



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social
Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

**CONCOURS EXTERNE ET INTERNE POUR LE RECRUTEMENT DE
MEDECINS INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE
ANNEE 2013**

Lundi 8 AVRIL 2013

13H00 à 17H00

(Horaire métropole)

Epreuve écrite (commune aux deux concours)

(durée : 4 heures ; coefficient 4)

L'objet de l'épreuve est d'apprécier les capacités de rédaction, d'analyse, de synthèse et de réflexion du candidat.

Le candidat choisit sur table un des trois exercices suivants :

1. La composition sur un sujet se rapportant à l'évolution générale des idées ou des faits en matière de santé publique ;
2. La rédaction d'une note à partir d'un dossier remis au candidat ayant trait à la santé publique ;
3. L'étude d'un cas concret ou d'un texte d'ordre technique portant sur la santé publique donnant lieu à la rédaction de propositions d'action.

Sujet de l'exercice de rédaction d'une note à partir d'un dossier remis au candidat ayant trait à la santé publique.

A la demande de votre supérieur hiérarchique, vous rédigerez, à partir des documents mis à votre disposition, une note relative aux coopérations sanitaires hospitalières destinée au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

SOMMAIRE

Document n° 1 :

Page 1 à 20

Rapport de la Cour des comptes - Sécurité Sociale 2011 – septembre 2011
Chapitre IX Les coopérations hospitalières

Extraits :

- I. Des instruments nombreux, très partiellement mis en œuvre - pages 2 à 5
- II. Des fragilités préjudiciables - pages 5 à 12
- III. Un impact contrasté sur la recomposition de l'offre de soins – page 12 à 20

Document n° 2 :

Page 21 à 29

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) - Mars 2012
Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?

Extrait de l'Annexe 4 : *Les outils juridiques de coopération entre établissements de santé*

Document n° 3 :

Page 30 à 34

Dossier de presse - n° 512 - janvier 2012 – gestions hospitalières
ORGANISATION- Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier

Document n° 4 :

Page 35 à 37

Dossier de presse - n°519 - octobre 2012 – gestions hospitalières
REFLEXION - Coopérations hospitalières. Stop ou encore ?

IMPORTANT : dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier que le dossier, qui comprend 4 documents et 37 pages numérotées, est complet.

Chapitre IX

Les coopérations hospitalières

I - Des instruments nombreux, très partiellement mis en œuvre

A - Une accumulation d'outils

1 - De multiples supports juridiques

Depuis la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970, un grand nombre de supports juridiques ont été proposés aux établissements pour faciliter le développement d'actions de coopération. Chacun a eu ses spécificités, sans éviter les chevauchements car des coopérations ayant le même objet ont pu recourir à plusieurs de ces outils. On recense à ce jour dix-neuf instruments différents, dont trois²⁹⁴ à l'état de survivance puisqu'il n'est plus possible de les utiliser pour lancer de nouvelles coopérations.

On distingue classiquement les formes de coopération organique ou institutionnelle et celles de la coopération fonctionnelle.

Les différentes formes de coopérations

Les modes de coopération institutionnels, au nombre de six, permettent de créer des organismes dotés de la personnalité morale en vue de l'exercice de missions communes : il s'agit de groupements d'intérêt économique (GIE), de groupements d'intérêt public (GIP) ou, plus spécifiques du secteur hospitalier, de syndicats inter hospitaliers (SIH) et surtout, depuis 1996, de groupements de coopération sanitaire (GCS). On distingue « GCS de moyens » et « GCS-établissements de santé » titulaires d'autorisations ; plus rarement, d'associations de la loi de 1901 et de créations d'établissement par fusion (qui n'est plus de la coopération au propre sens du terme mais peut avoir été préparé par elle).

Les modes de coopération fonctionnels ne passent pas par la création d'entités dotées de la personnalité juridique. Il s'agit essentiellement d'accords d'association au fonctionnement du service public, de conventions de « clinique ouverte », de fédérations médicales inter hospitalières (FMIH), de simples conventions de coopération et, depuis la loi HPST, de communautés hospitalières de territoire (CHT) qui comportent un projet médical commun aux établissements concernés.

Les réseaux de santé peuvent relever des deux catégories.

S'ajoutent à cet inventaire toutes les coopérations non formalisées, difficiles à appréhender.

294. Syndicat inter-hospitalier, clinique ouverte, communauté d'établissements de santé.

L'enquête a eu à connaître de tous ces instruments attachés à des coopérations entre établissements publics, entre secteur public et secteur privé, entre établissements de court séjour et autres types d'établissements (hôpitaux psychiatriques, centres de soins de suite et de réadaptation, établissements pour personnes âgées, centres de lutte contre le cancer...), entre hôpitaux et médecins de ville. Sur cet échantillon, les formes les plus fréquentes ont été les simples conventions (bilatérales ou multilatérales), les réseaux de santé de forme juridique diverse, les GCS, les GIE. Ont une fréquence moyenne les SIH, les regroupements sur site unique, les GIP, les directions communes à deux établissements.

Il est courant qu'un hôpital soit engagé dans de nombreuses actions de coopération formalisées ou du moins ait conclu de multiples conventions. A titre d'exemple, un établissement de taille moyenne comme celui de Châteauroux a signé 188 conventions, couvrant des actions aussi diverses que l'organisation des gardes médicales, le transfert de nouveaux nés, la mise à disposition partielle de praticiens hospitaliers, l'accès à un scanner ou l'intervention en établissements pour personnes âgées dépendantes. Ces conventions sont signées avec des partenaires d'importance diverse, du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) au médecin libéral, le plus souvent dans le périmètre de la région mais pas exclusivement. Les centres hospitaliers (CH) appartiennent souvent, également, à de multiples réseaux de santé dont l'ampleur va du niveau départemental au national. Ainsi, le CH de Châteauroux est engagé dans 22 réseaux différents, concernant notamment la cancérologie, la diabétologie ou les scléroses en plaques.

Les établissements poursuivent à travers ces coopérations plusieurs finalités : répartir des ressources rares, qu'elles soient humaines, scientifiques, matérielles ou financières -par exemple pour partager et rationaliser la charge de la permanence des soins- ou au contraire intensifier l'utilisation de ressources surdimensionnées (par exemple l'imagerie médicale) ; financer et gérer des investissements utiles à plusieurs parties ; intégrer l'offre de soins au long de filières. Ces objectifs peuvent être également ceux de la tutelle, qui peut y ajouter celui d'une répartition optimale des structures sur le territoire, voire celui d'une meilleure maîtrise de la dépense.

Si, comme on l'a dit, il n'existe pas de corrélation systématique entre ces finalités et la forme juridique des coopérations, on repère quelques axes naturels, par exemple entre constitution de pôles public/privé et GCS, entre exploitation commune d'équipements d'imagerie médicale et GIE ou GIP, entre mise en place de filières de soins et réseaux de santé, la coopération entre hôpital et médecine de ville passant plutôt par de simples conventions. Quant à la CHT, elle a été

présentée dès son origine, mais pas seulement, comme un outil de rationalisation territoriale du système.

Les coopérations se distinguent aussi par leurs origines : certaines ont été rendues obligatoires par la loi au titre de politiques de santé publique, par exemple pour les urgences ; d'autres sont dues à des impulsions expresses des tutelles. Cependant, le plus grand nombre provient d'initiatives de praticiens hospitaliers, ce qui certes peut garantir qu'elles aient répondu à un souci pragmatique mais peut être un facteur de vulnérabilité si elles dépendent excessivement de la qualité des relations personnelles entre les professionnels.

[...]

B - L'effectivité inégale des coopérations

1 - Une mise en œuvre très partielle

L'existence des conventions ne garantit pas l'effectivité des coopérations. Le degré de mise en œuvre est variable. L'enquête a mis en évidence des cas où il est élevé, par exemple avec les CH de Niort ou de Montmorillon où s'affirme de surcroît une dynamique constructive. On peut à l'inverse citer le projet de pôle de santé unique du Figeacois qui n'a pas abouti pour l'instant. Des coopérations préconisées avec insistance par la tutelle entre Chartres et Dreux, Orléans et Gien, Valence et Romans ne se sont pas concrétisées. D'autres conventions sont restées longtemps lettre morte après signature, comme entre le CHS de Ville-Evrard et le CH de Saint-Denis ou, faute d'effectifs médicaux, entre Mont-de-Marsan et Dax pour la stimulation cardiaque. Parfois, le contenu effectif reste très limité, comme dans le syndicat inter hospitalier des Landes où la structure de coopération a fort peu de fonctions effectives. Le rapprochement entre Lourdes et Tarbes, bien qu'inscrit au SROS et dans un projet médical commun, reste confiné à des activités restreintes.

L'incomplétude des mises en œuvre se manifeste fréquemment dans le domaine de la permanence des soins. Les structures créées à cet effet, comme les maisons médicales de garde ou les centres d'accueil et de permanence des soins, souvent installées à proximité des services d'urgences, peuvent peiner à s'assurer la présence des médecins de ville, par exemple à Valence ou en Vendée. On peut également se demander si sont vivantes des coopérations dont les conditions de fonctionnement n'ont pas été actualisées depuis plus de dix ans et dont les dispositions financières contractuelles sont toujours libellées en francs. Plus généralement, les juridictions financières ont observé l'absence de suivi et d'évaluation par les hôpitaux des coopérations dans lesquelles ils sont

295. La possibilité de proposer la conclusion d'une convention de coopération figurait déjà dans une loi du 18 janvier 1994 et elle fut assortie de la possibilité de rendre « des mesures appropriées » en cas d'absence d'effet à partir d'une ordonnance du 24 avril 1996. Ces mesures peuvent toucher les MIGAC depuis la loi HPST.

engagés, au point que leur direction est parfois en peine de savoir quelles sont celles qui fonctionnent effectivement.

2 – Un suivi et une évaluation quasi inexistant

Dans une partie des établissements, la plupart des documents constitutifs des coopérations ne prévoient ni suivi ni évaluation de la mise en œuvre ou des résultats. Plus souvent, des évaluations sont prévues, même si c'est par des dispositions lapidaires, mais non réalisées, alors même que les SROS et les CPOM peuvent être à ce sujet abondants et précis. Les éléments économiques et financiers sont en général plus mal suivis encore que les données d'activité. C'est du reste fatalement le cas lorsque les systèmes d'information ne sont pas performants et que la comptabilité analytique est embryonnaire ou insuffisamment fiable, difficulté générale des hôpitaux français. Cette faiblesse des démarches d'objectivation peut avoir pour conséquences l'incapacité à mesurer l'avantage de coopérer, à adapter la pratique en temps utile, à vérifier que les efforts et leurs rétributions sont équitablement partagés entre toutes les parties à la coopération.

