciplines médicales.

Pour ce faire, un comité de pilotage, composé des directions administratives et médicales de chaque établissement, et cinq groupes techniques, constitués de personnels médicaux et paramédicaux, sont mis en place.

Le rôle du comité de pilotage est de définir les grandes orientations, d'établir les principes et de conduire le processus de rapprochement. Quant aux groupes techniques, ils doivent étudier les possibilités, l'étendue et les modalités pratiques de la collaboration dans les domaines suivants :

- bloc opératoire
- réanimation
- radiologie
- laboratoires de biologie
- convergence des services de médecine.

La première réunion des groupes techniques « bloc opératoire » et « radiologie » a lieu dès le 20 novembre. Par ailleurs, l'ensemble du personnel de l'hôpital est informé de ces développements grâce à une réunion tenue le 20 décembre 1996.

Pour éclairer les réflexions du comité de pilotage et servir de base aux travaux des groupes techniques, il est décidé de faire appel à des cabinets de conseil et à des experts extérieurs. Ceux-ci ont pour mission de réaliser un audit du fonctionnement des services actuels, de définir les besoins dans l'hypothèse de futurs services communs et d'envisager les solutions techniques ainsi que les modalités pratiques de mise en œuvre du projet. Dans le même temps, il est demandé au CNEH d'étudier les possibilités juridiques offertes par les textes pour prendre en compte les conséquences du rapprochement.

Les premiers résultats de toutes ces initiatives apparaîtront au cours de l'année 1997. Ils esquisseront les contours d'un projet qui, pour être limité, n'en présente pas moins des aspects puissamment audacieux et originaux.

C / UN OBJECTIF A LA FOIS MODESTE ET AMBITIEUX.

3. Une coopération « a minima ».

Le projet de rapprochement des deux établissements de Saint-Cloud, qui se dessine en 1997, a ceci de modeste qu'il se limite à la seule mise en commun de moyens. Les compétences des structures nouvelles ne porteront que sur la gestion des installations, des équipements, des matériels. Les services communs ne seront pas employeurs, les personnels étant mis à disposition. Il ne s'agit pas de fusionner les équipes, encore moins de fusionner les deux hôpitaux. Le terme « fusion » sera d'ailleurs soigneusement évité pendant tout le processus, pour ne pas éveiller de crispations légitimes, pour ne pas alimenter les réticences, et parce qu'il ne correspond pas à l'objectif du projet.

Dans ce cadre, les discussions engagées depuis la fin de l'année 1996, ainsi que les premiers résultats des audits, permettent de faire émerger des accords initiaux, non finalisés. Ils sont présentés à la tutelle et aux instances de l'hôpital en mai 1997 :

- concernant le bloc opératoire, il est envisagé un bloc unique de 8 salles, au lieu des 9 que comptent les deux structures. Une partie du bloc commun se trouverait sur une passerelle reliant les deux établissements. L'économie prévue serait de 4 postes
- un service unique de réanimation de 10 lits serait mis en place au Centre Hospitalier, entraînant une économie de 7 postes et d'une garde
- les négociations s'avèrent plus difficiles pour les laboratoires de biologie ; un laboratoire unique permettrait de gagner 6 postes
- un accord limité est intervenu sur la radiologie : accueil au CRH des scanner en urgence de l'hôpital
- quelques points de convergence sur les services de médecine ont pu être dégagés (collaborations ponctuelles en cardiologie et en ophtalmologie, amphithéâtre commun).

Aucun licenciement n'est prévu, les économies générées par le rapprochement permettant soit des redéploiements de moyens en interne, soit le non-remplacement éventuel d'agents partant à la retraite. Les chiffres avancés à cette date ne sont d'ailleurs qu'indicatifs. Plus tard, le Centre Hospitalier évaluera les économies réalisées dans le cadre du projet à 6 postes.

L'évaluation financière précise des gains à attendre d'une coopération de cette nature est traditionnellement difficile à effectuer, d'autant que ce type d'opération débute généralement par des dépenses nouvelles (audits, expertises, constructions, rénovations). L'objectif est toutefois de structurer à terme, via la mise en commun de moyens, une organisation plus efficiente des plateaux techniques.

Le raisonnement qui appuie ce rapprochement vise aussi à améliorer la sécurité et la qualité des soins, grâce au travail en commun des équipes, aux effets d'apprentissage, aux échanges de connaissances qui se produisent à cette occasion, et à la gestion commune des équipements.

Si le projet de coopération entre les deux établissements apparaît finalement limité, c'est qu'au delà d'économies d'échelle difficiles à évaluer mais que l'on pressent modestes, cette collaboration s'en tient à la gestion commune d'installations ; les structures nouvelles ne doivent ni recevoir de dotation globale, ni être employeurs. Les missions propres à chacun des établissements doivent pouvoir être poursuivies sans difficulté, leur spécificité être préservée. Les principes adoptés par les deux parties à l'origine de la collaboration seront ainsi respectés pendant le déroulement du processus de rapprochement, ce qui impose des limites. Pourtant, ce projet de coopération est simultanément porteur d'une véritable ambition.

4. Un projet ambitieux.

Les coopérations hospitalières qui se mettent en place depuis le début des années 1990 concernent le plus souvent des activités logistiques. C'est en effet dans ces domaines (blanchisserie, restauration, services généraux) que les accords sont le plus facilement trouvés, à la fois parce que les économies d'échelle y sont plus évidentes et aisément quantifiables, et parce qu'ils ne représentent pas un enjeu stratégique fondamental pour les structures.

A l'inverse, la coopération envisagée par les établissements de Saint-Cloud doit organiser la mise en commun des éléments principaux du plateau technique : bloc opératoire, laboratoire, et le fonctionnement du service commun d'anesthésie-réanimation. Ces services sont au cœur des activités d'un hôpital. Il ne s'agit pas ici de se mettre à deux pour laver plus de linge ou pour produire des repas à moindre coût, il s'agit de financer des matériels de pointe, de se rassembler pour organiser et faire fonctionner des salles d'opération ou des services de soins très aigus. Le Dr Tenailon, Chef du service de

réanimation à l'hôpital d'Evry-Corbeil et chargé de l'audit des services de réanimation, confirme dans son entretien que le regroupement des blocs opératoires constitue un « enjeu crucial ». C'est le « nerf de la guerre », surtout si l'on envisage l'hôpital de demain structuré autour d'un plateau technique performant, doté de matériels de haute technologie et dispensant des prestations à des services d'hospitalisation satellites.

Le pari réside également dans la capacité des deux équipes médicales et chirurgicales de s'entendre pour élaborer un programme opératoire commun. D'autant que dans le cas d'espèce, il faudra respecter les spécificités liées aux activités et au recrutement de patients des deux établissements : activité opératoire presque exclusivement programmée pour le CRH, absence d'urgences ; activité comportant près de 40% d'interventions en urgence, immédiate ou différée, pour le Centre Hospitalier.

Ces aspects confèrent ainsi au projet élaboré une dimension véritablement stratégique, loin d'une simple coopération logistique. Ils illustrent également quelques unes des difficultés importantes de sa mise en œuvre.

Le caractère ambitieux de cette collaboration tient par ailleurs à la différence de statut des deux institutions, qui se décline à deux niveaux :

- le Centre Hospitalier est un établissement public, le CRH a un statut privé. Il faudra donc faire travailler simultanément, dans les mêmes locaux et en utilisant des matériels communs, des agents de la Fonction Publique Hospitalière et des salariés soumis à des conventions collectives du secteur privé. Concrètement, il s'agira d'organiser la cohabitation de personnels obéissant à des régimes de responsabilité différents, ne connaissant pas le même déroulement de carrière (recrutement, avancement, notation, rémunération), et répondant à une organisation du travail propre à chaque structure (temps de travail, récupérations, horaires)
- cette collaboration est d'autre part sans doute un exemple unique en France de coopération entre un centre hospitalier général, hôpital de proximité, et un centre de lutte contre le cancer, établissement hyper spécialisé et généralement plus prestigieux. Les autres actions de coopération impliquant un EPS et un CLCC concernent toutes l'organisation d'un partenariat entre un CHU et un centre anti-cancéreux.

Enfin, la mise en place d'une coopération entre les établissements de Saint-Cloud constitue un projet phare pour la récente Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-

France. L'ARH entend en effet montrer que désormais, la recherche de complémentarité entre les structures hospitalières de la région doit dépasser les clivages traditionnels, les logiques anciennes d'institutions séparées, étrangères les unes aux autres. L'exemple de Saint-Cloud sera ainsi cité à plusieurs reprises, lors de ses discours, par D.Coudreau, directeur de l'ARHIF, pour illustrer sa volonté de réorganiser le tissu sanitaire francilien.

A l'occasion de la mise en place des dispositions prévues par les ordonnances d'avril 1996, l'exemple des établissements de Saint-Cloud acquiert de ce fait une valeur emblématique.

**2ème PARTIE : MALGRE DES ATOUTS INDENIABLES ET DES
RESULTATS TANGIBLES, LA COOPERATION ENVISAGEE SE
HEURTE A DE NOMBREUX OBSTACLES**

Projet à la fois modeste et ambitieux, la coopération des établissements de Saint-Cloud a pu s'appuyer sur des conditions favorables pour atteindre des résultats tangibles.

**A / DES CONDITIONS FAVORABLES ET UN ENGAGEMENT DES DEUX
INSTITUTIONS.**

1. Des atouts indéniables en faveur de la coopération.

Le regroupement des plateaux techniques, objet principal de la coopération des deux établissements, a pu bénéficier d'éléments favorables qui caractérisaient le contexte et la situation des deux hôpitaux antérieurement au projet.

Cette coopération a été en premier lieu grandement facilitée par la proximité géographique des deux structures, situées de part et d'autre d'une même rue. Pour prendre la mesure de l'avantage que confère une telle proximité à un projet de regroupement d'activités médicales, il faut considérer l'exemple des fusions hospitalières intervenues récemment en Ile-de-France. Dans les cas d'Evry / Corbeil, de Poissy / Saint-Germain-en-Laye et d'Eaubonne / Montmorency, la distance de quelques kilomètres qui séparent les établissements a représenté chaque fois une difficulté majeure. Lorsque les deux hôpitaux sont physiquement séparés, l'organisation du fonctionnement médical commun, le choix de l'emplacement du site des Urgences, la répartition des services cliniques constituent autant de dilemmes pour les responsables en charge de la fusion.

A contrario, lorsqu'un seul hôpital possède deux sites de court séjour séparés, le premier se trouvant par exemple au centre ville, réminiscence de l'hôpital historique, et le second, plus récent, étant situé à la périphérie de la même ville, la tentation est grande de regrouper ces deux sites en un seul, pour une meilleure efficacité et une plus grande

simplicité dans l'utilisation des moyens (voir à ce sujet le projet « Bocage central » du CHU de Dijon).

Ces exemples illustrent l'avantage que représente, pour le fonctionnement médical des services communs, la proximité géographique des deux établissements de Saint-Cloud. Séparés par une simple rue et de ce fait distants d'une dizaine de mètres seulement, la construction d'un bloc commun peut être envisagée. Pour permettre des communications aisées et assurer des liaisons directes et rapides, il est décidé de relier les deux établissements par une passerelle enjambant la rue. Outre la commodité qu'elle représente, cette passerelle est mise en avant en tant que puissant symbole architectural de la volonté de coopérer animant les deux institutions.

Cette proximité est encore à l'origine d'un autre aspect qui ne manque pas d'éviter bien des difficultés à la coopération envisagée : les deux établissements sont en effet localisés dans la même ville. Le rapprochement des deux structures a de ce fait pu bénéficier du soutien des élus locaux. Le président du Conseil d'Administration de l'hôpital de Saint-Cloud, adjoint au maire, est en particulier également membre du Conseil d'Administration du CRH.

Or, l'expérience montre que dans le cas de regroupements ou de fusions entre deux hôpitaux situés dans des villes différentes, l'attitude des hommes politiques peut constituer un frein considérable aux coopérations envisagées. La traditionnelle défense des intérêts respectifs n'a pas représenté, dans le cas de Saint-Cloud, un tel obstacle. Au contraire, l'ensemble des intervenants souligne la qualité du soutien apporté au projet par les élus locaux.