II - Des fragilités préjudiciables

Les coopérations étudiées ont présenté des fragilités à plusieurs titres : pérennité incertaine, défauts juridiques, déséquilibres entre partenaires.

A – Une pérennité pas toujours garantie

La pérennité de certaines actions de coopération est parfois mise en péril par la fragilité des liens entre les partenaires ou par la précarité des moyens qui leur sont affectés.

1 – La fragilité des liens entre partenaires

Les conventions qui constituent le mode privilégié de coopération ont un inconvénient symétrique de l'avantage constitué par leur caractère peu contraignant : chaque partenaire peut s'en retirer aisément et dans la plupart des cas rien n'est prévu en cas de défaillance de l'un d'eux. En outre, l'exécution de ces conventions repose souvent sur les relations personnelles qu'entretiennent les équipes et sur l'implication particulière de certains praticiens.

LES COOPERATIONS HOSPITALIERES

Le défaut d'institutionnalisation se traduit également dans la gouvernance des coopérations : des règlements intérieurs ne sont pas mis en place, des assemblées générales et des comités de coordination médicale ne sont pas réunis ; les rencontres avec les décideurs des établissements partenaires peuvent être rares.

2 - La précarité du financement et des moyens disponibles

Certaines coopérations, liées à la mise en œuvre de plans nationaux ou régionaux de santé publique, notamment dans le cadre de réseaux, voient leur démarrage facilité par des financements en crédits de MIGAC, qui n'ont cependant pas un caractère pérenne dans la mesure où ces coopérations sont in fine destinées à se financer elles-mêmes. A cette précarité intrinsèque s'ajoute l'incertitude pesant globalement sur le niveau des MIGAC. En tout état de cause, qu'elle soit anticipée ou non, la fin des financements spécifiques peut remettre en cause les coopérations en soumettant leur poursuite à la volonté et à la capacité d'organisation des établissements pivots, sachant que des financements ne peuvent venir des autres établissements si leur activité est fragile ou déclinante.

Cette problématique est illustrée dans sa complexité par trois exemples pris au CH d'Avignon. Adhérent depuis 2004 au réseau régional de diabétologie, l'hôpital mettait du personnel à sa disposition pour la formation des patients à l'utilisation des pompes à insuline. Il a cessé en 2010 lors du non renouvellement du financement par la mission régionale de santé²⁹⁶. Les effectifs affectés au réseau de coordination départemental en cancérologie ont été réduits de moitié en 2010 également après la cessation des financements MIGAC ; en revanche, l'interruption de la subvention accordée pour le dépistage et la prise en charge globale des hépatites n'a pas dissuadé l'hôpital de poursuivre cette activité.

D'autres coopérations, bien que toujours financées par des crédits spécifiques annoncés comme pérennes, se trouvent affaiblies par des difficultés à disposer de moyens humains suffisants. La mutualisation de médecins dans la fédération des urgences Brignoles-Hyères n'est ainsi pas réalisée en raison des situations tendues des effectifs.

Ce n'est du reste pas la seule raison pour laquelle les mutualisations de moyens peuvent s'avérer plus difficiles à pratiquer que prévu. Les difficultés pratiques dues à la géographie ou à la démographie médicale peuvent être finalement les plus fortes (par exemple parce que

²⁹⁶. Une fragilité des financements a également été relevée dans des cas comme Niort.

les déplacements imposés aux praticiens s'avèrent trop mal commodes ou parce que le déclin d'un bassin est tel qu'il est difficile de retrouver un niveau suffisant d'activité). Il est vrai que ni la géographie ni la démographie n'expliquent que certaines mutualisations, pourtant suscitées et d'ailleurs autorisées par la tutelle, ne débouchent sur aucune mise en commun de moyens ou de flux de patients. Par exemple, une répartition des spécialités chirurgicales a été opérée entre le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre (hôpital Max Forestier) et l'hôpital universitaire Louis Mourier (AP-HP) de Colombes au sein d'un SIH, mais, pour certaines d'entre elles, les chirurgiens de l'un ne se déplacent pas pour accorder des consultations dans l'autre, qui en retour se voit reprocher de ne pas adresser au premier de patients à opérer. En revanche, l'autorisation commune d'un service d'urgences fonctionne convenablement et par ailleurs les deux établissements sont engagés désormais dans un projet de regroupement.

Par ailleurs, la logique coopérative se heurte souvent à la logique concurrentielle inhérente à la tarification à l'activité. Certains établissements (par exemple le CHU de Grenoble ou le CHR d'Orléans) ont bien noté qu'il serait financièrement plus avantageux de garder leurs praticiens sur place et percevoir l'entier financement par la T2A, plutôt que d'organiser dans d'autres hôpitaux des « consultations avancées » ne générant que des compensations financières et non de l'activité. La contradiction latente entre logique coopérative et T2A peut du reste aller plus loin. Il a été observé, par exemple à Grenoble, que dans la mesure où la seconde pousse les établissements -du moins ceux qui ont le choix- vers les activités les moins coûteuses, il peut en résulter une difficulté à optimiser les capacités au niveau du territoire et à faire coopérer. Est notamment en jeu ici la possibilité d'atteindre un équilibre partenarial profitable à toutes les parties à la coopération.

B – Des engagements juridiques souvent insuffisamment précis

Le cadre juridique des partenariats est souvent sommaire. Des conventions conclues pour de courtes durées sont tacitement reconduites, sans que soit prévue de procédure de médiation ou de conciliation et en n'abordant que de façon elliptique le régime de responsabilité des parties, leurs droits et obligations. Pour les plus anciennes, très peu réactualisées en général, des traits d'obsolescence sont patents quand elles ne sont pas carrément devenues caduques ; s'il y a eu des avenants, ils n'ont pas été forcément ratifiés par les parties. Il arrive même que des partenariats soient effectifs sans que la convention rédigée ait jamais été signée. La

responsabilité médico-légale, si importante dans le domaine hospitalier, n'est pas toujours définie.

Dans leur fonctionnement, certains dispositifs de coopération pèchent au regard de la réglementation. Les GIE sont particulièrement exposés aux risques. Risque fiscal pour commencer : alors que les membres d'un GIE sont soumis à l'impôt sur les sociétés à raison de leur quote-part des bénéfices, certains ne déclarent pas ce bénéfice, d'autres contournent le système en adaptant les charges du GIE de manière à ne pas dégager de résultat excédentaire. Par ailleurs, la mise à disposition du GIE de personnel n'est pas toujours correctement formalisée ni régulièrement organisée, les agents réellement mis à disposition ne sont pas toujours identifiés, faisant courir un risque aux associés, par exemple en cas d'accident du travail. Au demeurant, la régularité sur le fond de la mise à disposition de fonctionnaires hospitaliers est incertaine, surtout lorsque le fonctionnement intégré du GIE avec un cabinet privé les met en situation de participer à l'activité libérale de celui-ci (manipulateurs de radiologie).

D'autres risques juridiques ont été relevés, par exemple lorsqu'un groupement est chargé de construire un bâtiment étranger à son objet social. S'ajoutent à cela les risques de conflits et de contentieux, civils et administratifs, inhérents à l'exploitation partagée d'équipements. Enfin, l'information des patients n'est pas toujours assurée quant à l'existence d'un partenariat interférant dans leur prise en charge et le recueil de leur consentement éclairé.

C – Des déséquilibres entre les parties

1 – Une répartition inégale des coûts et des charges

Dans nombre de coopérations qui lient un hôpital public à un acteur de santé privé, la part du risque économique ou financier assumée par le CH est la plus importante.

C'est peut-être en partie inévitable, en dernière analyse, quand il s'agit du risque financier de l'emprunt, dès lors que la solvabilité inégale des partenaires fera jouer de façon asymétrique la solidarité des membres du GIE sur leur patrimoine propre (par exemple à Grasse ou à Hyères). Mais d'autres déséquilibres ont une origine contractuelle. Par exemple, en cas de co-utilisation d'équipements lourds par le CH détenteur du matériel et des médecins libéraux, les conventions font souvent reposer le risque économique de non réalisation des objectifs d'activité sur l'hôpital, soit qu'elles n'assignent aucun seuil de rentabilité aux partenaires privés, soit qu'elles ne prévoient pas de pénalités. A Menton, l'activité libérale

de scanner a été très inférieure aux prévisions et l'équilibre financier de l'exploitation en a été modifié.

Le déséquilibre peut être encore plus net quand il s'agit du risque financier lié à la construction de pôles de santé public-privé : souvent l'hôpital est maître d'ouvrage unique de l'opération. Si cela facilite certes la réalisation, il assume seul le risque financier de l'investissement puisque l'équilibre dépendra pour lui des loyers versés par son partenaire. Or ce dernier peut entrer en mauvaise fortune, voire cesser ses activités, avant le terme du plan de financement (vingt ou trente ans le plus souvent). Des conventions d'occupation du domaine public prévoient d'ailleurs des échéances inférieures à la durée du plan de financement ou la possibilité de la dénoncer avant (Dinan et Saint-Tropez).

Mais, avant même la manifestation d'un risque, c'est la répartition des charges et des coûts qui peut être inégale. Celle des coûts d'investissements, dans les pôles public-privé, est parfois inéquitable car les redevances ou loyers sont sous-évalués ou non réajustés. A Saumur, alors qu'à l'origine du projet la charge était répartie correctement entre les deux partenaires, public et privé, la forte hausse du coût du nouvel établissement a été presque entièrement supportée par le centre hospitalier et l'ARS. A Dinan, la clinique financera 26 % du total de l'investissement alors qu'elle occupe 80 % de l'espace du nouveau bâtiment ; son loyer pourra même être diminué si ses résultats annuels baissent en dessous d'un certain plancher.

Dans d'autres cas, ce sont les coûts de prise en charge des patients qui sont inégalement répartis. C'est même fréquent dans les cas où la coopération consiste à faire accueillir les urgences dans un établissement puis à les transférer dans un autre (l'hôpital n'y perd certes pas toujours car il arrive que l'assurance maladie paye deux séjours successifs pour un même patient). Dans les conventions entre le CH de Loudun et des cliniques de la région, les premières prises en charge (accueil, diagnostic, premières formalités administratives) sont supportées par l'hôpital et les produits de l'activité de soins reviennent aux cliniques.

La charge de la permanence des soins est très communément répartie de façon inégale et même non conforme aux conventions (Fontenay-le-Comte, Pau, Mont-de-Marsan, Guingamp ou le GIP IRM du Berry²⁹⁷, entre autres exemples). Au demeurant, le jeu des conventions entre hôpital et établissements pour personnes âgées peut aggraver les problèmes du CH : faute de personnel infirmier suffisant, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) peuvent avoir tendance à adresser en urgence à l'hôpital des

297. Désormais dissous.

personnes qui ne relèvent pas, en réalité, d'un tel traitement et auraient dû demeurer dans leur lieu d'hébergement (mais qui pour autant n'y reviennent pas nécessairement dans les vingt-quatre heures).

Au sein des GIE, la répartition des charges entre partenaires peut manquer de transparence et ne pas correspondre au règlement intérieur. A Grasse, le CH n'a pu longtemps être certain que ce qu'il payait au GIE d'imagerie correspondait bien à des patients qu'il lui avait adressés. Ces exemples ne suffisent pas à rendre compte de la diversité des défauts d'équité.

Les conventions de co-utilisation des plateaux techniques se traduisent elles aussi par des mécanismes de quasi subventionnement par insuffisance des redevances exigées des professionnels libéraux, alors même que celles-ci sont réglementées. C'est le cas à Mont-de-Marsan. A Douarnenez, dont il est vrai que l'hôpital est plus demandeur de l'utilisation de son plateau technique que les médecins libéraux de la ville, le cadre juridique du GCS de moyens a permis de ne prévoir que de faibles redevances. A Rambouillet, le CH ne paraît pas en mesure de savoir si la redevance qu'il perçoit couvre les dépenses d'amortissement et de fonctionnement de l'IRM et du scanner.

Mais il arrive également aux coopérations entre établissements publics de ne pas répartir convenablement leurs charges. On peut citer celles qui lient le centre hospitalier spécialisé de Ville Evrard et les hôpitaux généraux du département (gardes médicales psychiatriques, mise à disposition de personnels non médicaux) ou le CHU de Rennes et le CH de Redon (remboursement des mises à disposition pour les consultations avancées).

2 – Des retombées médico-économiques inégalement partagées

La répartition des activités entre établissements, notamment au sein d'un pôle de santé public-privé, n'aboutit pas nécessairement à un équilibre satisfaisant et durable. C'est un exercice complexe qui justifierait davantage d'études d'impact préalables. Si le partage est trop conservateur, il risque de maintenir les deux partenaires dans la sous-rentabilité, comme ce fut le cas à Quingamp ; mais une partition plus tranchée peut mésestimer les incidences à termes de la TZA, qui n'est pas neutre entre les activités (par exemple entre obstétrique et chirurgie gynécologique ou plus globalement entre médecine et chirurgie). On risque alors de laisser à l'un des partenaires la mauvaise part : la part à moindre potentiel tarifaire et la part d'activités dont l'organisation est la

moins programmable, qui peuvent n'en faire qu'une (comme à Saint-Tropez ou à Roanne).

Plus subtilement, le déport de marge peut survenir, non pas entre établissements mais au profit des praticiens hospitaliers, à qui le transfert d'activité -transfert non matériel- de l'hôpital vers un GCS permettra d'être rémunérés à l'acte ou de percevoir un intéressement (Brignoles ou Lille).

Les consultations avancées dispensées par les médecins d'un CH de référence ou de recours auprès d'un hôpital de proximité sont une forme fréquente de coopération. L'avantage pour le second est d'assurer aux habitants de son bassin de santé des consultations spécialisées et de conforter son activité. Le CH de référence peut de son côté recruter ainsi des patients nécessitant un niveau de prise en charge supérieur. Toutefois, dans le contexte de recherche généralisée de gains d'activité, l'équilibre peut être faussé : le risque est notamment de voir l'établissement de référence sélectionner et attirer à lui des séjours qui auraient pu être assumés par l'autre. Il peut aussi se produire que la coopération rapporte de l'activité à l'un des deux établissements sans en créer dans l'autre mais en en prenant à des établissements tiers. C'est ainsi que le CHU de Toulouse a renforcé ses parts de marché sur le bassin de Lavaur, alors que le CH n'a pas vu les consultations avancées générer beaucoup d'actes chirurgicaux. Mais il se peut aussi que la coopération aboutisse à maintenir effectivement dans le petit établissement des activités qui se révèlent déficitaires car le remboursement au coût réel des consultations excède les recettes nées de celles-ci (Barbezieux) ; il est vrai que la situation inverse se présente parfois (entre Montmorillon et Le Blanc).

Le pôle public-privé de Saint-Tropez

Le pôle public-privé de Saint-Tropez déjà cité illustre d'une façon les déséquilibres possibles. Par exemple, les endoscopies des patients hospitalisés dans le secteur public sont effectuées par la clinique. Celle-ci perçoit le tarif complet lié à cet acte technique sans assumer la prise en charge en amont (préparation du patient) et en aval (post-opératoire en médecine). Les urgences chirurgicales lui sont aussi confiées dans le cadre d'une concession de service public. Elle encaisse à ce titre le tarif complet sans supporter tous les coûts ; l'hôpital de son côté est remboursé au titre de l'accueil aux urgences générales des actes de diagnostic pré-opératoire, qui sont donc payés deux fois par l'assurance maladie. Ce cas est courant dans les établissements qui opèrent des transferts de leurs services d'urgences vers d'autres établissements. Par ailleurs, lorsque la clinique accueille en soirée des patients venant des urgences dont la prise en charge chirurgicale peut attendre le lendemain, ce sont les urgentistes de l'hôpital qui assurent la surveillance médicale de nuit, ce qui permet à la clinique de limiter ses contraintes d'organisation tout en garantissant l'activité du lendemain.

La clinique, malgré sa mission de service public, n'a pas mis en place d'astreinte d'infirmier anesthésiste, ce qui oblige le CH à des mises à disposition la nuit et en fin de semaine alors que sa propre organisation est fragile en anesthésie. Il ne bénéficie à ce titre d'aucun remboursement. Il ne bénéficie pas non plus de la réciprocité médicale. Enfin, il prend en charge les impayés des patients hospitalisés à la clinique dans le cadre de la concession de service public qui, de fait, réduit les contraintes et les risques de la clinique.

III - Un impact contrasté sur la recomposition de l'offre de soins

L'évaluation de l'impact des coopérations sur l'organisation de l'offre de soins n'est pas plus assurée par la tutelle que celle des effets sur les établissements eux-mêmes. C'est le signe que la coopération n'est pas encore inscrite dans une perspective stratégique, alors même que, d'une part, la politique hospitalière situe ses enjeux essentiels dans l'organisation spatiale du secteur et, que, d'autre part, la tutelle est à l'origine d'une partie des actions entreprises. L'abondance des documents de réflexion ex ante et de planification ne doit donc pas tromper sur la réalité de l'implication globale.

De ce fait, il est difficile d'acquérir une opinion documentée sur l'impact des coopérations, que ce soit en termes d'amélioration sanitaire ou d'économies de moyens. Il est certes relativement aisé de conclure qu'une coopération a permis d'assurer la pérennité de l'offre de proximité en évitant la fermeture de services voire d'établissements, ou de supprimer des doublons, ou encore de mutualiser des ressources rares : les juridictions l'ont constaté, par exemple à Loudun ou à Brignoles. Quant à aller au-delà de l'intuition de sens commun et à établir le bénéfice exact pour la collectivité, on en est encore loin. Les tableaux de bord régionaux qui permettraient d'y parvenir n'existent pas.

Cependant l'échantillon de l'enquête permet de classer les effets avérés en quelques grandes catégories graduées : il peut s'agir d'effets structurants pour l'offre, ou d'effets seulement adaptatifs permettant aux partenaires de suivre l'évolution des conditions d'exercice. Parfois aussi, les effets peuvent n'être que formels, voire même être contre-performants et entraver la rationalisation de l'offre.

A – Certains effets structurants

1 – L'amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité

Les coopérations peuvent aboutir au rapprochement de l'offre de soins vers le patient. C'est directement le cas, par exemple, lorsque les urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison sont prises en charge dans les établissements généraux par des professionnels de l'hôpital spécialisé (CHS de Ville Evrard avec quatre CH de Seine Saint-Denis). Dans le domaine gynéco-obstétrique, une coopération fonctionne depuis près de quinze ans entre Châteauroux et Le Blanc qui permet de maintenir dans ce dernier une maternité de niveau 1 ; la nécessité pour les patientes de se déplacer jusqu'à Poitiers a ainsi été réduite. De son côté, le CHU a par sa coopération avec le CH de Montmorillon facilité le maintien d'une offre de proximité en chirurgie viscérale et en biologie, qui a, à son tour, favorisé l'installation de généralistes en zone rurale, dont l'isolement est rompu par l'appui hospitalier.

Plus indirectement, l'association des praticiens de l'hôpital de proximité à la prise en charge des patients d'un CHU et à son plateau technique permet de maintenir de hautes compétences qui auraient pu quitter le territoire. C'est par exemple le cas du GCS de neurochirurgie du CHRU de Lille avec le CH de Valenciennes.

On perçoit d'autre part les améliorations qualitatives que peut apporter la mise en œuvre de coopérations avec l'exemple des urgences : les fédérations inter-hospitalières des urgences, avec constitution d'équipes uniques d'urgentistes sur un territoire sont un facteur d'harmonisation des pratiques, d'augmentation du nombre de gestes de réanimation pratiqués par tous les intervenants et de meilleure orientation des patients vers les plateaux les plus adaptés. C'est le cas entre les établissements de Montauban et de Castelsarrasin-Moissac ou entre ceux de Châteauroux et Le Blanc. La coopération en matière de permanence des soins avec la médecine de ville peut de son côté aboutir à une réduction du nombre de passages inutiles aux urgences, comme on l'a vérifié à Grenoble.

2 – La recherche de complémentarités

La complémentarité, qu'elle s'entende horizontalement entre établissements de même niveau ou verticalement au long de filières, est un objectif affiché de nombreuses coopérations.

La complémentarité aboutie et porteuse d'effets réels est celle de coopérations portées par un projet médical commun. C'est le cas du GCS

associant le CHRU et le centre de lutte contre le cancer de Lille Oscar Lamberet (COL), conformément aux attentes du plan cancer national, qui après quatre ans d'existence a lui-même formé un autre GCS avec le CH de Seclin et le CHRU.