De plus, les deux établissements ne sont pas rivaux : il n'existe pas entre eux de concurrence médicale directe. Si une telle concurrence avait existé, les deux hôpitaux auraient pu développer, au fil des années, un antagonisme radical, antagonisme qui prend souvent sa source dans le besoin, pour chacune des structures, de se forger une identité propre et un système de validation des compétences, en s'opposant à l'établissement voisin.

Dans le cas de Saint-Cloud, préalablement à la coopération, il n'a pas été nécessaire de désamorcer une rancœur farouche entre médecins qui aurait été alimentée par des années de rivalité ou de mépris réciproque. Chaque établissement a pu par le passé poursuivre ses activités et déployer ses projets médicaux sans s'opposer à l'autre, sans élaborer une stratégie dirigée contre l'établissement voisin.

Enfin, bien que de statut différent, le CHSC et le CRH sont tous deux financés par dotation globale et assurent tous deux l'exécution du service public hospitalier. L'essentiel du personnel médical du centre anti-cancéreux se trouve d'ailleurs être salarié à temps plein, sans clientèle privée. Si la différence de statut juridique entre le CHSC et le CRH engendre des problèmes particuliers (voir infra), le fait que le CRH soit un établissement certes privé, mais à but non lucratif et participant au service public hospitalier, facilite la mise en place d'une coopération avec un établissement public de santé.

En effet, les constats effectués par les responsables des ARH rencontrés dans le cadre de ce mémoire (Ile-de-France, Bourgogne, Poitou-Charentes) signalent la très grande difficulté des rapprochements entre secteur public et secteur privé à but lucratif. Dans ce cas, il paraît extrêmement délicat d'organiser et de gérer le travail en commun de praticiens agents du service public, et de médecins rémunérés à l'acte, et plus généralement de rendre compatibles les intérêts du service public et ceux des actionnaires privés. Cette difficulté ne se présente pas dans la coopération étudiée ici.

En s'appuyant sur ces différents éléments, les responsables des deux structures ont dégagé des accords et atteint des résultats concrétisés par la signature des contrats d'objectifs et de moyens avec l'ARHIF.

2. Des résultats incontestables liés aux choix effectués et à l'engagement des deux parties.

Une équipe commune d'architectes

Le projet de coopération des établissements de Saint-Cloud comprend des aspects architecturaux d'envergure. Le regroupement des plateaux techniques entraîne la construction d'un nouveau bloc commun, d'une passerelle reliant les deux structures, et s'inscrit dans le cadre général des travaux réalisés de part et d'autre de la rue. Pour le CHSC, il s'agit notamment d'édifier sur le site actuel des Urgences un bâtiment de six étages permettant l'extension des locaux actuels. Par ailleurs, la rénovation de l'ensemble des bâtiments existants est prévue dans le schéma directeur. Pour le CRH, le projet envisage la construction d'un bâtiment au-dessus du parking des ambulances, face à l'hôpital, abritant entre autres le bloc opératoire commun, la salle de réveil commune et la stérilisation.

Pour la circonstance, chacun des deux établissements a passé un contrat de maîtrise d'œuvre où les deux cabinets d'architectes retenus apparaissent simultanément en tant que co-contractants. Les dispositions de chaque contrat prévoient que les deux cabinets co-traitent le marché, un architecte étant désigné comme mandataire pour chaque hôpital.

Le choix d'une équipe d'architectes associés pour la circonstance présente de ce fait deux intérêts :

- l'harmonie des solutions architecturales retenues doit favoriser l'obtention des permis de construire respectifs et l'adoption par les habitants de Saint-Cloud des constructions neuves, les deux hôpitaux se trouvant en centre ville. Cette harmonie constitue de plus une preuve visuelle des liens nouveaux entre les deux établissements
- au niveau technique, l'activité médicale devant se poursuivre pendant les travaux, cette association des cabinets d'architectes permet de faciliter un phasage commun des opérations. Le bon déroulement des travaux nécessite de prévoir la localisation temporaire des services concernés, avant que ces services puissent réinvestir leurs installations définitives (opérations tiroir). De même, s'agissant d'opérations qui touchent successivement la quasi-totalité des locaux existants côté hôpital, le phasage commun permet la définition d'itinéraires de communication sophistiqués, éventuellement via la passerelle, qui dépendent précisément de l'état d'avancement des travaux et des locaux en chantier à un moment donné.

Des financements accordés

Les résultats atteints dans le cadre de la coopération concernent aussi les aspects financiers du projet :

- Les travaux de restructuration du CRH et du CHSC ainsi que la collaboration envisagée sont l'occasion de soumettre une demande de subvention à l'Association pour la Promotion de la Santé (APS), dont l'objet est justement de promouvoir les actions de coopération entre les établissements de santé. Sur la base d'une estimation prévisionnelle des travaux communs de l'ordre de 48 millions de francs, le projet obtient le 25 février 1998 un financement de 2 millions de francs de la part de cette association.
- La rénovation de l'hôpital fait également l'objet du dépôt d'un dossier auprès du Fonds d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux (FIMHO). Le 6

octobre 1998, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité attribue au CHSC une subvention de 7,2 millions de francs au titre de ce fonds.

- Enfin, dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens signé entre l'ARHIF et le Centre Hospitalier de Saint-Cloud (voir infra) et aux termes de son article 10, « l'Agence Régionale s'engage à accorder les moyens budgétaires nécessaires à la réalisation des opérations de restructuration et de rénovation des locaux pour un montant total de 7.761.000 Frs inscrits en base reconductible ».

Des engagements signés

Le processus de rapprochement des deux établissements s'est accompagné de la signature de plusieurs documents engageant les différents protagonistes. Jalonnant le déroulement du rapprochement, ces formalisations successives ont paru nécessaire pour matérialiser la volonté de coopérer des deux institutions. Elles ont permis également de concrétiser officiellement à la fois les accords issus des négociations menées par les deux équipes dirigeantes et les résultats des travaux effectués par les groupes techniques.

En premier lieu, le 11 février 1998, les deux établissements signaient avec l'ARHIF un accord-cadre précisant l'objet, les traits essentiels et le champ de la future coopération. Ce document est une déclaration d'intention en même temps qu'un bilan d'étape illustrant l'état d'avancement des négociations entreprises et précisant les accords obtenus.

Par cet accord-cadre, les deux établissements rappellent tout d'abord leur intention de mettre en place une coopération concernant le plateau technique et certaines pratiques médicales. Ils affirment de plus leur volonté de constituer entre eux une communauté d'établissements, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique. Le champ de la coopération est à nouveau précisé (bloc opératoire commun, services de réanimation, laboratoires, imagerie, pratiques médicales). Pour sa part, l'ARH s'engage « à proposer à chacun des deux établissements la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens »⁶. En conséquence, le comité de pilotage, créé pour coordonner l'ensemble des travaux et qui comprend trois représentants de chacune des institutions, est élargi aux représentants de l'ARH dans le cadre de la préparation des contrats d'objectifs et de moyens (COM) et à deux représentants élus du personnel par établissement.

⁶ Accord-cadre signé entre l'ARHIF, le CHSC et le CRH. 11 février 1998. Art. 3 p.3. (voir annexe n°1)

L'accord indique enfin un calendrier prévisionnel de mise en place de la coopération. Ce planning prévoit la remise des rapports d'audits d'organisation des services concernés pour le mois de février 1998, la finalisation des projets d'établissement et des COM pour l'été 1998, les montages juridiques nécessaires à la coopération, les premières procédures relatives aux travaux à réaliser et la rédaction des règlements intérieurs de fonctionnement pour le 2^{ème} semestre 1998.

En fait, la préparation et la mise au point des projets d'établissement et des COM vont se prolonger sur l'ensemble de l'année 1998. Le projet d'établissement du CHSC sera finalement approuvé par l'ARHIF le 17 février 1999. Les contrats d'objectifs et de moyens seront eux signés le 26 mai 1999. Chacun des contrats conclus par les deux structures avec l'ARHIF comprend une partie commune, rédigée en termes identiques, où sont décrites les actions de coopération projetées.

Pour le Centre Hospitalier de Saint-Cloud, la signature du contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARHIF revêt une triple importance :

- Premier contrat signé par l'ARH avec un établissement public de santé des Hauts-de-Seine, il démontre la capacité du CHSC de s'adapter rapidement au contexte réglementaire défini par les dernières réformes hospitalières. Conformément aux dispositions en vigueur, le contrat comprend en effet la description des actions de coopération engagées par l'établissement, fidèle traduction de l'esprit des ordonnances du 24 avril 1996.
- Ce contrat permet ensuite de valider et d'entériner les accords issus des négociations entre le CHSC et le CRH en vue de définir précisément le champ et les modalités du partenariat. S'appuyant sur les différents audits d'organisation et sur leurs propres réflexions, les parties ont convenu de la mise en commun d'éléments du plateau technique que le contrat énumère :
 - un bloc opératoire commun de 8 salles, avec une salle de surveillance post interventionnelle de 14 places, situé essentiellement au CRH
 - une réanimation commune de 10 lits sur le site du CHSC
 - une stérilisation unique au CRH
 - une unité de chirurgie anesthésie ambulatoire commune de 8 places utilisée par les opérateurs des deux établissements, située au CRH
 - un laboratoire de biologie générale unique, localisé au CRH.La passerelle reliant les deux établissements figure également au contrat.
- Enfin, à côté des dispositions financières, décrites dans le paragraphe précédent, qui prévoient les moyens budgétaires nécessaires à la réalisation des travaux, le

contrat confirme, dans la partie consacrée aux orientations spécifiques au Centre Hospitalier, la vocation d'hôpital général du CHSC qui « continuera à accueillir des malades dans les différentes disciplines : médecine, chirurgie, obstétrique »⁷. S'engager dans la voie de la coopération, du regroupement des plateaux techniques, c'est donc aussi pour l'hôpital de Saint-Cloud un moyen de conserver sa chirurgie.

Un projet motivant

Le regroupement des plateaux techniques est un objectif ambitieux (voir supra), difficile à mettre en œuvre parce qu'il comporte un grand nombre de facteurs en interaction (humains, médicaux, organisationnels, juridiques, technologiques, architecturaux,...) ; il constitue simultanément un projet motivant. Peut-être en raison de sa difficulté même : ce projet nécessite en effet d'imaginer des solutions innovantes, des réponses originales, des montages nouveaux. Surtout parce qu'il correspond aux enjeux stratégiques auxquels sont confrontées les directions administratives et médicales des deux établissements. Jouer la carte de la coopération, c'est en particulier pour le Centre Hospitalier tenter très clairement de sauvegarder la chirurgie sur son site, à un moment où tous les établissements publics du département, hors AP-HP, voient leur chirurgie menacée avec la publication des SROS de deuxième génération.

Pour les deux établissements, conserver la chirurgie représente in fine une condition nécessaire à la préservation des vocations respectives d'hôpital général offrant toutes les disciplines pour le CHSC, de centre anti-cancéreux assurant une prise en charge pluridisciplinaire pour le CRH.

Ainsi, le projet de coopération des établissements de Saint-Cloud bénéficie de nombreux atouts et d'incitations qui lui ont permis d'atteindre des résultats tangibles. Mais il se heurte également à des difficultés, classiques en matière de coopération interhospitalière, qui vont entraver et retarder le processus.

⁷ Contrat d'Objectifs et de Moyens signé entre l'ARHIF et le CHSC. 26 mai 1999. Art.2 p.5. (voir annexe n°2)

B / DES OBSTACLES INHERENTS A TOUTE COOPERATION.

Tout projet de coopération d'envergure, comprenant à la fois un volet restructuration médicale et un volet architectural, s'accompagne inévitablement d'événements imprévus ou inattendus : des difficultés d'obtention des permis de construire, le caractère infructueux de certains appels d'offres sur les marchés publics de travaux, vont retarder le processus de rapprochement des établissements de Saint-Cloud pendant toute l'année 1999. Désormais, les travaux doivent débuter en mai 2000 ; la mise en service du bloc opératoire commun est prévue pour le mois de janvier 2002, celle du laboratoire de biologie pour mai 2002. Les locaux définitifs du service de réanimation seront utilisés à partir de novembre 2003.