L'articulation de l'hôpital avec l'aval, notamment les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pose des problèmes bien connus, aussi bien sur le plan de l'intérêt des patients que sur celui de la bonne organisation des établissements. Par conséquent, la coopération entre les uns et les autres est facilement source de progrès : réduction des attentes avant la sortie de l'hôpital, fluidification des parcours internes, mais aussi sécurisation de la prise en charge des cas aigus par l'hôpital, voire suivi des patients par les praticiens hospitaliers : ainsi le CH de Gap-Sisteron pour les relations avec les SSR ou celui de Loches pour les personnes âgées.

Entre établissements hospitaliers, des parcours de soins peuvent également profiter de relations conventionnelles : par exemple entre hôpital et cliniques pour organiser les transferts (par exemple Bourges pour son service de réanimation), ou entre CH et CHU de manière à ce que la patientèle du premier (et ses médecins traitants) soient assurés des compétences auxquelles on aura recours en cas de besoin, non pas de façon aléatoire mais dans un cadre lisible de filière de soins (par exemple Seclin avec le CHRU et le GCS « centre régional de référence en oncologie » impliquant le COL). Rendre plus lisible pour les médecins de ville le fonctionnement de l'hôpital et notamment des services d'urgences constitue aussi souvent un enjeu déterminant. Au demeurant, une meilleure lisibilité signifie aussi une plus grande notoriété, précieuse dans un contexte concurrentiel où les positions dépendent des flux d'adressage émanant des cabinets de ville.

3 – L'optimisation de l'emploi des ressources médicales

Un modèle fréquent de coopération consiste en le partage du temps des médecins entre établissements, notamment sous la forme de consultations avancées des praticiens d'un gros hôpital dans un hôpital partenaire.

L'objectif peut aller au-delà du bon usage d'une ressource médicale reconnue comme rare et viser la fidélisation de médecins : le CHRU de Lille passe depuis une douzaine d'années convention avec d'autres établissements proches pour que ceux-ci accueillent d'anciens internes recrutés comme assistants spécialistes ; ceux-ci peuvent ainsi prendre des responsabilités dans une pratique hospitalière à condition de

s'engager à postuler ultérieurement comme PH dans l'établissement d'accueil.

B – Des logiques adaptatives

Les coopérations ont souvent pour objet et pour effet de permettre l'adaptation des établissements aux évolutions du cadre technico-juridique de leur exercice : c'est à plusieurs qu'ils peuvent atteindre un niveau inaccessible individuellement, soit que l'idée leur vienne spontanément, soit qu'elle leur ait été dictée par la tutelle. Cependant, parfois le regroupement n'est utilisé qu'à des fins tactiques.

1 – Suivre les évolutions normatives

Le sommet de la hiérarchie des établissements offre quelques exemples de coopérations lancées pour répondre à de grands axes de la politique de la santé publique ou de la recherche. Le pilotage de la recherche clinique par le ministère tend vers un cadre interrégional, à travers notamment des délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC) et les dotations en MERRI sur appels à projets. C'est donc logiquement qu'on trouve des GCS regroupant des CHU (comme ceux d'Amiens, Caen, Lille et Rouen) chargé de répondre aux appels d'offres nationaux et internationaux ou celui regroupant cinq CHU de l'Est (Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg)..

Parmi les mesures introduites par la loi de bioéthique de 2004 figure l'obligation pour tous les établissements de santé de participer à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement. C'est une incitation directe à coopérer. De même, le plan cancer est-il à l'origine de nombreux rapprochements, dont on a vu un exemple supra ; on pourrait également citer le GCS constitué entre le CHRU de Toulouse, le CLCC, un GCS de cancérologues privés, l'établissement français du sang et un groupement de CH locaux devant réaliser les bâtiments d'un institut universitaire du cancer, couvrant ainsi de nombreux aspects du cycle qui va de la recherche aux soins. La prise en charge des cancers est, plus généralement, un champ privilégié de la coopération adaptative.

Un autre moteur de la coopération est le durcissement des conditions d'autorisation qui reposent de façon croissante sur des critères de sécurité et de qualité de la prise en charge. Les hôpitaux sont appelés à coopérer pour atteindre les seuils réglementaires d'activité et organiser les prises en charge dans de bonnes conditions de sécurité. De surcroît, la participation à ces partenariats engendre normalement une homogénéité

sation des protocoles entre établissements et favorise donc la continuité des soins, ce qui est notamment bénéfique lorsque s'associent des établissements publics et privés.

Le mécanisme est particulièrement à l'œuvre dans le domaine de la cancérologie mais on peut l'illustrer aussi dans celui de l'insuffisance rénale chronique et de la dialyse : la réglementation de 2002 conditionne les autorisations à la mise en œuvre de certaines modalités de prise en charge mais il peut être fait exception pour les établissements ayant passé convention de coopération avec d'autres disposant des modalités en cause. L'hôpital de Mont-de-Marsan et une association de dialyse à domicile, dont la couverture est complémentaire, mènent ainsi une coopération qui permet la continuité des soins.

2 – Obtenir une autorisation

Une partie au moins des ARH a couramment conditionné, dans les années récentes, les autorisations d'équipements lourds à la mise en place de coopérations pour leur exploitation, ce qui en a fait la forme la plus immédiate d'utilisation de la coopération à des fins de rationalisation de l'offre de soins. Par exemple, le CH de Seclin s'est d'abord vu refuser l'implantation d'un appareil IRM pour cause d'insuffisance d'activité et de partenariats avant que ne l'obtienne en 2009 le GIE qui l'unissait à six cabinets de radiologie (un des motifs étant par ailleurs qu'il s'était engagé dans un partenariat avec le CHRU pour la constitution de filières d'activités). Le mécanisme peut être affiné pour s'adapter au cas des établissements bénéficiaires d'autorisations provisoires pour une durée permettant d'atteindre le niveau d'activité requis : c'est alors la coopération qui peut permettre de passer à une autorisation définitive, comme le CH de Saint-Dizier envisage de le faire pour la chirurgie carcinologique avec des cliniques et le CHU de Reims.

C – Un obstacle paradoxal parfois à une meilleure organisation de l'offre

1 – Le renforcement d'une concurrence inutile

L'inaboutissement des coopérations peut être dû à leur incapacité à surmonter la tendance des établissements, ancienne ou réactualisée par la T2A, à se concurrencer (cf. II-A) ; l'impasse de la coopération peut alors renforcer et pérenniser cette tension. Mais il arrive aussi que certaines coopérations aient pour effet d'exacerber la concurrence sous couvert de rationalisation de l'offre, notamment parce qu'il leur manque une approche territoriale cohérente. Par exemple, en Aveyron, le CH de

Rodez, établissement pivot de son territoire, après avoir fait l'objet d'une rénovation de centaines de lits et du plateau technique a vu émerger le projet d'un pôle concurrent entre Villefranche-de-Rouergue, Decazeville et Figeac (dans le Lot) lorsque les trois établissements ont annoncé leur intention de constituer une CHT. Quel que soit l'avenir de cette initiative, elle compromet la rentabilisation des investissements de Rodez, sans doute surdimensionnés au demeurant. Dans les Hautes-Pyrénées, l'ARS a dû ajourner la mise en place opérationnelle d'un GCS formé entre les CH de Tarbes et de Lourdes pour réaliser la maîtrise d'ouvrage du futur établissement résultant de leur rapprochement, afin que l'investissement ne prenne pas de vitesse la réalisation d'un projet de territoire impliquant l'ensemble des acteurs et comportant des répartitions d'activités.

Dans d'autres cas, la coopération crée de toutes pièces la concurrence entre équipements : afin qu'il y ait une activité publique de radiothérapie à Boulogne-sur-Mer, on a autorisé en 2005 un GIE regroupant le CH et des radiologues libéraux pour exploiter un accélérateur de particules, permettant aux médecins libéraux d'exploiter la moitié de cet équipement en plus des deux qu'ils détenaient déjà dans leur groupement propre ; pour qu'ils acceptent d'en assurer l'environnement technique de sécurité, ils ont par ailleurs été autorisés à exploiter un appareil d'IRM, qui est venu s'ajouter à ceux du secteur public de la région.

2 – Des coopérations entravant la restructuration

Pour des raisons qui tiennent essentiellement à une insuffisante articulation avec la planification sanitaire, les coopérations peuvent aboutir à des contre-sens par rapport aux flux effectifs de patients, à des prolongations artificielles d'activités voire à la création d'activités non optimales.

Si les coopérations sont menées dans un territoire dont les limites administratives sont en décalage avec les flux de patients, elles faussent les effets attendus des restructurations. Par exemple, le CH de Lavaré est inclus dans le territoire de santé du Tarn Sud alors que les flux se portent naturellement vers le CHU de Toulouse. Le nouveau CH de Castres-Mazamet risque du reste, pour la même raison d'une mauvaise définition préalable de son territoire de desserte, de peiner à amortir son investissement. La perspective d'une CHT entre les CH de Mont-de-Marsan et de Dax paraît précaire du fait des habitudes ancrées de relations entre Mont-de-Marsan et Pau, d'une part et entre Dax et Bayonne, d'autre part. Il lui faudrait sans doute une assise plus large.

Une action de coopération peut avoir pour effet de prolonger artificiellement une activité, notamment, là aussi, si elle n'est pas intégrée dans une approche globale du territoire de santé. On peut citer des coopérations à caractère défensif destinées à maintenir des activités chirurgicales et d'urgence en l'absence de définition par la tutelle de priorités et de cartographies par spécialités et activités, par exemple entre Douarnenez et le CHI de Quimper-Concarneau. Il faut du reste admettre que la coopération peut rester impuissante à préserver le réseau lorsque la population est en déclin trop marqué ou se caractérise par des taux de fuite importants. Elle peut certes améliorer l'accès aux soins et leur qualité sans empêcher que les taux de fuite restent forts, situation ambiguë qu'on trouve par exemple à la suite de la coopération du CH de Montmorillon et du CHU de Poitiers.

Enfin, certaines coopérations ont favorisé le développement d'activités en dépassement des objectifs quantifiés des SROS. Par exemple, le littoral du Pas-de-Calais comporte deux centres d'assistance médicale à la procréation alors qu'il n'aurait dû en exister qu'un seul, certes du fait de défaillances dans la procédure administrative de demande d'autorisation mais également parce que l'habillage coopératif entre le public et le privé a eu un effet entraînant sur la tutelle.

3 - Des outils détournés de leur vocation

On a vu que, fort logiquement, la tutelle s'est à plusieurs reprises servie du mécanisme d'autorisation des équipements pour provoquer des coopérations. Cette approche peut cependant dériver vers une discutable pratique du marchandage, avec des résultats non rationnels. Dans le cas de la radiothérapie de Boulogne-sur-Mer déjà évoqué, les tractations de la tutelle avec le secteur privé pour qu'une offre publique puisse être présente dans la zone ont abouti à laisser à la discrétion du privé le bon fonctionnement et le développement de cette offre. De fait, lors du renouvellement de l'autorisation en 2009, le CH n'avait pas atteint le niveau de conformité et seuls les opérateurs privés ont conservé une autorisation, avec au surplus l'IRM obtenu par eux au départ, seul effet concret de l'opération. Ce résultat paradoxal a été masqué par l'obligation faite de céder l'autorisation à un GCS constitué avec le CH. La constitution du GCS a du reste été lente et a accusé plusieurs mois de retard par rapport à l'échéance prévue. En tout état de cause, son existence paraît devoir rester plus formelle que susceptible d'effets concrets.

Ce risque de détournement formaliste des outils de la coopération se présente notamment dans deux configurations. D'une part, ils peuvent servir de simple -mais flatteur- support juridique à des relations contractuelles très proches, sur le fond, du droit commun. Lorsqu'un CH

utilise le plateau technique d'une clinique, il arrive que la forme d'un GCS soit donnée à un contenu en fait très similaire à un contrat d'exercice libéral.

D'autre part, les supports propres à la coopération peuvent être utilisés pour dissimuler ou atténuer l'impact d'une remise en cause, peut-être inéluctable mais politiquement difficile à assumer, de la prise en charge par le secteur public : dans ce cas, un GCS pourra être porteur d'autorisation dans lequel la présence de l'offre publique sera en réalité marginale et pas nécessairement vouée à durer.

D – L'absence de dimension stratégique

Si, au total, effets positifs, effets contre-productifs et fragilités se côtoient dans les pratiques historiques de la coopération, ils confirment par défaut que celles-ci n'atteignent pas, sauf exception, le niveau d'un instrument de stratégie, ni pour le devenir de chaque établissement, ni du point de vue de l'offre globale.

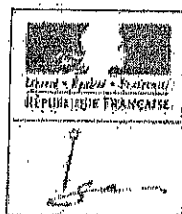
Les actions de coopération sont certes souvent mentionnées parmi les orientations stratégiques des CPOM mais cela ne suffit pas à leur donner cette dimension, reposant sur une analyse objective des points forts et des points faibles des établissements et visant à une recomposition ou à une articulation globale de l'offre de soins. Alors même que le positionnement concurrentiel ou la situation financière exigeraient souvent davantage, les juridictions financières ont observé des juxtapositions de conventions ponctuelles, fruits des circonstances ou des obligations réglementaires voire des effets de mode, sans cadre général ni assurance de pérennité.

C'est ainsi une vision défensive de la coopération qui l'emporte le plus souvent sur toute autre, au lieu, par exemple, de faciliter la trajectoire des patients et la bonne articulation de la chaîne des soins entre l'hôpital et la médecine de ville. Dans ce domaine, les cliniques excellent souvent. Le secteur public, en revanche et notamment des établissements importants et prestigieux, y peine. Ainsi notamment du CHU de Grenoble, dont les défauts de l'organisation interne empêchent largement l'adressage pérenne par les cabinets de ville. Les difficultés résultent aussi du caractère encore embryonnaire de l'organisation des relations externes, sujet qui a jusqu'ici été négligé. La mise à disposition des plateaux techniques est un autre moyen de favoriser des complémentarités mutuellement intéressantes. A Grenoble, il y a, face à la concurrence, sous-utilisation de cette possibilité, qui n'est ni objectivée ni évaluée.

LES COOPERATIONS HOSPITALIERES

*
* *

Au total, en 2010 au moment où la loi HPST commence d'être mise en œuvre, il apparaît que les instruments traditionnels de la coopération n'étaient pour la plupart pas conçus pour être des vecteurs de reconstitution. La tutelle ne les a pas exploités à cette fin, sauf de façon marginale puisqu'elle ne s'est guère montrée directive en dépit des outils forts dont elle pouvait déjà disposer pour imposer des réorganisations et dont les réalisations n'ont été ni suivies ni évaluées.



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-020P

Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années?

RAPPORT

Établi par

Dr Françoise LALANDE, Claire SCOTTON
Pierre-Yves BOCQUET, Jean-Louis BONNET
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Annexe 4 : Les outils juridiques de coopération entre établissements de santé

- [371] La coopération n'est pas nécessairement conçue comme une étape dans un processus de fusion entre établissements, mais la plupart des fusions ont été précédées de multiples coopérations entre les établissements. De plus, certaines coopérations poursuivent des objectifs similaires à ceux d'une fusion, comme l'efficacité ou la réorganisation d'activités de soins entre établissements. Dans ce contexte, la mission a jugé utile de présenter les principaux outils juridiques de coopération entre établissements de santé. Le champ d'étude de la mission est restreint aux coopérations à visée intégrative entre établissements publics de santé. Toutefois, quelques autres outils de coopération sont mentionnés à titre informatif.
- [372] Depuis les années 1970, et la création des groupements inter-hospitaliers (cf annexe 3), de nombreux outils juridiques ont été créés afin d'organiser les coopérations, à visée intégrative ou non, entre établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, au sein du domaine sanitaire, ou entre le domaine sanitaire et le domaine social et médico-social. Des outils existent également pour favoriser les coopérations entre les établissements et les autres professionnels de santé.
- [373] Les objectifs de la coopération sont divers, et ne sont pas nécessairement poursuivis simultanément. Une coopération peut viser à renforcer la qualité ou la sécurité des soins, améliorer l'organisation du travail ou les conditions de travail, structurer les filières de soins, ou encore améliorer l'efficacité économique des structures. Un outil spécifique peut être plus adapté à l'un ou l'autre de ces objectifs, sans qu'une corrélation stricte puisse être établie.
- [374] Il convient de distinguer les coopérations conventionnelles, qui ne disposent pas de la personnalité morale, des outils de coopération organique, largement utilisées dans le cadre de coopération entre établissements publics et privés¹¹⁰.

1. LES COOPERATIONS CONVENTIONNELLES CONSTITUENT LE MODE DE COOPERATION LE PLUS SOUPLE

- [375] La coopération conventionnelle consiste en la signature d'un simple contrat qui fait la loi des parties dès sa signature. Les parties sont libres dans la rédaction des clauses conventionnelles (sous réserve de respecter les règles découlant de la loi, du règlement et de la jurisprudence). Mode de coopération le plus souple, la coopération conventionnelle ne nécessite pas la création d'une nouvelle entité juridique. Sa portée en est de ce fait limitée. En particulier, la convention ne permet pas aux partenaires de dédier à l'activité gérée en commun du personnel propre, un budget autonome, ou encore lui affecter un patrimoine.
- [376] Alors que les outils précédents portaient souvent sur une activité particulière, la communauté hospitalière de territoire a été créée par la loi HPST afin de fournir un cadre de coordination stratégique plus abouti que ceux existant auparavant (cf annexe 3).

¹¹⁰ La direction commune n'a pas été considérée comme un outil de coopération au sens strict, et n'est donc pas étudiée ici.

1.1. Les outils conventionnels de coopération entre établissements publics de santé poursuivent divers objectifs et rencontrent leurs limites face à la logique concurrentielle de la T2A

1.1.1. La convention de coopération constitue la formule la plus souple

[377] La convention de coopération permet d'associer toute personne publique ou privée, physique ou morale. Elle peut porter sur tout type d'objectifs : coopérations médicales, mutualisation de plateaux techniques, et de fonctions médico-techniques, fonctions logistiques et techniques, fonctions de direction. Sa mise en place est rapide, mais cette forme juridique n'engage pas sur le long terme.

1.1.2. La fédération médicale interhospitalière (FMIH) favorise la coordination et la mutualisation de moyens

[378] La possibilité pour des centres hospitaliers de participer à des fédérations médicales interhospitalières est prévue à l'article L. 6135-1 du code de la santé publique.

[379] Elle est ouverte aux seuls centres hospitaliers, excluant les établissements de santé privés. Sur le support d'une convention, par décision conjointe des directeurs prise après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, la fédération médicale interhospitalière permet aux établissements de rapprocher leurs activités médicales, de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines de leurs structures internes. Elle permet par exemple d'organiser le partage du temps médical entre d'un centre hospitalier universitaire (CHU) vers un centre hospitalier (CH) de référence.

[380] Elle se traduit par une mutualisation des moyens médicaux (appui apporté aux établissements de proximité, consultations avancées, accès facilité aux plateaux techniques), la définition de protocoles communs de prise en charge de patients atteints de certaines pathologies, et enfin par l'organisation de la continuité et de la permanence des soins.

[381] A l'instar des autres outils de coopération conventionnels, une fédération médicale interhospitalière n'a pas la personnalité morale. La stratégie coopérative peut de ce fait entrer en contradiction avec la logique concurrentielle de la T2A. Les difficultés relatives à la valorisation du temps médical partagé l'illustrent : un CHU mettant à disposition des praticiens à un CH est rémunéré en vacations indépendantes de l'activité réelle réalisée au sein du CH. Si les vacations ne sont pas équivalentes aux recettes T2A engendrées par l'activité des praticiens mis à disposition, l'un des deux établissements est perdant. Les établissements peuvent certes déterminer une clef de répartition tenant compte de l'activité réelle et des recettes effectivement perçues, mais l'aléa lié à ce dispositif peut limiter la mise en place de telles coopérations, par exemple l'organisation de consultations avancées dans des hôpitaux de proximité.

[382] Malgré cet inconvénient inhérent à tout dispositif conventionnel, la FMIH est relativement utilisée. Toutefois, elle limite la coopération à un objet spécifique. C'est pour offrir un cadre stratégique englobant l'ensemble des activités, y compris médicales, que la CHT a été créée.