Au-delà de ces impondérables, la mise en place d'une coopération hospitalière se trouve traditionnellement confrontée à des problèmes de nature juridique et aux réticences des personnels concernés.

3. Les modalités juridiques possibles et les solutions adoptées.

La définition du champ de la coopération constitue la première étape d'un processus de rapprochement. A cette approche fonctionnelle doit succéder l'élaboration de structures juridiques susceptibles d'accueillir et de traduire formellement la mutualisation des moyens envisagée.

Les moyens de droit disponibles ont été mis en place progressivement par les différentes réformes hospitalières :

- la loi du 31 décembre 1970 lançait les premières bases de la coopération hospitalière en citant deux moyens juridiques de rapprochement : le syndicat interhospitalier et la convention de coopération ;
- la loi du 31 juillet 1991 autorisait les établissements publics de santé à recourir au groupement d'intérêt public et au groupement d'intérêt économique ;
- l'ordonnance du 24 avril 1996 élargissait le cadre de la complémentarité en créant le groupement de coopération sanitaire.

La matière est complexe et les textes abondants. Il est en effet nécessaire d'ajouter à ces législations l'avis rendu par le Conseil d'Etat le 1^{er} août 1995 (avis n°358 047, Rapport Public 1995) et les modifications apportées par la loi du 27 juillet 1999, portant création de la

couverture maladie universelle (CMU), en plus des très nombreux textes réglementaires publiés depuis près de 30 ans.

Aux termes combinés de l'ensemble de ces textes, et notamment suivant l'article L 6134-1 du Code de la Santé Publique, les modes de coopération que peut utiliser un hôpital public sont au nombre de six :

- la convention de coopération
- le syndicat interhospitalier (SIH)
- le groupement d'intérêt public (GIP)
- le groupement d'intérêt économique (GIE)
- le groupement de coopération sanitaire (GCS)
- l'association loi 1901.

Le premier de ces modes de coopération ne donne pas lieu à la création d'une personne juridique : la coopération fonctionnelle est réalisée par la voie d'une simple convention passée entre les parties. Elle s'oppose à la coopération organique, établie par le moyen d'un des cinq autres modes de coopération, qui entraîne la création d'une nouvelle personne morale, de droit public ou de droit privé.

Les réformes hospitalières ont donc multiplié les modes de coopération. La loi portant création de la CMU a modifié récemment le périmètre du SIH pour favoriser le développement des GCS (admission à ce régime des établissements privés concessionnaires du service public hospitalier, qui en étaient exclus précédemment) et a créé les fédérations médicales interhospitalières.

L'empilement des formules de coopération témoigne peut-être d'une volonté presque incantatoire du législateur d'amener les établissements de santé à rechercher des complémentarités. Le succès limité de la coopération hospitalière en matière de soins traduit quant à lui les difficultés que rencontrent les établissements désireux d'opérer un rapprochement dans un environnement juridique irréprochable.

En 1990, l'auteur d'une étude sur les modes de coopération⁸ constatait que :

- « malgré leur nombre et leur souplesse, les techniques de coopération entretiennent de nombreuses réserves » ;

⁸ C. Lavigne, « La coopération entre établissements privés et publics à l'épreuve », R.T.D.S.S. juil.sept.1990.

- « proposer empiriquement de multiples formules sans établir véritablement de nomenclature en fonction des objectifs à atteindre présente des défauts et des qualités, l'étendue des possibilités de choix entretenant la confusion » ;
- « s'il est acquis qu'organiser les relations entre deux secteurs d'hospitalisation forts et appelés à une concurrence certaine est chose difficile, cette difficulté ne suffit pas à expliquer à elle seule le quasi échec des procédures de coopération instituées par la loi du 31 décembre 1970 ».

Ces constats sont repris dans le rapport de l'Assemblée Nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999⁹, qui souligne en ce qui concerne les instruments de la coopération interhospitalière :

- une panoplie étendue d'instruments juridiques ;
- la prédominance de l'utilisation des conventions ;
- le relatif insuccès du SIH, malgré son antériorité ;
- la faible utilisation du GIP et du GIE (la Direction des Hôpitaux n'a recensé en juillet 2000 que 3 GIE consacrés à une réorganisation de l'offre de soins)
- la création de trois GCS en 1998 ;
- l'existence de 16 chartes de communauté.

Les nombreuses difficultés et problématiques juridiques inhérentes à une action de coopération sont souvent mises en exergue pour justifier des délais rencontrés lors des opérations de restructuration ou de rapprochement.

Confrontés à ces difficultés pour déterminer la structure juridique adaptée à la collaboration envisagée, les responsables des établissements de Saint-Cloud ont choisi, avec l'aide d'un cabinet d'experts juridiques (CNEH), d'examiner successivement les différents moyens de droit offerts par les textes. En préalable, les deux institutions avaient fixé les conditions à respecter au cours de cette recherche :

- le montage juridique doit en premier lieu assurer un équilibre entre les deux parties et placer l'hôpital public et le CLCC en situation équivalente ;
- le montage juridique doit ensuite représenter une solution pérenne : puisqu'il s'agit entre autres de mettre en commun le bloc opératoire, indispensable à l'activité de chaque structure, le montage doit garantir, dans le temps, la meilleure sécurité juridique pour chacun.

⁹ Rapport, Assemblée Nationale, Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale pour 1999. C. Evin Député.

Les solutions retenues in fine ont concerné d'une part l'ensemble plateau technique chirurgical commun / anesthésie-réanimation, et d'autre part le laboratoire unique de biologie générale.

Le cadre juridique de la coopération sur l'ensemble bloc opératoire / réanimation.

Le partenariat sur un mode purement conventionnel a tout d'abord été envisagé. Le bloc opératoire est, aux termes du projet, localisé au CRH, la réanimation se trouve au CHSC. Aucun des deux établissements ne dispose dans son propre immeuble de la totalité de la structure. Si une simple convention était passée, elle se traduirait de la façon suivante :

- Chaque établissement construit et équipe sa partie. Il n'existe alors aucune copropriété immobilière ou mobilière.
- La convention organise uniquement les mises à disposition de l'un au bénéfice de l'autre pour un usage conjoint.

Cette solution a paru insuffisante. La convention étant résiliable à tout moment, elle est insuffisamment pérenne. Pour parer à cet inconvénient, l'hypothèse d'une adjonction à la convention de baux emphytéotiques, de droit commun pour le CLCC, administratif pour le CHSC, a été explorée. Concrètement, le CLCC aurait donné à bail à l'hôpital public la partie située dans le bâtiment dont il est propriétaire, et réciproquement. Les baux emphytéotiques semblaient de nature à répondre à l'exigence de pérennité : de longue durée (minimum 18 ans), ils investissent le preneur d'un droit réel immobilier, proche du droit de propriété sur le bien.

La solution conventionnelle présentait donc l'avantage de la simplicité, entraînant peu de modifications juridiques, mais aussi de nombreux inconvénients :

- Son caractère « intégrateur » était faible, se traduisant en particulier par de nombreuses facturations croisées, chacun restant propriétaire de ses biens. De ce fait, le bloc n'aurait pas été commun, mais propriété d'une des parties sur laquelle l'autre partie aurait détenu un droit d'utilisation.
- Cette solution était surtout incertaine en droit. Chaque bailleur donnait à bail une partie dont il devait conserver simultanément l'usage. En cas de contentieux, le juge aurait pu requalifier l'acte, les baux emphytéotiques étant transformés en simple convention d'occupation du domaine public d'une part, et en bail classique d'autre part. Le caractère pérenne n'était de ce fait qu'apparent.

Ces éléments expliquent qu'il ait été nécessaire d'étudier le partenariat dans le cadre de la coopération organique, avec création d'une nouvelle personne juridique. Les différentes possibilités devaient être examinées successivement :

- Le groupement de coopération sanitaire ne peut être constitué qu'entre des établissements qui ne remplissent pas les conditions pour constituer entre eux un syndicat interhospitalier (art. L 6133-1 CSP). Or, depuis la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle, un syndicat interhospitalier peut être créé par les établissements publics de santé entre eux, ou par un établissement public de santé et un établissement PSPH. En l'occurrence, le CHSC et le CRH peuvent créer un SIH. L'hypothèse d'un GCS doit donc être écartée.
- L'association loi 1901 pourrait être mise en place par les deux institutions pour faire fonctionner le bloc. Toutefois, à cet instrument juridique est associée une image de contrôle insuffisante, peu souhaitable en la matière car suspecte aux yeux du juge des Comptes : la coopération ne doit pas porter atteinte au cadre institutionnel et budgétaire de l'établissement de santé.
- Le SIH est juridiquement possible. Selon les termes de l'avis du Conseil d'Etat précité, « il constitue le mode privilégié de coopération institutionnelle au sein du service public hospitalier ». Néanmoins, une telle structure présente l'inconvénient de reconstituer une nouvelle personne de droit public, d'un fonctionnement relativement lourd (Conseil d'Administration, code des marchés publics, comptabilité publique, séparation de l'ordonnateur et du comptable,...) et suppose une intention de coopération très approfondie entre les parties.
- Le GIP est également envisageable. Mais, personne morale de droit public (avis CE précité), les mêmes remarques que pour le SIH s'imposent.
- Le GIE sera finalement retenu. Sa création entre un EPS et un établissement PSPH est possible (avis CE précité). Personne morale de droit privé, sa mise en place est simple : il est créé par un contrat constitutif enregistré au greffe du Tribunal de Commerce. Il obéit aux règles comptables de droit privé. Il se caractérise par la solidarité financière de ses membres sur les dettes du groupement, ce qui peut constituer un handicap pour son adoption comme modalité de coopération. Mais cette solidarité ne représente pas un inconvénient majeur au regard de sa composition dans le cas d'espèce : créé entre un EPS et un établissement PSPH, il ne risque pas l'insolvabilité. Pour lier les deux structures au GIE de façon pérenne, le bail emphytéotique précédemment évoqué paraît être la meilleure solution : un bail emphytéotique administratif entre le CHSC et le GIE, et un bail emphytéotique de droit commun entre le CRH et le

GIE. Cette fois, le risque de contentieux est moindre car le GIE devient le cadre du financement et de la gestion des matériels et des équipements, les deux établissements étant membres à part égale de son organe directeur. Par ailleurs, le bail emphytéotique administratif ne pouvant être conclu avec une personne publique (art. 13-2 de la loi du 5 janvier 1988), l'intérêt du GIE est renforcé par rapport aux choix possibles du SIH et du GIP, tous deux personnes publiques.

Le cadre juridique de la coopération sur le laboratoire unique de biologie.

A nouveau, pour abriter la création d'un laboratoire unique d'analyses, tous les moyens de droit disponibles ont été étudiés afin de déterminer le plus approprié :

- La convention, supposant le maintien des deux laboratoires et des échanges de prestations avec redevances, ne correspond pas au but recherché par les deux établissements.
- Le GCS ne peut être retenu en raison de la qualité juridique des deux parties.
- Le GIE et le GIP ne sont pas des formes juridiques permettant d'exploiter un laboratoire d'analyses médicales. Ces formes juridiques sont en effet précisément énoncées par le CSP : un organisme relevant d'une commune ou d'un établissement public est prévu.
- Le SIH, établissement public, peut en revanche gérer un laboratoire d'analyses. Ce sera la solution retenue. Les deux établissements ne souhaitant pas modifier les statuts actuels de leurs agents, le SIH ne sera pas employeur. Les personnels tant médicaux que non médicaux seront seulement mis à disposition de la future structure pour assurer le fonctionnement quotidien. Une convention, passée entre les deux établissements et le SIH, indiquera le mode d'organisation selon lequel les personnels cohabiteront au sein du SIH pour effectuer les analyses confiées à celui-ci. Les résultats de ces analyses seront rendus à l'établissement les ayant sollicités, ce dernier conservant seul des liens directs avec les patients. Enfin, le SIH facturera les analyses réalisées à chacune des deux institutions. Se pose à cet égard un problème délicat d'appel à concurrence pour le CHSC, soumis au Code des Marchés Publics et qui confiera ses analyses biologiques à un SIH, établissement public. Ici, la jurisprudence administrative rencontre le droit communautaire, conjonction qui rend la matière nouvelle, donc mouvante et incertaine.

Les questions de droit qui fixent le cadre de la coopération envisagée par les deux établissements de Saint-Cloud sont complexes. Elles requièrent un examen attentif, comme le montre le résumé rapide de la démarche suivie présenté ci-dessus. Problème classique en matière de coopération hospitalière, « tout est affaire du cas d'espèce », comme le relève H. Tanguy. « Le choix d'une structure dépend avant tout de l'analyse précise de l'objet de la coopération ainsi que du statut juridique des partenaires. Ces deux déterminants conditionnent le choix de la structure organique de coopération la plus appropriée »¹⁰.

Les solutions retenues par les établissements de Saint-Cloud respectent autant que possible ces conditions et l'état du droit contemporain de leur élaboration. Leur nombre et leur diversité ne permettent cependant pas d'écarter tout risque d'une certaine lourdeur de la gestion administrative induite. La multiplicité et la complexité des structures juridiques offrent d'autre part autant d'opportunités aux détracteurs du projet pour retarder le processus. Car tout projet de coopération se heurte traditionnellement aussi aux réticences d'une partie des acteurs concernés.

4. La confrontation des logiques d'acteurs.

Parmi les obstacles inhérents au principe même de coopération, la contradiction des logiques d'acteurs est probablement le plus difficile à surmonter. Loin de la rationalité du raisonnement juridique, elle revêt une dimension affective certaine, dont la maîtrise n'obéit pas à quelque recette miracle de management mais à un travail de compréhension, de communication et de volonté qui s'inscrit dans le long terme.

Les restructurations engagent trois logiques. La logique institutionnelle en incarne les objectifs. Elle tend à la rationalisation de l'offre de soins, poursuivant un équilibre entre qualité et maîtrise des dépenses de santé. La logique organisationnelle est fondée sur une rationalité propre de l'organisation qui tend à se perpétuer, indépendamment de son objectif. En l'espèce, elle est celle des établissements qui, menacés par la rationalité de la logique institutionnelle, acceptent de coopérer pour assurer leur survie. Enfin, la logique professionnelle est celle des corps médical, soignant et technique, celle des personnels qui produisent le service objet de l'organisation.

Cette présentation, qui emprunte au cadre d'analyse des théories économiques, est volontairement caricaturale : si le présent développement force les traits, c'est qu'il s'agit ici

¹⁰ H. Tanguy, « L'actualité de la coopération hospitalière en matière de soins », *Gestions Hospitalières*, n°392, janv. 2000, p. 50-52.

d'isoler les processus à l'œuvre afin d'éclairer les interactions à l'origine des difficultés les plus courantes des restructurations : l'incompréhension mutuelle des acteurs, l'incommunicabilité des logiques entre elles.

On pourrait penser qu'à chaque niveau de logique de l'intervention (institutionnel, organisationnel, professionnel), les attentes et les représentations sont homogènes, et que les principales contradictions vont se révéler entre ces niveaux. Cette analyse alimenterait « l'idéologie de la résistance au changement qu'opposeraient les acteurs de terrain au dessein rationnel du réformateur »¹¹. Or, la réalité est évidemment plus complexe : il est possible que « le sens que chaque acteur donne à la notion de restructuration dépende, certes, de son niveau d'action, mais aussi de sa fonction, voire d'autres paramètres liés à la nature polymorphe des enjeux. Des alliances sont ainsi possibles entre des acteurs intervenant aux différents niveaux. Symétriquement, des oppositions peuvent émerger entre acteurs de même niveau »¹².

L'affrontement des logiques institutionnelle et organisationnelle n'est donc pas inéluctable : tel établissement va par exemple s'appuyer sur l'injonction de la tutelle pour initier une réorganisation souhaitée préalablement. De même, la réaction des professionnels au changement n'est pas systématiquement négative. Néanmoins, pour comprendre les difficultés que rencontre tout processus de restructuration, la distinction opérée ci-dessus semble éclairante.

Le Rapport d'Orientation Stratégique établi par l'ARHIF en vue de préparer le SROS 1999-2004 souligne ainsi que la diminution des capacités excédentaires en Ile-de-France est freinée par le comportement des institutions : « la principale difficulté tient à la stratégie des acteurs qui, même lorsqu'ils sont situés dans les zones saturées du centre de la région, se placent tous dans une logique d'accroissement de leur activité ».

Quant à l'adhésion des professionnels lors d'une opération de restructuration hospitalière, elle apparaît tout aussi indispensable que difficile à obtenir. La teneur des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire en témoigne : « Pour l'avenir de la coopération, tout dépendra finalement des hommes, des équipes en place, des

¹¹ Ph. Mossé, N. Gervasoni et M. Kerleau, « Les restructurations hospitalières ; acteurs, enjeux et stratégies ». Paris. Convention MiRe n°6 / 99. Sept. 1999.

¹² Id.

directions »¹³. « Une coopération entièrement imposée de l'extérieur, contre la volonté des acteurs, ne marchera pas : il faut remporter une adhésion minimale »¹⁴. « Le résultat dépend essentiellement des hommes et des femmes concernés par le projet »¹⁵.

Et pourtant, à l'occasion d'une opération de restructuration, la réticence, au moins initiale, des personnels est la plupart du temps bien réelle. Elle est générée par de multiples facteurs qu'il faut tenter d'explicitier :

- L'hypothèse sous-jacente à la résistance au projet est souvent que l'absence de restructuration ne changera rien, que la situation actuelle peut perdurer indéfiniment, que tout ce changement est au fond inutile, voire illégitime.
- Les restructurations sont aussi perçues comme n'obéissant qu'à une stricte motivation économique : la logique financière s'impose, au détriment de l'intérêt des patients, de leur bien-être, et de la qualité des soins.
- Surtout, tout changement important est par nature vécu comme une remise en cause du travail accompli jusqu'alors. Le système de justification des activités édifié au cours de nombreuses années s'en trouve inévitablement ébranlé, de même que l'attachement des personnels (notamment soignants) à leur institution. Toute cette sédimentation qui constitue la culture d'entreprise se voit bouleversée par une logique économique qui en méconnaît les aspects humains, affectifs.
- La difficulté pour les personnels concernés par la restructuration est enfin d'en percevoir clairement les objectifs et les limites : accepter sans réticence le changement, c'est à la fois reconnaître implicitement que ce changement était justifié, et simultanément ouvrir la porte à des changements supplémentaires ultérieurs. L'inconnu investit alors le champ d'un quotidien balisé, engendrant un sentiment d'insécurité. Ce sentiment peut se nourrir, en outre, d'interrogations, voire de soupçons, sur les motivations profondes et ultimes de la restructuration engagée. Ses effets, parfois inconscients, se font inmanquablement sentir : méfiance vis-à-vis de la direction ou des initiateurs du rapprochement, crainte plus ou moins formulée que le processus aboutisse à l'absorption de l'une des structures par l'autre, que « le gros dévore le petit ».

¹³ Entretien avec le Dr Tenaillon, chef du service de réanimation, Centre Hospitalier d'Evry-Corbeil. Août 2000.

¹⁴ Entretien avec M. J. Métais, directeur de l'ARH Poitou-Charentes. Août 2000.

¹⁵ Entretien avec le Dr Vigé, président de la CME du CHSC. Août 2000.

Ces considérations se trouvent exacerbées par les rivalités et les logiques de territoire, très présentes et agissantes, qui caractérisent le corps médical. La coopération touche en effet au jeu subtil de la répartition des pouvoirs au sein de l'organisation, sensible entre toutes. Impliquant une redéfinition des zones d'influence, entraînant un possible questionnement des chefferies de service ou des compétences revendiquées, le rapprochement fait irruption, et bouscule éventuellement des plans de carrière mûrement réfléchis et patiemment poursuivis.

La coopération dans les domaines médicaux oblige ainsi à une réorganisation interne à chaque établissement : il faut pouvoir se conformer aux conséquences organisationnelles des nouveaux modes de fonctionnement mis en place, et en même temps se présenter en bon ordre au moment des négociations.

Cette remise en cause des positions acquises, cette transformation de l'organisation antérieure, s'accompagnent d'une perte d'autonomie et d'indépendance de l'institution. En s'engageant dans la coopération, les établissements et leur personnel médical vont devoir admettre qu'une autre structure acquière un droit de regard sur certaines de leurs activités, et de ce fait accepter de lui confier une part de pouvoir sur eux-mêmes. Emergence d'une forme de domaine partagé, la collaboration entraîne finalement l'accomplissement nécessaire d'un travail de deuil des activités remaniées ou modifiées par le rapprochement, un deuil de l'ordre ancien.

C / LES DIFFICULTES SPECIFIQUES A LA SITUATION DES ETABLISSEMENTS DE SAINT-CLOUD.

Si le projet de coopération des établissements de Saint-Cloud se trouve confronté à des difficultés inhérentes au principe même de coopération, il rencontre également des obstacles propres au contexte particulier de la situation.

1. Des établissements différents et deux approches de la coopération.

La réussite d'un projet de coopération repose sur une volonté partagée des partenaires engagés dans le processus. En effet, une coopération ne se décrète pas, elle ne saurait être totalement imposée à des institutions qui y seraient entièrement opposées, sauf à risquer l'échec ou bien encore un simple accord de façade, sans réel contenu ou aspect opérationnel. Une adhésion minimale est ainsi indispensable. Celle-ci dépendra de la

capacité des établissements de s'approprier les objectifs de la collaboration envisagée, et de la possibilité pour chacun d'y trouver son intérêt.

Si aujourd'hui, les deux établissements semblent assez largement convaincus du bien-fondé de leur coopération, il est probable qu'à l'origine, la situation ait pu souffrir d'un certain déséquilibre entre les deux partenaires, d'une appréciation différente quant à l'intérêt du projet.

En premier lieu, il est nécessaire de remarquer que le rapprochement envisagé ne concerne pas deux structures remplissant les mêmes fonctions et justifiant d'un positionnement équivalent ou complémentaire dans le paysage sanitaire francilien. Ce projet entend développer en réalité une coopération entre un hôpital général de proximité et un des vingt centres français de lutte contre le cancer. Il ne s'agit évidemment pas ici de porter un quelconque jugement de valeur sur chacune des deux structures ; néanmoins, il est important de comprendre les positionnements respectifs des deux établissements au démarrage du projet pour tenter d'appréhender quelques unes des difficultés initiales rencontrées.

Au moment où le processus est lancé, il est probable que le CRH ait estimé qu'il bénéficiait, à l'instar de tout CLCC, d'un prestige et d'un rayonnement liés à son haut degré de spécialisation et aux recherches qu'il entreprend en vue de vaincre la maladie cancéreuse. C'est sans doute pourquoi, en règle générale, les CLCC français sont engagés dans un partenariat avec les CHU, par nature centres d'excellence et de recherche en matière médicale. Il est ainsi possible, et peut-être légitime, que le CRH ait éprouvé une certaine réticence à l'idée de développer une collaboration avec un centre hospitalier ne présentant pas de semblables ambitions.

Un tel positionnement originel expliquerait à la fois le peu d'antériorité de la coopération entre les deux établissements, hormis quelques accords sur la radiologie, et la propension du CRH à se tourner vers le Centre Médico-Chirurgical Foch de Suresnes, établissement PSPH qui compte parmi les plus importants hôpitaux de la région parisienne. Cette propension est ainsi nettement attestée par les termes du projet d'établissement du CRH, avant le rejet de ce projet par la tutelle en 1996.

Réticence à l'idée de développer un partenariat avec un hôpital de proximité, quasi absence d'antériorité de la collaboration, attirance envers un établissement de plus grande renommée : trois facteurs qui expliquent quelques unes des difficultés initiales du projet. Ce

constat ne constitue en rien une stigmatisation de l'attitude du CRH, car toute organisation « pense » naturellement son avenir à partir de l'analyse de sa situation présente et de l'image qu'elle a d'elle-même.