1.1.3. La communauté hospitalière de territoire (CHT), cadre d'articulation stratégique, est limitée par l'absence de personnalité morale

[383] Les communautés hospitalières de territoire (CHT) instituées par la loi HPST ont théoriquement vocation à offrir un cadre d'articulation stratégique à plusieurs établissements publics de santé. L'article 22 de la loi HPST dispose que des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines activités et fonctions. Elles sont censées notamment (i) organiser des délégations ou transferts de compétences entre établissements partenaires, avec éventuellement des transferts d'actifs, (ii) mettre en cohérence leurs orientations stratégiques, en particulier en matière d'investissement et de financement, (iii) définir leurs modalités de coopération en matière de gestion et de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers¹¹¹. Elle doit permettre d'organiser la gradation des soins, et la répartition des activités entre les centres hospitaliers d'un territoire.

[384] Cependant, la CHT n'a pas la personnalité morale. Les établissements partie à la convention de CHT désignent l'un d'entre eux comme établissement siège. De ce fait, les logiques de coopération peuvent entrer en contradiction avec la logique concurrentielle de la tarification à l'activité (T2A) (cf. annexe 5) :

- n'ayant pas de personnalité juridique, les CHT ne peuvent en elles-mêmes servir de support opérationnel et financier aux opérations mutualisées ; pour le faire, les entités devront constituer des entités spécifiques - groupements de coopération sanitaire (GCS), groupements de coopération sanitaire-établissements de santé (GCS-ES) ou autres structures du même type ;
- mais la CHT n'organise pas non plus par la voie conventionnelle une solidarité financière et stratégique de groupe entre les entités qui la composent, qui permettrait notamment de présenter des comptes consolidés (afin de dépasser au niveau du groupe la logique « propriétaire » induite par la T2A au niveau de chaque établissement) et de mutualiser la capacité d'emprunt des établissements membres (et donc d'intégrer véritablement leur politique d'investissement). En effet, l'élaboration de « comptes combinés » (article L6132-2) n'est qu'une modalité de présentation des comptes permettant de tracer les contributions de chacun au fonctionnement de la CHT.

[385] Dès lors, si les établissements membres de la CHT ne se dotent pas par ailleurs d'une ou de plusieurs structures spécialisées pour gérer leurs coopérations, celles-ci seront toujours aussi fragiles face à la logique de la T2A ; et si de telles structures sont mises en place, leur création aboutit à complexifier la gouvernance de l'ensemble, faute de disposer d'une structure factière clairement dédiée à la gouvernance stratégique du groupe.

[386] Par ailleurs, un problème spécifique se pose pour organiser des CHT en psychiatrie. Un établissement ne peut être membre de plusieurs CHT. De ce fait, un centre hospitalier disposant d'une autorisation en santé mentale ne peut constituer une CHT avec un centre hospitalier spécialisé s'il est déjà membre d'une autre CHT.

¹¹¹ Cf. l'article L6132-2 du code de la santé publique sur le contenu de la convention constitutive d'une CHT ;

1.2. D'autres outils de coopération visent à coordonner l'action des professionnels de santé, résoudre les problèmes de recrutement de praticiens, ou encore améliorer l'efficience de l'offre de soins

1.2.1. Le réseau de santé permet notamment des coopérations entre un établissement et des médecins libéraux de ville

[387] Selon les termes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « [les] réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ».

[388] — Ils peuvent être constitués entre « les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers » (Article L6321-1 CSP).

[389] Ainsi, un réseau de santé peut être créé afin de mettre à disposition de médecins libéraux de ville le plateau technique d'un établissement de santé. Ce montage peut être intéressant en cas de sous-utilisation dudit plateau technique.

1.2.2. Les contrats créés par la loi HPST visent à répondre aux problèmes de recrutement de praticiens

[390] La loi HPST dispose que les établissements publics de santé ont désormais la possibilité de faire appel à des médecins libéraux (article L 6146-2 du CSP)¹¹². Seuls les patients ne nécessitant pas une hospitalisation demeurent des patients personnels des médecins libéraux.

[391] La loi HPST crée également des contrats de clinicien hospitalier pour des emplois « présentant une difficulté particulière à être pourvus ». Ce contrat prévoit une rémunération spécifique. Sa durée est de trois ans renouvelable une fois. Recourir à ce type de contrat est encadré : il est présenté et proposé au directeur général d'ARS (DGARS) dans le contrat d'objectifs et de moyens que l'établissement doit passer avec l'agence.

2. EN CREANT UNE PERSONNE MORALE NOUVELLE, LES OUTILS DE COOPERATION ORGANIQUE ONT FAVORISE DES MUTUALISATIONS DE MOYENS, NOTAMMENT ENTRE ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES

[392] La coopération organique conduit à la création d'une personne morale nouvelle. À la différence d'une simple convention, une structure organique de coopération dispose d'un budget propre, d'un patrimoine, de la possibilité de recruter son personnel et, pour certaines, de la possibilité d'être titulaire en propre d'une autorisation d'activités de soins, d'équipements en matériels lourds ou de disposer d'une pharmacie à usage intérieur propre. Le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement d'intérêt économique (GIE) et le GCS sont les outils les plus courants¹¹³.

¹¹² La notion de service public hospitalier a été supprimée par la loi HPST et remplacée par l'attribution de « missions de service public » (article L 6112-4).

¹¹³ D'autres structures de coopération organique existent, comme le groupement de coopération sociale ou médicosociale, l'association loi 1901, la fondation, la société d'économie mixte locale.

2.1. GCS, GIE et GIP ont permis de mutualiser des moyens, notamment entre établissements de santé publics et partenaires privés

2.1.1. Le GIE et le GIP sont des outils de coopération très utilisés

- [393] Les établissements publics peuvent participer à des groupements d'intérêt public et à des groupements d'intérêt économique (article L. 6134-1 du CSP). Ces deux formes de coopération sont très souvent utilisées, tant pour la gestion commune d'équipements lourds avec des praticiens libéraux, que pour la création de services logistiques (restauration, blanchisserie) ou encore pour la mise en œuvre d'un système d'information.
- [394] Les GIE comme les GIP permettent, en effet, de s'associer avec des partenaires privés selon des modalités juridiques simples qui ne mettent pas en cause l'identité des partenaires.

2.1.2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens (GCS de moyens) permet aux établissements de santé, publics ou privés, de mutualiser leurs moyens pour les activités de soins

- [395] Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé.
- [396] Le GCS est l'outil privilégié de la coopération public-privé : il permet aux hôpitaux et aux cliniques privées de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs¹⁴.
- [397] Il est parfois utilisé dans le cadre de coopérations entre établissements publics. Selon une enquête réalisée par la DGOS, 18,6% des GCS sont constitués entre établissements publics de santé au 30 juin 2010¹⁵.
- [398] Au 30 juin 2010, on comptait environ 347 GCS dans 26 régions.
- [399] S'il ne constitue pas un établissement de santé, le GCS de moyens est cependant doté de la personnalité morale et peut détenir des autorisations d'équipements lourds. Il a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il peut organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement (article 6133-1 du CSP). Depuis la loi HPST, un GCS peut participer aux enseignements publics (médical, pharmaceutique et postuniversitaire) et aux activités de recherche. A titre d'exemple, un CHU menant une recherche biomédicale peut associer d'autres établissements publics de santé par le biais d'un GCS. L'assemblée générale peut autoriser le GCS à déposer et à exploiter des brevets avec valorisation des résultats.
- [400] Le GCS peut avoir pour objet une mission de service public : soins palliatifs, permanence de soins, aide médicale d'urgence, prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement (article L. 6112-1 CSP).

¹⁴ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996.

¹⁵ Soit 56 GCS sur les 300 GCS ayant répondu à l'enquête. 140 GCS sont composés d'établissements de santé publics et privés, 74 GCS associent des professionnels de santé libéraux, et 21 ont été conclus avec des structures ou établissements médico-sociaux.

- [401] L'article R. 6133-5 du Code de la santé publique liste les éléments transférables au GCS, via le DGARS : système d'information et de télécommunication, opérations immobilières, programmes d'investissements.
- [402] La qualité juridique du GCS a fait l'objet de multiples débats. Depuis la promulgation de la loi Fourcade¹¹⁶, le code de la santé publique (art L 6133-3) distingue trois cas :
1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux.
 2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé.
 3. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.
- [403] Au 30 juin 2010, la moitié des GCS étaient de droit public.
- [404] Ce dispositif a principalement permis à la coopération entre établissements publics et privés de se développer pour optimiser l'utilisation de certains équipements et installations.

2.2. Les syndicats interhospitaliers, ciblés et relativement peu utilisés, sont appelés à disparaître

- [405] Les syndicats inter hospitaliers¹¹⁷ (SIH) disposent de la personnalité morale. Ils constituent des établissements publics dotés de l'autonomie financière.
- [406] Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la santé.
- [407] Dans sa rédaction antérieure à la loi HPST, l'article L.6132-1 CSP précise que la mission de ces syndicats porte sur « toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier ». Il donne ensuite une liste non exhaustive de ces activités :
- Création et gestion de services communs
 - Formation du personnel
 - Etude et réalisation de travaux d'équipements
 - Centralisation des ressources d'amortissement
 - Gestion de la trésorerie, des emprunts et des subventions d'équipement
 - Création et gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.

¹¹⁶ Deux hypothèses étaient envisagées par la loi HPST :

i. « Le GCS est de droit public, soit lorsqu'il est constitué exclusivement de personnes de droit public ou lorsqu'il comprend des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux, soit si la majorité des apports au capital du groupement provient de personnes de droit public ou, si le GCS est constitué sans capital, la majorité des participations aux charges de fonctionnement est assurée par des personnes de droit public ».

ii. Le GCS est de droit privé, « soit lorsqu'il est constitué exclusivement de personnes de droit privé, soit si la majorité des apports au capital du groupement provient de personnes de droit privé ou, si le GCS s'est constitué sans capital, la majorité des participations aux charges de fonctionnement est assurée par des personnes privées ».

Ainsi, le choix entre GCS de droit public et GCS de droit privé n'existait que si le GCS comportait des structures publiques et privées, dont les apports en capital ou les participations aux charges de fonctionnement étaient équivalents.

¹¹⁷ Leur fonctionnement était précisé aux articles L6132-1 à L6132-8 du CSP, avant les modifications du code induites par la loi HPST.

[...]

3. L'UTILISATION DES OUTILS JURIDIQUES FAIT L'OBJET D'UNE PLANIFICATION PARTIELLE

[...]