Surtout, il paraît indispensable de relativiser l'importance de ces obstacles, car le rapprochement avec le CHSC va simultanément bénéficier de ce déséquilibre ressenti des positions : le CRH ne craint pas en effet, en s'engageant dans le processus, le risque d'une cannibalisation par la structure voisine, alors que ce risque existe à l'évidence lorsqu'il s'agit d'un partenariat entre un CLCC et un CHU puissant.

Sans en exagérer l'importance, ce déséquilibre des positionnements initiaux a donc pu gêner l'appropriation de l'idée de coopération par l'un des deux établissements. Mais il est un autre déséquilibre qui va entraver le démarrage du processus et influencer les volontés respectives de faire progresser la collaboration.

En 1996, lorsque la tutelle rejette les projets d'établissement et incite au rapprochement des deux structures, la réaction des établissements à cette proposition-injonction apparaît bien différente.

La direction de l'hôpital voit dans cette évolution souhaitée par la tutelle un moyen d'assurer l'avenir du centre hospitalier, de garantir le maintien de la chirurgie sur le site. Mise en avant par le directeur, cette logique de survie va amener les équipes médicales et soignantes, de même que les syndicats, à accepter somme toute assez facilement le principe de la coopération avec René Huguenin. Seules quelques individualités exprimeront leur désaccord. La communication engagée autour d'un raisonnement en trois temps portera ses fruits : un contexte dense et concurrentiel est la cause d'une relative fragilité du CHSC, à laquelle le développement d'une coopération avec le CRH peut remédier. Pour le Centre Hospitalier, la coopération, de possible, devient souhaitable.

Le personnel du Centre René Huguenin ne partage sans doute pas, à cette époque, la même interprétation des demandes formulées par la tutelle. Les équipes médicales du CLCC pensent, à tort ou à raison, que le Centre n'est pas menacé, qu'il est assuré de son recrutement. Elles sont par ailleurs persuadées que dans le contexte français et alors que la cancérologie est une priorité de Santé Publique, un centre anti-cancéreux ne peut pas fermer. N'étant pas dans une logique de survie, les personnels ne voient pas l'intérêt de la collaboration pour leur structure. De plus, l'enjeu de la complémentarité médicale paraît peu évident en termes d'amélioration des prises en charge (voir infra). Quant aux économies

permises par le rapprochement, elles sont difficilement quantifiables. Les sceptiques disposent en outre de l'argument imparable que constituent les dépenses inévitables engagées lors des phases préliminaires de ce type de projet (audits, expertises, travaux,...). Enjeu de survie, économies d'échelle, intérêts en termes de Santé Publique : pour les détracteurs du projet, aucun des trois facteurs justifiant ou favorisant l'adhésion à une restructuration n'est opérant.

Cette divergence d'interprétation, à l'origine du projet, va se traduire par une situation déséquilibrée : au risque de caricaturer des phénomènes par nature complexes et relatifs, on pourrait avancer que l'hôpital va se trouver en position de demandeur, moteur d'une coopération qui l'intéresse, tandis que le CRH se sentira pour sa part contraint, obligé à un rapprochement imposé par l'extérieur. Ces positions initiales vont naturellement évoluer, l'ensemble du personnel du CRH semblant aujourd'hui adhérer progressivement à l'idée d'une coopération nécessaire et bénéfique. Mais simultanément, elles continueront à imprégner de façon diffuse le déroulement des négociations, et dans une certaine mesure le travail du comité de pilotage.

En quelque sorte, cette coopération entend réunir deux partenaires qui ne partagent pas, au démarrage du processus, la même vision du futur : en effet, lorsque l'avenir semble menaçant, le rapprochement paraît protecteur, porteur d'espoir et riche de potentialités. Réciproquement, lorsque l'avenir d'un établissement apparaît garanti, la restructuration est ressentie comme une remise en cause inutile, une menace illégitime.

Le rythme du processus de coopération et la rapidité du rapprochement seront inévitablement affectés par ces approches différentes. Les responsables en charge de la restructuration devront en tenir compte dans la conduite des opérations menant au partenariat. Mais, pour réussir, le projet aura également à surmonter le choc des cultures.

2. Des cultures spécifiques et des établissements peu complémentaires.

La coopération envisagée à Saint-Cloud possède, nous l'avons vu, des atouts indéniables. Au nombre de ceux-ci figure l'absence de rivalité médicale directe entre les deux structures : les établissements ne sont pas en situation de concurrence frontale quant à leur positionnement en matière d'offre de soins. Mais si ces établissements ne sont pas concurrents, ils ne sont pas non plus complémentaires.

En effet, d'après J.M.Clément, « la complémentarité suppose que les établissements, situés dans une aire géographique commune, présentent des activités différentes et non concurrentielles. Différentes, tout en permettant un continuum des activités, car l'obstétrique d'un côté et la neurologie de l'autre sont des activités différentes mais non complémentaires...La complémentarité ne se décrète pas, elle est le fruit d'une réflexion stratégique entre les décideurs qui doivent y trouver leurs comptes respectifs »¹⁶. Un hôpital général d'un côté, un centre de lutte contre le cancer de l'autre : pas de complémentarité évidente. De plus, l'un des principes de base fixé au début de la coopération est que les spécificités de chaque établissement doivent être respectées.

Conscients de l'absence de complémentarité médicale entre les deux établissements, les décideurs se dirigent vers une mise en commun de moyens : le regroupement d'unités qui peuvent être assimilées à des prestataires (laboratoire, bloc opératoire) pour les services cliniques, ne pose pas le problème de la complémentarité médicale des deux institutions.

Concrètement, il s'agit donc de réunir des activités du plateau technique. Cette fois, la culture différente des deux structures va représenter un obstacle pour la mise en place effective du bloc commun, pour la définition de son fonctionnement quotidien, et pour les discussions entre professionnels qui constituent le préalable à l'élaboration des compromis nécessaires. Cette différence de culture est liée à un fonctionnement médical propre à chacun des hôpitaux : le CRH présente une activité opératoire presque exclusivement programmée ; il n'a pas de service des Urgences. En conséquence, l'importance des gardes et astreintes médicales est très limitée, n'influençant que de façon marginale l'organisation et le fonctionnement du Centre. La gestion du bloc opératoire est conforme à ces caractéristiques : l'activité y est extrêmement réduite la nuit et le week-end. En résumé, et par vocation, le CRH n'a pas une véritable culture de l'urgence.

Inversement, le CHSC assume une activité opératoire comportant près de 40% d'interventions en urgence, immédiates ou différées. Il dispose naturellement d'un service d'Urgences, accessible en permanence, assurant comme il se doit la continuité du service public. Le fonctionnement médical du Centre Hospitalier répond obligatoirement à ces exigences : le bloc opératoire y est ouvert 24 heures sur 24, et comporte une salle dédiée aux urgences vitales ; les gardes et astreintes médicales (notamment chirurgicale, anesthésique) et paramédicales (infirmière de bloc, infirmière anesthésiste, technicien de

¹⁶ J.M. Clément, « Réflexions pour l'hôpital », Paris, Les Etudes Hospitalières, 1998.

laboratoire, manipulateur de radiologie), la présence de personnels sur place, doivent être organisés de jour comme de nuit, 365 jours par an.

Le projet de réunion des plateaux techniques doit de ce fait surmonter la difficulté de faire travailler ensemble, dans des locaux communs, des équipes aux cultures différentes, aux habitudes professionnelles spécifiques ; plus précisément, le personnel du CRH n'apparaît pas facilement disposé à partager cette culture de l'urgence, et surtout les nombreuses contraintes qui y sont associées. S'il n'est pas insurmontable, cet obstacle illustre toutefois la nécessité pour le projet de coopération d'aménager des espaces de concertation permettant à la fois l'expression des intérêts respectifs, et simultanément l'émergence de valeurs communes, vecteurs d'une future culture partagée. De tels processus passent par la construction de compromis partiels. Ils réclament du temps, de l'énergie et de la volonté.

A ce sujet, si nous avons vu que l'absence de complémentarité médicale ne constituait pas un argument dirimant pour la mise en commun de moyens, elle ne constitue pas non plus une incitation. En première analyse, l'examen des activités médicales et du recrutement de patients des deux établissements laisse entrevoir peu de possibilités de synergies approfondies ou de complémentarités en matière d'offre de soins. Certes, cela n'est pas indispensable au projet, mais ces possibilités, si elles existaient, pourraient représenter un objectif motivant pour les différents protagonistes. Au-delà d'une gestion plus efficiente de matériels coûteux et performants, une véritable amélioration des prises en charge, la définition d'un projet médical convergent et consistant au service et au bénéfice de l'utilisateur, pourraient utilement fédérer l'ensemble des participants. A titre d'illustration, une directrice d'hôpital en charge d'une fusion expliquait récemment, en termes imagés, la façon de débloquer une situation figée : « grattez sous le syndicaliste, vous trouverez le soignant ! »¹⁷.

*

* *

Comme tout projet de coopération, le rapprochement des établissements de Saint-Cloud, s'il s'appuie sur des conditions favorables, rencontre des difficultés inhérentes au principe même de coopération, et des obstacles spécifiques à la situation. Rassemblés, ils constituent le défi que doivent relever les responsables chargés d'assurer le succès du partenariat envisagé.

¹⁷ Intervention de Mme Lacroix, directrice du CHI Meulan-les-Mureaux devant les élèves directeurs d'hôpital. ENSP mars 2000.

3ème PARTIE : LES CONDITIONS DE LA REUSSITE

Pour mener un projet de coopération à son terme et surmonter les difficultés rencontrées lors du processus de mise en œuvre, ses responsables sont appelés à vérifier nécessairement et continuellement certaines conditions. Ce mémoire a pour ambition de tenter de décrire quelques unes de ces conditions, d'en tracer les contours, d'identifier les risques et les opportunités qui accompagnent le pilotage du projet, à la lumière des enseignements tirés de l'expérience des établissements de Saint-Cloud.

La première des conditions à remplir est la définition par les décideurs d'une stratégie coordonnée de rapprochement, avant le début effectif des travaux des différents comités et groupes techniques.

De cet accord sur la stratégie dépendra le déroulement de la conduite du changement, dont l'objectif est de parvenir à la mise en place concrète de la coopération.

A chaque étape, et une fois l'objectif atteint, il faudra s'assurer d'une forme d'adhésion des équipes, de l'appropriation du projet par les personnels concernés.

Points communs de tous ces développements, le temps et sa gestion jouent ici un rôle sous-jacent et primordial.

A / LA STRATEGIE DES RESPONSABLES.

1. Une coordination indispensable pour parvenir à un accord précis et durable.

En amont du processus, avant la mise en place du comité de pilotage proprement dit et le début des travaux des groupes techniques, un temps suffisant doit être consacré aux négociations entre les deux directions chargées de porter le projet. Il doit permettre de parvenir à un accord précis et solide sur la stratégie, voire la tactique, du rapprochement.

Concrètement, avant de s'interroger sur les modalités de la coopération et les structures juridiques susceptibles de l'accueillir, il s'agit pour les deux directions de dégager

un profond consensus non seulement sur les objectifs du rapprochement, mais aussi sur la façon dont les décisions vont être prises, sur la manière de conduire les opérations, sur les règles à respecter tout au long du processus, sur les procédures de révision de ces règles ou accords initiaux.

D'apparence simple, voire évident, ce raisonnement traduit en réalité une véritable difficulté, une des conditions premières de la réussite d'un projet qui va ensuite se mettre en place progressivement, pendant plusieurs années. De façon schématique, on pourrait énoncer que pour gagner du temps plus tard, il faut savoir en prendre suffisamment au départ. A ce stade initial, des accords superficiels, obtenus rapidement en laissant des problèmes en suspens, censés être réglés « en marchant », vont se révéler à l'usage peu robustes, sources de dysfonctionnements des organes de décision ou des espaces de concertation. Ils vont entraîner des retours en arrière, des piétinements et des errements dans la conduite du rapprochement. Toutes ces imprécisions seront autant d'opportunités offertes aux détracteurs du projet de s'engouffrer dans les failles ainsi ouvertes, de dénoncer les contradictions des directions entre elles, de s'opposer, avec raison, à l'avancée des travaux.