3.2. *Le périmètre de la coopération et des acteurs concernés doit davantage prendre en compte les besoins du territoire*

[418] Les coopérations traditionnelles, basées sur des considérations de moyens, n'ont pas explicitement pour objectif de structurer l'offre de soins sur un territoire. Elles répondent davantage à des besoins particuliers d'établissements, principalement liés à des difficultés de recrutement de praticiens ou des déficits financiers. Toutefois, elles s'inscrivent toujours dans un territoire donné, et doivent théoriquement tenir compte des flux de patients, du contexte socio-économique et démographique, et des besoins de santé de la population. Dans les faits, l'analyse des besoins de santé du territoire n'est pas nécessairement réalisée préalablement à la coopération, y compris lorsqu'elle porte sur des activités de soins.

[419] En créant la CHT, la loi HPST entend favoriser l'ancrage territorial de la coopération. L'outil de coopération n'est plus conçu comme un outil pragmatique répondant à un besoin particulier, mais comme un instrument de planification au service de la recomposition de l'offre hospitalière, de l'efficacité, et de l'amélioration du parcours du patient.

[420] C'est le territoire, au périmètre adaptable, et non le département ou la région, qui a été retenu comme découpage territorial pertinent pour ce nouvel outil de coopération conventionnel.

[421] Il est à noter que les CHT constituées ou en cours de constitution ne respectent pas nécessairement le « territoire de santé »¹¹⁹ déterminé par le DGARS120. De fait, s'il est souhaitable que cette référence géographique soit structurante pour organiser des coopérations sur un territoire donné, le pragmatisme doit primer en la matière.

4. LES POUVOIRS DU DGARS EN MATIÈRE DE COOPÉRATION SONT LARGES

[422] L'ARS dispose d'une palette d'outils pour coordonner les actions des établissements, les inciter à coopérer ou, le cas échéant, les y contraindre. Plusieurs mesures, présentées ci-dessous, peuvent être prises par le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS).

4.1. *Le DGARS dispose de moyens coercitifs peu utilisés en pratique*

4.1.1. Le DGARS peut prendre « les mesures appropriées » pour obtenir la création d'une CHT, une convention, un GCS, un GIP ou une fusion

[423] Selon les termes de l'article L6131-1 du Code de la Santé Publique, le DGARS coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

¹¹⁹ Les territoires de santé, créés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et complétée par la circulaire du 5 mars 2004, ont remplacé les secteurs sanitaires (cf annexe 3). En fonction des activités et des équipements, les territoires de santé « constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national ». Cela permet d'adapter le découpage territorial aux diverses activités de soins : le territoire de la prise en charge des urgences n'est pas nécessairement le même que celui de la réanimation ou de la dialyse. Ils s'inscrivent dans une démarche d'évaluation des besoins de santé. Le directeur de l'ARS détermine les limites des territoires relevant du schéma régional. Le ministre chargé de la santé détermine les territoires relevant d'un schéma interrégional ou national.

¹²⁰ Une étude de l'IRDES publiée en 2008¹²⁰ souligne la grande diversité des territoires de santé. En 2007, il existe 153 territoires, dont la taille moyenne est de 374 000 habitants. Ils sont très hétérogènes en matière de population couverte : 43 territoires comptent moins de 200 000 habitants et 8 moins de 100 000 habitants. Dans les SROS II, seuls 23 secteurs comptaient moins de 200 000 habitants et 3 moins de 100 000.

- l'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;
- garantir la qualité et la sécurité des soins ;
- améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût ;
- améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

[424] Afin d'atteindre ces objectifs, le directeur général de l'ARS peut demander aux établissements publics de santé de :

- conclure une convention de coopération ou une convention de communauté hospitalière de territoire ;
- créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;
- prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements de santé concernés.

[425] La demande est transmise au conseil de surveillance, au directoire et à la commission médicale des établissements concernés. Elle précise les conséquences économiques et sociales de l'action de coopération ainsi que celles sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins. Les objectifs du pilotage régional de santé peuvent conduire le directeur de l'agence régionale de santé à solliciter la mise en place d'une coopération que n'auraient pas initiée spontanément les établissements publics de santé.

[426] Si sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur général de l'ARS peut prendre les « mesures appropriées » (L6131-2 CSP), notamment une diminution des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour que les établissements mettent en œuvre l'action de coopération exigée par la tutelle régionale (selon les cas, passation d'une convention de coopération, création d'un groupement d'intérêt public ou d'un groupement de coopération sanitaire). Ainsi, à défaut de pouvoir créer un GCS par un acte unilatéral, le directeur général de l'ARS pourrait y contraindre les établissements en jouant sur le niveau de leurs dotations financières. Encore faut-il que le niveau de ces dotations soit significatif. Un établissement qui tirerait l'essentiel de ses ressources de la tarification à l'activité et percevrait peu ou pas de crédits de type MIGAC ne serait guère touché par une telle mesure.

[427] Lorsque la demande du directeur général de l'ARS n'est pas suivie d'effet, il peut prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

[428] De fait, ces leviers sont assez peu utilisés, les DG ARS privilégiant le consensus tant à l'égard du personnel que des élus. L'appropriation d'un projet de coopération par les différents acteurs, notamment les communautés médicales, est l'une des conditions de réussite des réorganisations prévues (cf annexe 11). A cet égard, l'usage mesuré des outils coercitifs n'est pas à blâmer.

MOTS CLÉS

Coopération interhospitalière
Mise en place
Difficulté
Analyse

ORGANISATION

Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier

Dans un contexte de compétition croissante entre établissements de santé et de raréfaction des moyens humains comme financiers, la coopération, définie ici comme la recherche d'objectifs communs, via le développement d'une stratégie partagée et la mise en commun de moyens, apparaît comme une solution particulièrement avantageuse pour les hôpitaux. On constate cependant une frilosité importante de ces derniers à s'engager dans des démarches de coopération étroite. L'auteur étudie les raisons de ces freins, analysées en rapport avec les spécificités mêmes du milieu hospitalier. Difficulté à établir un lien de confiance, incertitude quant au « produit échangé », organisation hospitalière éclatée et poids du corps médical... autant d'axes qui expliquent les mécanismes sous-jacents de cette situation paradoxale.

La coopération existe en France depuis la loi Boulin du 31 décembre 1970, qui entraîne la création des syndicats et groupements interhospitaliers. Depuis cette date, plusieurs lois ont eu pour but de structurer les outils de coopération offerts aux établissements pour mettre en œuvre leur stratégie médicale : groupements d'intérêts économiques, groupements d'intérêts publics, communautés d'établissements, etc. En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) réforme les outils existants et crée deux nouveaux statuts : la communauté hospitalière de territoire (CHT) et le groupement de coopération sanitaire (GCS) « établissement de santé ». Le GCS de moyens fait également l'objet de développements spécifiques. Pour inciter les établissements à s'engager dans des projets de coopération, la loi prévoit des aides et des incitations financières. En 2011, un guide méthodologique est publié par l'Agence nationale d'amélioration de la performance (Anap), véritable mode d'emploi de la coopération à destination des établissements et des agences régionales de santé (ARS).

Claire CHAUMONT
Consultante spécialisée
en santé hospitalière
Kurt Salmon

Cependant, malgré l'engouement des pouvoirs publics pour ces outils, rares sont les structures qui utilisent pleinement le potentiel offert par le cadre législatif qui, via les GCS missions expérimentales⁽¹⁾ puis les GCS établissements de santé, permet aux acteurs de s'engager autour d'une stratégie commune. En juin 2010, un recensement du ministère de la Santé fait état de 347 GCS au niveau national, une augmentation significative depuis 2004⁽²⁾. Cependant, parmi ceux-ci, seuls 29 sont déclarés comme GCS établissements de santé, titulaires d'une personnalité morale et seuls habilités à porter une autorisation d'activités de soins. En outre, parmi les 318 GCS de moyens, près de 50% concernent la mise en commun d'activités administratives, informatiques ou logistiques ou un investissement immobilier. Seuls 25% (79 GCS) concernent des prestations médicales croisées.

Cette frilosité des établissements à s'engager dans des démarches de rapprochement est surprenante dans un contexte de compétition renforcée entre établissements que nourrissent raréfaction des moyens – ressources humaines comme équipements – et exigences accrues des tutelles.

Pourquoi de telles difficultés de mise en œuvre pour les établissements ? Les raisons sont-elles à chercher dans les

contraintes de la coopération même qui induit une part d'inconnu, créant un risque non mesurable pour les acteurs? Résident-elles dans l'organisation de l'offre de soins, une production centrée autour de la santé du patient, qui rend le gain futur de la coopération difficilement évaluable? Ou encore le milieu hospitalier, qui articule sa structure autour du « médecin producteur », fragilise-t-il la coopération en la soumettant à des accords interindividuels?

Chacune de ces pistes apporte des éléments de réponse aux difficultés actuelles et explique pourquoi la coopération hospitalière, qu'on définira comme la recherche d'objectifs communs, via le développement d'une stratégie partagée et la mise en commun de moyens, est si souvent difficile, voire explosive. Il est problématique de définir une stratégie commune dans un cadre coopératif à cause du « dilemme du prisonnier ».

Ces difficultés initiales sont renforcées par des incertitudes spécifiques à l'hôpital quant à la validité du « produit » échangé. Et c'est parce que le médecin, dans l'hôpital, est le dépositaire d'une production si difficile à mesurer qu'il peut seul évaluer l'activité de ses pairs. La coopération va donc *in fine* reposer sur un échange entre individus sur leurs pratiques et leurs valeurs.

Coopérer, une évidence?

Des contraintes grandissantes

Aujourd'hui, plus que jamais, les contraintes auxquelles font face les établissements de santé montrent que ces derniers devraient spontanément s'associer dans des démarches de coopération étroite. Recherche d'efficacité imposée, raréfaction des moyens, concurrence entre établissements soumettent ces derniers à des pressions sans cesse croissantes.