Or, c'est précisément à cet instant initial, au tout début de la collaboration, que la difficulté est maximale pour parvenir à un compromis solide. La coopération n'a en effet généralement que peu d'antécédent, les équipes de direction se connaissent mal, la méfiance est potentiellement importante, l'un des deux partenaires peut être nettement réticent à l'idée d'un rapprochement éventuellement imposé par l'extérieur. A ces difficultés s'ajoute le plus souvent la pression du temps : le calendrier est en général serré. L'impression que tout délai retarde d'autant le démarrage du processus incite à la mise en place rapide des groupes de travail de professionnels ; surtout la mauvaise volonté, réelle ou supposée, de l'un des protagonistes fait craindre des discussions prolongées et improductives.

Ce malaise inévitable, nourri de préventions à l'égard de l'autre, est pourtant aussi le moment qu'il faut savoir faire durer, jusqu'à l'émergence d'accords précis et durables, témoins d'une confiance naissante. Très délicate à réussir, défi d'une coopération en gestation, cette émergence apparaît nécessaire, voire indispensable. Si les deux directions entendent en effet amener leurs équipes à coopérer, il faut qu'elles commencent par démontrer leur propre capacité de travailler ensemble.

Ce compromis solide des directions devrait porter sur une stratégie précise poursuivie en commun, en vue de réaliser les objectifs définis au début des négociations. A cet égard, et paradoxalement, il est sans doute plus important de se mettre d'accord sur la méthode du rapprochement que sur ses objectifs. Car, dans certains cas, la réussite d'un projet peut reposer sur le flou de son contenu ; mais pas sur la défiance de ses initiateurs.

L'accord des deux directions sur la méthode pourrait être formalisé par la signature d'une charte de fonctionnement du comité de pilotage. Toutefois, au-delà de son existence, ce sont les discussions nécessaires à son élaboration qui constitueraient le véritable enjeu, reflets de l'instauration d'une forme de confiance entre les deux équipes dirigeantes. En son absence, les effets d'apprentissage, observés dans toute coopération, pourront se produire pour y remédier. Mais ce sera là l'affaire de plusieurs mois, voire d'années.

Dans l'exemple de Saint-Cloud, le rapprochement des établissements a suivi les principes classiques de la conduite de projet : création d'un comité de pilotage et mise en place de groupes techniques. Les positions respectives de chaque établissement, à l'origine de la coopération, ont rendu très difficile l'émergence d'un accord initial solide. Le fonctionnement du comité de pilotage va s'en trouver affecté.

2. Le rôle du comité de pilotage.

Dans le cas général, le rôle théorique du comité de pilotage est double :

- Cadre du processus de rapprochement, le comité de pilotage en incarne la continuité et la permanence. Il constitue l'espace où s'exprime la volonté commune des deux établissements. Rappelant les orientations générales du projet, il énonce et fait respecter les règles, arbitre les principaux choix.
- Il assume simultanément un rôle important d'impulsion, qui consiste à initier et à guider les différents groupes techniques et commissions appelés à travailler sur chacun des aspects concrets de la collaboration.

Si un accord véritable sur une stratégie coordonnée a pu être trouvé, l'action du comité de pilotage sera beaucoup plus efficace. Ainsi, pour établir un bilan de l'existant et fournir des éléments de base aux négociations sur l'étendue et les modalités de la coopération, le recours à des cabinets d'experts, à des audits externes, s'avère souvent utile. L'appel à ces conseils extérieurs doit être décidé de façon coordonnée par les deux directions via le comité de pilotage, leur mission définie précisément. De même, la création des groupes techniques nécessite la plus grande attention. Ils sont composés de

professionnels de chaque établissement et sont chargés d'étudier les problèmes pratiques posés par la mutualisation des moyens ou le fonctionnement des services communs envisagés. Leur mise en place doit être là encore réalisée de façon coordonnée par le comité de pilotage : avant de laisser les personnels se concerter librement et négocier leurs propres accords dans le cadre des groupes techniques, le rôle du comité de pilotage est de définir précisément les objectifs du groupe et de fournir des conseils méthodologiques. Il s'agit notamment de faire remarquer aux acteurs concernés que même si la « commande » est urgente, les membres du groupe doivent eux aussi commencer par se mettre d'accord sur la façon dont ils vont travailler ensemble, s'approprier les objectifs, établir la fréquence et les modalités de leurs rencontres, élaborer leur propre processus de décision.

Si l'on revient au cas de Saint-cloud, le manque de définition précise de la stratégie de coopération, en amont, a entraîné jusqu'à récemment un fonctionnement défectueux du comité de pilotage.

L'examen de son fonctionnement révèle en premier lieu le caractère fluctuant de sa composition et une certaine imprécision de son champ de compétences. L'accord cadre signé le 11 février 1998 prévoyait que le comité de pilotage comprît, en vue de la préparation des contrats d'objectifs et de moyens, trois représentants de chaque établissement, des personnalités de l'ARH et deux représentants élus du personnel par établissement. Une fois ces contrats signés, sa composition a été modifiée en juillet 1999 pour être fixée désormais à un représentant de l'ARH, quatre représentants de chaque établissement (les directions administratives et médicales) et deux représentants syndicaux par établissement. En réalité, il semble que la composition du comité de pilotage dépende en partie de l'ordre du jour de chaque séance, des questions abordées et ne soit pas exempte d'un certain entrisme. Plus généralement, l'assistance aux réunions paraît évoluer au gré des circonstances, des disponibilités de chacun, contribuant à renforcer l'image d'un comité de pilotage à géométrie variable.

Le déroulement des réunions peut être le reflet de ces caractéristiques : ainsi, il arrive parfois que l'organe de pilotage devienne une sorte d'assemblée générale, où sont débattues des questions qui ne devraient pas être évoquées devant lui, ou qui devraient avoir fait l'objet d'une résolution préalable. Il peut aussi, de temps en temps, se transformer en lieu de négociations ouvertes entre les deux parties, conséquence directe de l'absence d'accord initial en même temps qu'illustration des phénomènes d'apprentissage qui accompagnent tout processus de rapprochement.

Le comité de pilotage souffre ensuite d'un déficit dans le suivi des décisions arrêtées. En témoignent les difficultés rencontrées par la mise en place du groupe technique chargé des systèmes d'information. La démarche commune sur les systèmes d'information (notamment pour l'informatisation du dossier patient) est prévue par les COM signés par chacun des établissements. La compatibilité de ces systèmes apparaît en effet indispensable pour assurer le bon fonctionnement des services communs et permettre les échanges d'informations nécessaires entre les deux établissements (téléphonie, approvisionnements en matériels et en médicaments, informations médicales, résultats d'analyses biologiques, statistiques d'activités,...). De surcroît, l'enjeu du rapprochement de ces systèmes d'information présente une dimension stratégique. On sait par exemple que la moitié des échecs de fusions dans le secteur industriel est attribuée à une impossibilité in fine de rendre compatibles des systèmes informatiques propres à chacune des entreprises concernées.

Or, si la création du groupe technique informatique a été évoquée ou demandée par le comité de pilotage à plusieurs reprises depuis 1999, ce groupe technique n'a finalement vu le jour qu'au mois de septembre 2000. Pour expliquer ce délai, les informaticiens invoquent l'attente d'un ordre précis de leur hiérarchie pour le démarrage effectif des travaux sur les systèmes d'information.

Le comité de pilotage éprouve enfin des difficultés à contrôler le travail des différents groupes techniques. La mise en place de ces derniers et les ordres de mission qui leur sont attribués sont trop souvent flous et imprécis. L'absence de définition précise et coordonnée de la stratégie globale de rapprochement engendre ainsi la création de groupes techniques à tâches non régulées : le comportement des acteurs au sein de ces groupes revêt un caractère aléatoire. La maîtrise de leur production finale par le comité de pilotage devient impossible, car le risque pour le processus de coopération est alors que ces groupes de travail, en quelque sorte « lâchés dans la nature », adoptent, sans possibilité de contrôle par le comité de pilotage, l'un des quatre comportements qui caractérisent les groupes à tâches non régulées :

- l'entente tacite pour faire échouer le projet : les personnalités qui composent le groupe technique utilisent la liberté octroyée par l'imprécision des objectifs assignés pour produire un constat d'inexistence de coopération envisageable dans leur domaine ;
- une situation de conflit ou de blocage : la trop grande imprécision des objectifs conduit cette fois au constat d'une impossibilité de coopérer entre des acteurs qui ne sont d'accord sur rien ;

- l'échec par démission : le groupe technique, du fait du flou de son ordre de mission, ne parvient à aucun résultat, par passivité ou par défaut d'implication en réunion ;
- l'entente pour réussir : le hasard rassemble dans le même groupe des personnalités convaincues du bien-fondé du projet qui déterminent les modalités d'une coopération réussie.

Cette dernière possibilité représente le cas de figure idéal, qui va permettre à la collaboration de progresser. Elle dépendra toutefois de conditions imprévisibles, de la présence dans le même groupe de personnes ayant intérêt à voir la coopération s'instaurer entre les deux établissements hospitaliers.

Le procès-verbal du conseil d'administration du 12 mai 1998 se fait l'écho des difficultés rencontrées par le comité de pilotage dans son action en suggérant qu'il « serait peut-être utile de redonner au groupe de pilotage central une orientation d'impulsion et de décision si les deux directions arrivent à établir une Charte de bon fonctionnement ». Aujourd'hui, la charte de fonctionnement du comité de pilotage n'existe toujours pas.

Ainsi, le défaut de coordination des promoteurs de la coopération au sein du comité de pilotage entraîne des difficultés dans l'évolution du processus de rapprochement. Cependant, il convient de prendre en considération les améliorations qui peuvent être apportées avec le temps au fonctionnement du comité de pilotage ; de plus, quelle que soit la qualité de l'accord initial liant les deux parties, la maîtrise absolue du processus n'est ni possible, ni souhaitable. La concertation avec le personnel des établissements et la consultation des organes représentatifs sont obligatoires ; elles sont aussi nécessaires. Comme tout processus s'appuyant sur des facteurs humains nombreux, la coopération hospitalière n'est pas totalement maîtrisable par ses instigateurs. Le promoteur du rapprochement devra en tenir compte pour déterminer le rythme adéquat de l'opération.

B / LA CONDUITE DU CHANGEMENT.

1. La maîtrise des différentes temporalités.

Ce qui frappe d'emblée l'observateur qui se penche sur les exemples de restructurations hospitalières conduites en France, qu'il s'agisse de fusions, de reconversions, de coopérations, ce sont les difficultés inévitables que rencontre tout promoteur de telles opérations. Ces difficultés sont la conséquence de la multitude des

intérêts en jeu et de la multiplicité des acteurs qui caractérisent le secteur de la santé. Elles trouvent leur traduction dans la durée que réclament ces opérations pour être menées à bien ; durée variable mais toujours importante : plusieurs années pour la plupart, jusqu'à dix ans pour certaines.

De fait, tout responsable qui engage une restructuration hospitalière pressent que le processus sera assurément long. Pour tenter d'appréhender cette question du temps, et donc du rythme à donner à un processus de coopération, il apparaît nécessaire d'analyser les deux conceptions possibles d'une opération de restructuration. Elles ont été mises en évidence par les auteurs du rapport de présentation de la convention MiRe n°6/99¹⁸. Ces deux conceptions sont non seulement différentes, mais aussi globalement opposées. Elles s'ordonnent autour de trois éléments aux contenus spécifiques : les objectifs poursuivis par l'opération, les démarches mises en œuvre et les indicateurs utilisés.

Une première conception des opérations de restructuration est identifiée comme ayant une forte dimension technique. L'objectif associé à cette « conception technique » est un objectif comptable : maîtrise ou réduction des coûts, économies d'échelle. Cette conception s'inscrit dans le cadre d'une démarche descendante, par exemple une injonction ou la volonté d'une autorité appliquée à un système, dont les principes sont gestionnaires et dont les indicateurs sont quantitatifs : nombre de postes économisés, budgets alloués. Les auteurs du rapport précité remarquent que cette conception technique s'apparente à la « rationalité substantielle, caractérisée par la définition stricte d'un objectif et des moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre »¹⁹.

A cette première conception des restructurations s'oppose la « conception politique ». Cette fois, l'objectif de l'opération est d'apporter une réponse de qualité à des besoins de santé identifiés, en structurant l'offre. Sa démarche est caractérisée par un sens ascendant et repose sur l'initiative des acteurs locaux, sur les propositions des professionnels de santé, en vue de mieux répondre aux besoins. Le principe de régulation de cette démarche est donc l'organisation de la négociation et de la concertation entre les acteurs pour formuler des projets. Ses indicateurs sont qualitatifs. Cette « conception politique » des restructurations est proche dans ce cas de la « rationalité procédurale » : le résultat de l'opération n'est pas défini a priori, mais construit pendant le déroulement du processus à

¹⁸ Ph. Mossé, N. Gervasoni et M. Kerleau, « Les restructurations hospitalières ; acteurs, enjeux et stratégies ». Paris. Convention MiRe n°6 / 99. Sept. 1999.

¹⁹ Id.

partir des projets formulés par les divers acteurs locaux, ces projets étant obtenus grâce à des procédures de concertation mises en place.

	Conception technique	Conception politique
Objectifs	Economies budgétaires	Réponse aux besoins
Démarches	Descendante	Ascendante
Indicateurs	Quantitatifs	Qualitatifs

La différenciation des opérations de restructuration suivant l'une ou l'autre des conceptions décrites ci-dessus constitue une modélisation des processus à l'œuvre. Chacun de ces deux modèles va être caractérisé par une temporalité spécifique.

Une temporalité courte et scandée est associée à la conception technique, en adéquation avec la rationalité substantielle dont elle est proche. Le promoteur de l'opération, qu'il soit directeur d'hôpital ou d'agence régionale de l'hospitalisation, va se fixer un calendrier de la restructuration comprenant différents jalons intermédiaires, correspondant aux étapes d'avancement du projet. Sa temporalité est courte en ce sens qu'il a le sentiment que le temps joue contre lui et que l'efficacité de son action se mesure aussi à sa rapidité. La volonté dont il fait preuve pour mener à bien l'opération illustre le caractère descendant de sa démarche. La justification de la restructuration est d'ordre comptable. Les principes appliqués pour la prise de décisions sont gestionnaires.

A cette temporalité courte s'oppose la temporalité longue et ouverte propre à la conception politique. Les étapes de la réalisation de l'opération de restructuration ne sont pas, dans ce cas, déterminées d'avance. Ses objectifs résultent de procédures de négociation organisées entre les acteurs locaux. La démarche est ascendante car les projets sur lesquels l'opération va s'appuyer émanent de ces négociations et sont ensuite examinés par les responsables des structures où ils ont vocation à être mis en œuvre. La temporalité longue correspond au temps nécessaire à l'émergence d'un compromis issu de la concertation des acteurs.

En résumé, à l'espace de la décision caractérisé par des temps courts et finis s'oppose l'espace de la concertation aux temporalités longues et ouvertes.

Le directeur d'hôpital, lorsqu'il est moteur du rapprochement et porteur du projet, va devoir gérer les rapports dialectiques qu'entretiennent ces deux conceptions. Sans doute proche de la conception technique, son action devra tenir compte des temps longs associés aux espaces où s'exprime la rationalité procédurale. La différence est ici marquée entre les deux secteurs (service public et privé à but lucratif) de l'hospitalisation française. Elle illustre en outre les phénomènes à l'œuvre : une fois la décision prise, les rapprochements ou les fusions entre cliniques privées à but lucratif sont toujours beaucoup plus rapides que les opérations similaires conduites dans le secteur public. Au-delà des rigidités et des temps longs administratifs propres au secteur public, cette plus grande célérité s'explique sans doute par la puissance de la rationalité substantielle (logique comptable, intérêts financiers des actionnaires) qui sous-tend l'action dans le secteur privé.

L'articulation des conceptions technique et politique d'une opération de restructuration est au contraire incontournable dans le cas d'un projet de coopération entre établissements du service public hospitalier. Elle va nécessairement en influencer le rythme. Dans l'exemple de Saint-Cloud, si l'objectif de la coopération est proche de la rationalité substantielle (économies d'échelle et de gestion), la rationalité procédurale s'exprime inévitablement à travers le travail des groupes techniques, la recherche de l'adhésion des personnels, l'obtention d'accords avec le corps médical. Le directeur d'hôpital, engagé dans la poursuite des objectifs et la réussite du projet, sera ainsi amené, notamment en situation de blocage, à faire appel aux ressources de la conception politique, dialogue et négociation, pour permettre à l'opération de progresser. Ce faisant, il donnera la parole à la rationalité procédurale, aux temps longs et ouverts.

De ce fait, la mise en place de la coopération des établissements de Saint-Cloud suppose la délicate articulation de deux rationalités coexistantes et dialectiques. Le temps global de la restructuration suivant les critères de la conception technique est jalonné de temps intermédiaires correspondant à des étapes d'avancement du projet : c'est une temporalité courte et scandée. Mais dans l'intervalle séparant deux jalons prend place la rationalité procédurale. Le passage d'une étape à l'autre est lui conditionné par la réalisation de compromis entre les tenants des deux conceptions, plus particulièrement sur les objectifs (économies d'échelle / qualité des soins) et sur les indicateurs (quantitatifs / qualitatifs). D'autre part, puisque la rationalité procédurale est caractérisée par des temps longs, les espaces où elle sera appelée à s'exprimer seront utilisés, consciemment ou inconsciemment, par les adversaires et les détracteurs du projet pour freiner le processus, gagner du temps et entraver ainsi la mise en place de la coopération. Autant d'incertitudes et

de remises en cause possibles. La maîtrise globale du processus par son promoteur s'avère pour ces raisons extrêmement difficile.

2. La problématique du directeur d'hôpital lorsqu'il est moteur du changement.

Le positionnement du directeur d'hôpital confronté à une restructuration touchant son établissement n'obéit pas à une règle unique : il existe des cas où le directeur est lui-même un opposant, un frein au projet. Dans les autres cas, lorsque le directeur est à l'initiative du rapprochement, les difficultés exposées ci-dessus interrogent inévitablement son engagement et son implication. Pour être surmontées, elles lui demanderont à la fois de la conviction et de la persévérance sur les principes et de la souplesse dans sa capacité d'adaptation aux différentes situations ; le tout n'étant pas exclusif d'une certaine habileté dans la conduite des opérations.

Le développement d'une coopération interhospitalière dans le domaine médical apparaît caractérisé par la conjonction de trois éléments spécifiques au projet et au domaine concerné : processus long, il est conditionné par l'action de facteurs humains et prend place dans le secteur de la santé. Cette conjonction va résumer la problématique du directeur d'hôpital lorsqu'il assume la conduite du changement. La multiplicité des acteurs et la complexité de leurs interactions, propres au secteur de la santé, alliées à la durée du processus, vont se traduire par l'apparition inévitable d'événements imprévus, de situations inattendues, de renversement d'alliances et de remises en cause de résultats tenus pour acquis. Ils constitueront autant de mises à l'épreuve de la volonté et des convictions du porteur du projet. Plus généralement, la difficulté d'appréhender le processus de coopération dans son ensemble, d'envisager tous les aspects de la question, de se projeter suffisamment dans l'avenir pour tenter de prévoir tous les problèmes susceptibles d'apparaître, réclame une forte implication du directeur d'hôpital et nécessite continuité et persévérance dans l'action entreprise. Face à l'ampleur de la tâche, un sentiment de solitude éprouvé par le promoteur du projet ne saurait être un garant de la réussite finale. C'est pourquoi la création d'une cellule de réflexion et d'analyses sur le thème de la coopération, composée, autour du directeur, de quelques uns de ses collaborateurs, du président de la CME et/ou de conseils extérieurs pourrait constituer une des réponses à cet ensemble de difficultés. Outre son aspect opérationnel, cette cellule représenterait un gage de continuité dans l'engagement de la structure au projet de collaboration. Car la durée du processus interroge également l'articulation du temps du changement avec le déroulement de la carrière du directeur. Sur ce point, la maxime rituelle du corps médical à l'égard du personnel de direction : « dans un hôpital, les directeurs passent, les médecins restent » peut instiller un doute sur la

profondeur de l'engagement du porteur du projet et de ce fait constituer un handicap pour le processus.

Si la problématique particulière du directeur d'hôpital lors d'une opération de restructuration est la gestion dans le temps de son implication et la continuité de son action, sa problématique générale est de donner du sens à l'opération entreprise : à l'interface des multiples intérêts en jeu, lui-même porteur d'intérêts particuliers, son rôle consiste à travailler à la réduction des contradictions dans l'optique de promouvoir un compromis nécessaire à la coopération. A nouveau, les responsables d'ARH rencontrés dans le cadre de ce mémoire soulignent ensemble l'importance pour une restructuration hospitalière de bénéficier d'un large accord entre élus locaux, médecins, gestionnaires et représentants du personnel.

Or, « l'histoire des restructurations industrielles démontre que l'action publique est d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur un acteur central, capable de faire le lien entre les différents niveaux de l'intervention et entre les différents intérêts en place »²⁰. Cette figure ressemble fortement à celle du médiateur : « acteur qui se définit par sa capacité à créer du global à partir du sectoriel et à même de réguler les relations entre acteurs porteurs de référentiels divergents »²¹. Ce pourrait être le rôle de l'ARH dans la coopération envisagée à Saint-Cloud. De fait, son représentant préside officieusement les séances du comité de pilotage et rappelle, lorsque cela est nécessaire, que la tutelle veillera au respect des engagements pris par les deux établissements dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens. Mais sans doute est-il difficile d'être à la fois moteur du changement (la tutelle est à l'origine de la coopération) et médiateur lors de son déroulement.

De même, si le directeur d'hôpital entend travailler à la réduction des contradictions qui entravent l'émergence de l'accord nécessaire évoqué ci-dessus (élus locaux, médecins, gestionnaires et syndicats), il se trouve alors à la fois dans la position d'un acteur porteur de ses propres intérêts (il fait partie des gestionnaires) et dans celle du médiateur chargé de donner du sens à l'opération, de « créer du global à partir du sectoriel ». Sa problématique générale est au cœur de ce dilemme. L'adhésion au projet des différentes parties prenantes dépend de sa gestion.

²⁰ Convention MiRe n°6 / 99. op. cit.

²¹ Id.

C / L'IMPLICATION DES ACTEURS NE SIGNIFIE PAS LEUR ADHESION.

On a vu que la mise en place d'une coopération entraînait généralement l'expression de réticences des personnels concernés. Pour répondre à ces craintes, la définition d'une politique d'information et de communication est indispensable. Au-delà, les promoteurs de la coopération devront chercher à réunir les conditions d'une adhésion au projet.

1. Une politique de communication fondamentale mais à hauts risques.

Un projet de coopération, parce qu'il remet en cause des méthodes et des modes de fonctionnement jusqu'alors cohérents, parce qu'il bouleverse une culture d'entreprise éventuellement séculaire, provoque inévitablement des interrogations et des inquiétudes de la part du personnel. Il s'accompagne également le plus souvent, parce qu'il touche à la répartition des pouvoirs au sein de l'institution et parce qu'il est par nature vecteur d'incertitudes, de rumeurs et de blocages.

Face à ces réactions, un travail d'explication du processus mis en œuvre, de clarification des objectifs, s'avère indispensable. Il doit être réalisé dans le cadre d'une politique d'information et de communication performante. L'information des personnels est un impératif démocratique. La politique de communication est quant à elle une des conditions de la réussite de la coopération.

Comme le note C. Esper : « L'expérience montre que l'absence d'informations et l'incertitude entraînent des inquiétudes et même une franche hostilité préjudiciables au projet de rapprochement »²². Le Dr Tenaillon, chef du service de réanimation du Centre Hospitalier d'Evry, qui vit actuellement les difficultés d'une fusion avec l'hôpital de Corbeil, confirme dans son entretien que « le devenir d'une coopération dépend fondamentalement de la politique de communication mise en place et de la qualité de diffusion des informations ; toute carence en ce domaine engendre des rumeurs, des craintes, des freins, des blocages ».

La collaboration des établissements de Saint-Cloud a généré elle aussi son lot de rumeurs, d'interrogations et de craintes. Elle a entraîné le même besoin d'information. La séance du conseil d'administration du CHSC en date du 30 juin 1997 en témoigne : « Le comité de pilotage inter établissements sera saisi du souhait d'une réunion commune des

²² C. Esper, « La coopération entre acteurs de santé : le droit est-il à la hauteur de la pratique ? », Conseil d'Etat, Rapport Public 1998, p. 441 et s.

deux directions avec l'ensemble des représentants du personnel et des délégués syndicaux afin d'améliorer le dialogue personnels-directions et de faire disparaître des rumeurs néfastes à la réalisation du projet de coopération »²³. A cette date, la coopération sur le regroupement des plateaux techniques n'a commencé que depuis sept mois, les premiers accords ne sont pas encore finalisés et les rumeurs vont bon train. « Il s'agissait de rumeurs sur la fusion des deux entités, qui passaient allègrement d'un côté de la rue à l'autre »²⁴. Ces rumeurs seront par ailleurs reprises dans la presse locale. Une action de communication claire et convaincue, menée par la direction, permettra de calmer ces phantasmes, ce qui montre la nécessité que la politique de communication soit menée aussi bien en interne, en direction des personnels, des syndicats, voire des patients, qu'en externe, auprès des médias et des élus locaux. Une nouvelle fois, les interrogations, légitimes, et les rumeurs, inévitables, questionnent la capacité des responsables de mener à bien le projet.

Sur cette politique de communication mise en œuvre lors d'une coopération, les enseignements tirés de l'exemple des établissements de Saint-Cloud permettent d'établir trois constats :

- Si l'information des personnels et plus généralement de l'ensemble des acteurs est fondamentale, il est tout aussi important qu'elle soit non seulement de grande qualité, mais aussi que cette qualité soit assurée de façon symétrique par les deux partenaires de la collaboration. Une information parfaite réalisée par le premier sera en effet victime des carences éventuelles de la politique de communication du second. Si les rumeurs et les craintes ne sont pas apaisées dans un des établissements, elles vont à la fois engendrer des freins et des blocages pour le processus de coopération dans cet établissement, et en même temps pénétrer à l'intérieur de l'autre établissement pour remettre en cause le travail effectué par ce dernier. Ici encore, l'accord initial sur la stratégie évoqué plus haut prend toute sa valeur.
- L'expérience montre également que les différents personnels vont s'estimer dans l'ensemble peu ou mal informés lors des différentes étapes de la mise en place d'une coopération alors que les équipes de direction auront simultanément le sentiment d'avoir fait le maximum. C'est pourquoi l'information seule n'est pas suffisante. Une véritable politique de communication, qui parvienne à susciter l'intérêt des personnels sur longue période et qui vérifie l'atteinte des résultats escomptés, est à concevoir.

²³ Procès-Verbal du conseil d'administration du CHSC. 30 juin 1997.

²⁴ Entretien avec M. Hoguet. Délégué Syndical CFTC du CHSC. Août 2000.

- La politique de communication autour du projet de coopération rencontre enfin une difficulté liée aux caractéristiques mêmes du processus de rapprochement. Ce dernier s'accompagne inéluctablement de retards, de délais, d'imprévus. Le défi d'une communication de qualité est donc de rester crédible dans le temps, alors que des événements vont venir contredire ponctuellement des informations diffusées avant leur survenue.

Une politique de communication réussie repose ainsi sur le talent, l'imagination, la conviction, parfois la chance, des responsables de la coopération. Les circonstances dans lesquelles elle s'inscrit en font un exercice difficile, délicat. Fondamentale, elle est une des conditions de l'avancement du projet. Si elle ne garantit pas l'adhésion des acteurs, elle contribue néanmoins, par l'explication et la clarification qu'elle permet, à surmonter certains des obstacles rencontrés.

2. Le passage d'une logique juridico-économique à une logique communautaire.

Au niveau national, une large part des actions de coopération menées par les hôpitaux ont visé, jusqu'à récemment, des objectifs économiques au sens large. La coopération interhospitalière s'est surtout limitée, dans ses débuts, à la sphère logistique et organisationnelle. Justifiée par une approche juridico-économique, elle consistait à mettre en place des outils juridiques susceptibles d'abriter le regroupement d'activités non médicales pour obtenir des économies d'échelle ou une plus grande rentabilité des investissements réalisés. Proche de la rationalité substantielle évoquée plus haut, ce raisonnement ne mettait pas en jeu le cœur de l'activité de l'hôpital, mais une simple démarche gestionnaire fondée sur une meilleure utilisation des moyens. Pour faire évoluer la coopération interhospitalière vers un véritable partenariat, le défi des équipes dirigeantes est désormais de faire émerger des rapports de type communautaire, impliquant des facteurs socio-affectifs par exemple. En effet, même si les facteurs économiques restent décisifs, la réussite de la coopération sera surdéterminée par des facteurs humains de toute sorte (rapports de pouvoir, logiques de territoire, attachement à des valeurs, relations affectives, ...) ; car dans le domaine médical, la coopération ne se décrète pas.

L'émergence de rapports de type communautaire nécessite l'apparition de sentiments d'appartenance des participants à une structure nouvelle, différente de l'ancienne organisation et résultant de la coopération. Elle pourrait passer par la construction d'un compromis global, réunissant l'ensemble des protagonistes autour d'un objectif commun, négocié et fédérateur.

Or, il est probable qu'un compromis global dans le secteur de la santé soit impossible à réaliser. La spécificité du système hospitalier ne se réduit en effet sans doute pas au seul travail sur l'humain, sur la vie, qui est effectué dans les établissements. Elle paraît reposer également sur la multiplicité des acteurs et sur la multitude des intérêts en place. Tous les observateurs évoquent la complexité irréductible, voire croissante, du milieu de la santé : « De l'extérieur du secteur, ce qui frappe d'entrée, c'est que la réalité hospitalière, la réalité du fonctionnement et de la production des soins obéissent à des logiques très complexes. L'industrie a un type de fonctionnement relativement simple, avec de grandes séries... Dans les services [hospitaliers], on atteint un niveau de complexité assez rare...le processus est très diversifié. Par ailleurs, l'évolution technologique est extrêmement rapide et forte. Le secteur évolue à une vitesse considérable à tous niveaux... »²⁵. La diversité des catégories administratives, médicales, soignantes, techniques, des catégories d'établissements, les différentes fédérations, les syndicats, les organismes de tutelle définissent des matrices extraordinairement compliquées, comptant un nombre de cases très important.

Dans un tel système, il paraît d'autant plus difficile de parvenir à un compromis global concernant l'ensemble des participants, que cette tentative ne peut s'appuyer sur un acteur central qui servirait de relais à la négociation de l'accord. Dans l'exemple de Saint-Cloud, on a vu que ni l'ARH, ni le directeur d'hôpital ne pouvaient totalement jouer ce rôle de médiateur. L'usager ferait un excellent candidat, mais s'il n'est pas totalement absent des discussions entre les deux établissements, il n'y occupe absolument pas une place centrale, situation conforme à sa position dans le système français de santé.

Cependant, la difficulté à voir émerger un compromis global autour de la coopération n'empêche pas la recherche et la construction de compromis partiels, locaux. Les effets d'apprentissage qui accompagnent toute opération de coopération, ardue ou aisée, en constitueront la base. Les compromis s'élaboreront à l'occasion même de la mise en œuvre du processus et traduiront une appropriation progressive de ses objectifs. Ces changements d'apparence modeste permettront ainsi d'établir, au fur et à mesure, des relations durables entre des acteurs qui jadis s'ignoraient ou s'évitaient.

²⁵ M. Drouet, « Les capacités de l'Etat et de la représentation nationale et/ou régionale », in L'hôpital réformateur de l'hôpital, Action santé ERES, 2000, p. 31-35.

Plus que d'une solution unique et définitive, le sort de la coopération dépendra finalement de la construction de cette suite de compromis locaux, témoins d'un processus en marche et vecteurs d'une future culture partagée.

La difficulté de la mise en œuvre des restructurations hospitalières a été synthétisée par l'équipe de l'Université de Montréal s'intéressant à la manière dont elles ont été conduites au Québec : « la nécessité de mobiliser continuellement les intérêts structurés par les anciens archétypes pour promouvoir les valeurs nouvelles, est inhérente à la nature lente du changement »²⁶.

La « nécessité continue », les « anciens archétypes » et « la nature lente du changement » : le temps et sa gestion jouent ici un rôle sous-jacent. Et primordial.

²⁶ Cité in Convention MiRe n°6/99 op. cit.

Pourquoi conclure ce mémoire ?

Le projet de coopération des établissements de Saint-Cloud n'est pas achevé. Avant d'atteindre son but, il lui faudra encore affronter de nombreux imprévus, de nouveaux événements inattendus.

Pour parvenir au succès, ses promoteurs devront continuer à faire preuve de ténacité et de perspicacité, de capacités d'écoute et de conviction. Et puis après, faire vivre la coopération, la développer sans doute, l'approfondir peut-être.

Mais puisque le symbole de cette coopération, en même temps que son moyen, est la construction d'une passerelle reliant les deux structures, que les protagonistes me permettent simplement, ici, de citer un proverbe anonyme relevé en exergue d'une étude portant sur le cadre juridique de la coopération entre établissements de santé :

« Les hommes construisent trop de murs et pas assez de ponts »²⁷.

²⁷ Cabinet Bismuth, Avocats à la Cour, « La coopération entre établissements de santé publics et établissements de santé privés : cadre juridique », A.R.H. Auvergne, Mai 2000.

BIBLIOGRAPHIE

BUDET J.M. : La réforme de l'hospitalisation publique et privée : les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996. Paris. Berger-Levrault, 1998.

BONHOMME C. : Dossier. Coopération hospitalière : Les nouvelles complémentarités. Revue Hospitalière de France. N°6, nov.déc.1997, p.816-831.

CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L. : Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité. Paris. Masson, 1998.

CONTANDRIOPOULOS A.P. et al. : L'hôpital stratège : dynamique locale et offre de soins. Paris. John Libbey Eurotext, 1996.

DALMASSO R., ROMATET J. J., (sous la dir.) : L'hôpital réformateur de l'hôpital. Ramonville-Saint-Agne. Erès, 2000.

ESPER C. : Le syndicat interhospitalier connaît des difficultés de droit. Actualités Jurisanté. N°25, mars 1999, p.11-13.

EVIN C. : Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Paris, Assemblée Nationale, 1998.

JOHANNET G. : L'hôpital face à un environnement de plus en plus exigeant. Espace Social Européen. N°40, juin 1999, p.4.

MICK, NAIDITCH, BOURGUEIL : Géographie de la santé. Les petits hôpitaux et les enjeux de restructuration. Actualité et Dossier en Santé Publique. N°19, juin 1997, p.26-30.

MOREAU Y. : La coopération hospitalière : où en est-on ? Techniques Hospitalières. N°597, juin 1995, p.54-57.

POINDRON P.Y., COUDREAU D. : Restructuration hospitalière en Ile-de-France : l'urgence. Espace Social Européen. N°389, sept. 1997, p.14-18.

POINDRON P.Y. et al. : Restructuration du tissu hospitalier : choisir le sur mesure. Espace Social Européen. N°328, mars 1996, p.12-27.

RAIKOVIC M. : Pour des restructurations de qualité. Décision Santé. N°121, nov.1997, p.26-29.

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel 25 avril 1996.

TANGUY H. : L'actualité de la coopération hospitalière en matière de soins. Gestions Hospitalières. N°392, janv.2000, p.50-52.

TANGUY H. : La coopération hospitalière à la croisée des chemins sous l'influence communautaire. Actualités Jurisanté. N°25, mars 1999, p.4-10.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : ACCORD CADRE SIGNE ENTRE L'ARHIF, LE CHSC ET LE CRH LE 11 FEVRIER 1998.

ANNEXE N° 2 : EXTRAIT DU CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS SIGNE ENTRE L'ARHIF ET LE CHSC : DISPOSITIONS COMMUNES AVEC LE CENTRE RENE HUGUENIN.

Annexes non fournies par l'auteur