Le contexte politique français explique en partie la rivalité existant entre structures hospitalières. L'hôpital, du fait de la spécificité de son offre – fournir des soins à la population –, intervient sur un territoire restreint et selon une logique monopolistique. Or, en France, la réglementation a permis le développement parallèle de structures publiques et privées. On comptabilise ainsi, au 31 décembre 2009, 2 751 établissements de santé, dont 734 établissements privés d'intérêt collectif (Espic), 1 051 établissements privés à but lucratif et 966 hôpitaux publics⁽³⁾. Cette superposition de structures ayant des bassins de recrutement de patients communs conduit à des phénomènes concurrentiels parfois très forts. Ces rivalités sont aujourd'hui renforcées par des contraintes économiques et financières croissantes, particulièrement depuis le passage en tarification à l'activité (T2A). Désormais, le développement d'un établissement est étroitement lié à ses résultats économiques. Les hôpitaux n'ayant aucun levier sur la fixation des prix des soins, la recherche d'efficacité se base donc principalement sur deux axes : augmentation des recettes via une augmentation de l'activité (en limitant les taux de fuite de patients vers d'autres établissements concurrents ou en investissant de nouveaux secteurs d'activités par exemple) et maîtrise des coûts. Ces deux axes de développement vont structurer la stratégie des établissements de soins : dans un premier temps en recherchant des économies d'échelles, via des stratégies de négociation ou d'adaptation

notamment vis-à-vis des fournisseurs ; dans un second temps en utilisant les spécificités de leur environnement pour se développer ou asseoir leurs activités (marketing hospitalier).

Or, dans ce contexte de forte compétition, les possibilités des établissements sont de plus en plus limitées du fait d'une raréfaction des moyens humains et matériels et d'exigences réglementaires accrues.

La production de soins est ainsi contrainte par les moyens humains dont l'établissement dispose – équipes médicales et paramédicales. Si le nombre global de médecins en France est important (199 987 praticiens en activité régulière au 1^{er} janvier 2011, soit 306,7 praticiens pour 100 000 habitants), leur répartition par discipline ou sur le territoire est déséquilibrée, entraînant la création de « déserts sanitaires » dans les régions françaises, en particulier en Picardie et dans le Centre⁽⁴⁾. Du fait de déséquilibres, certaines spécialités sont très demandées (anesthésistes ou kinésithérapeutes par exemple). Les établissements doivent donc développer des stratégies de recrutement astucieuses pour attirer ces personnels. L'hôpital se doit désormais d'être attractif non seulement auprès des patients, mais aussi des professionnels.

En parallèle, l'évolution de la médecine, à travers l'évolution des technologies et des pratiques médicales, impose aux structures une spécialisation plus forte, contraignant leur développement. De fait, cette exigence de technicité est de plus en plus imposée par le pouvoir public. Le cadre législatif, qui contraignait déjà le développe-

NOTES

(1) Arrêté du 16 avril 2007 pris en application de l'article L. 6133-5 du code de santé publique, *Journal officiel* 2007.

(2) D. Vallet, « Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire, bilan au 30 juin 2010 », DGOS, 2010.

(3) Données Dress SAE 2009, *Le Panorama des établissements de santé*, A. Exertier, C. Minodier et al., Dress, 2011, p. 61.

(4) G. Le Breton-Lerouvillois, « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011 », Conseil national de l'ordre des médecins, 2011.

NOTE

(5) B. Guerrien. *La Théorie des jeux*, 3^e édition, Economica, 2002. Le dilemme du prisonnier, illustration de la théorie des jeux, réalisée pour la première fois en 1950 par Melvin Dresher et Merrill Flood, prend la forme suivante : deux prisonniers, complices, sont retenus dans des cellules séparées et ne peuvent communiquer :

- si l'un des prisonniers dénonce l'autre, il est remis en liberté et le second obtient la peine maximale (10 ans) ;
- si chacun des deux dénonce l'autre, ils sont tous deux condamnés à une peine plus légère (5 ans) ;
- si les deux refusent de dénoncer, la peine est minimale (6 mois), faute d'éléments au dossier.

Le choix le plus empreint de rationalité pour chacun des acteurs est soit de dénoncer l'autre, soit de rejeter la coopération.

ment de l'imagerie ou de la pharmacie, via l'attribution des autorisations d'équipements lourds (scanner et IRM) ou le contrat de bon usage, s'étend désormais aux activités de soins.

Ainsi, depuis fin 2009, les établissements doivent disposer d'une autorisation particulière pour le traitement des malades atteints du cancer. Sa délivrance repose entre autres sur l'atteinte d'un seuil d'activité minimal, garantie d'une fiabilité technique. La chirurgie des cancers, la radiothérapie et la chimiothérapie sont soumises à ces seuils. En 2009, un projet du ministère de la Santé, visant à imposer un seuil d'activité minimal de 1 500 actes chirurgicaux pour un bloc opératoire, avait créé l'ire des professionnels et des élus. Il a pour l'instant été reporté *sine die*.

Ces exigences techniques, dont le but premier est d'améliorer la qualité des soins – une évolution que rendent également nécessaires les obligations légales d'accréditation de la Haute Autorité de santé (HAS) –, sont autant de cadres imposés aux établissements qui obligent ces derniers à faire évoluer leur offre de soins et, de là, leur organisation interne.

La coopération, une réponse adaptée ?

Compte tenu de ces nombreux facteurs et des contraintes de son environnement, plusieurs choix s'offrent à la structure hospitalière :

» développer de manière indépendante une stratégie médicale cohérente. Ce choix, opérant pour un établissement de taille importante de type CHU ou CHR, se révèle souvent difficile pour les établissements de petite taille (moins de 200 lits MCO) que frappent particulièrement la pénurie des ressources médicales et les seuils d'activité réglementaires :

» fusionner tout ou partie de l'activité de l'établissement avec celle d'un partenaire adapté. Une fusion/acquisition de deux entreprises intervenant sur des marchés similaires est une stratégie industrielle commune. Pour un hôpital, ce choix est beaucoup plus difficile du fait de ses spécificités géographique et organisationnelle.

Comme souligné plus haut, la production de soins est, pour majeure partie, fortement ancrée dans un territoire. Une fusion entre établissements sera donc nécessairement limitée (non-délocalisation des sites de production des soins). De même, les établissements n'ont qu'une maîtrise très partielle du processus décisionnel, leur activité étant régulée par l'autorité publique (qui gère les autorisations) ;

» coopérer avec les établissements intervenant dans son champ rapproché ou élargi. Cette coopération peut s'établir de manière plus ou moins poussée :

- mise en commun des moyens non liés à la production de soins : activités logistiques, administratives, de type développement informatique partagée, activités de nettoyage ou de restauration ;
- mise en commun de moyens liés à la production de soins : ressources humaines, activités médico-techniques, utilisation du bloc opératoire... ;
- mise en commun d'activités de soins via le partage de plateaux d'hospitalisation commune ou la répartition d'activités entre plusieurs établissements.

Pour ces deux derniers types de coopération (le premier se limite à une recherche d'efficacité ou de qualité), une réflexion stratégique partagée est nécessaire : quels sont nos objectifs de développement médical ? En quoi cette coopération nous permet-elle de les atteindre collectivement ?

Or, bien que ces types de coopération soient ceux qui auront l'impact le plus direct sur la production de soins des établissements (puisqu'ils sont plus directement en lien avec cette dernière), on constate que les établissements rencontrent des freins particulièrement forts dans leur conception et leur mise en œuvre.

Coopérer, tout sauf une évidence**Coopérer, ou remettre son avenir dans les mains d'autrui**

Par sa nature même, la coopération est le choix le plus difficile à mettre en œuvre pour les établissements. Elle implique une notion d'interdépendance entre les partenaires : la décision d'un des acteurs a des conséquences pour l'un comme pour l'autre. Cette difficulté s'illustre théoriquement dans un paradoxe connu : le dilemme du prisonnier⁽⁵⁾. Selon ce principe, deux prisonniers complices d'un délit, incités à dénoncer l'autre pour bénéficier d'une peine réduite, ont intérêt à coopérer. Mais les incitations à trahir sont tellement fortes que la coopération n'est jamais la solution choisie : chacun des acteurs, selon un raisonnement rationnel, la rejette, pour un bénéfice inférieur à ce qu'ils auraient pu retirer ensemble. Seule la répétition va permettre de résoudre le dilemme, en instaurant une relation de confiance par la connaissance mutuelle des comportements.

Pour deux établissements hospitaliers, ce dilemme s'exprime selon la déclinaison suivante : les établissements A et B peu-

vent choisir de maintenir ou non leur plateau technique. Si chacun le maintient, l'activité chirurgicale est maintenue pour chacun, mais les coûts de fonctionnement sont importants. Si un seul renonce à son plateau technique, c'est en sa défaveur, puisque l'autre établissement récupère toute l'activité chirurgicale du bassin de santé. Enfin, s'ils partagent un plateau technique, l'activité chirurgicale est maintenue et les coûts de fonctionnement pour chacun sont diminués. Activité maintenue et moindre coût, la situation de coopération est donc préférable, mais elle est instable puisque son choix présente un risque (perdre son activité chirurgicale) pour celui qui s'y engage.

La coopération porte donc en elle une difficulté intrinsèque : chacun des partenaires doit abandonner une partie de sa liberté de choix au profit d'un autre dont il ignore les possibilités. L'acteur ne maîtrise qu'en partie le résultat final de son association.

Une confiance en autrui difficile à établir

Or, le milieu hospitalier va amplifier les difficultés intrinsèques de la coopération de deux manières : en entravant la liberté de choix des acteurs de la coopération et en aggravant leurs incertitudes quant au produit final de leur accord.

Nous l'avons dit, pour faire aboutir une coopération, il est nécessaire de créer un rapport de confiance important entre les différentes parties. Dans un rapprochement interhospitalier, plusieurs éléments vont limiter les choix des acteurs et rendre plus difficile l'instauration de cette confiance.

L'ancrage territorial pousse les établissements à une coopération entre concurrents directs ou proches, ne garantissant pas un large éventail de choix. En 2010, seuls huit GCS sont interrégionaux. En effet, les établissements n'engagent pas un dialogue avec un acteur neutre ou intervenant sur un champ d'action complémentaire, mais souvent avec leur concurrent principal. C'est particulièrement vrai dans le cas d'un GCS regroupant structures publiques et structures privées en concurrence sur des segments d'activité similaires (chirurgie orthopédique ou digestive, endoscopies).

La structure de tutelle a également un impact sur le dialogue entre partenaires : le dialogue ne se noue pas à deux, mais à trois. La santé n'est pas un bien comme les autres parce qu'elle impacte, par sa nature, toute la collectivité. L'État intervient donc en substituant ses choix à ceux des agents, limitant ainsi la liberté des établissements à s'adapter aux contraintes externes, notamment parce que ces derniers ne disposent pas de toute l'information disponible pour étayer leurs choix. Les hôpitaux sont donc moins disposés à s'engager dans des démarches de coopération lourdes s'ils ne décident que partiellement de leur stratégie. Le pouvoir tutélaire, en substituant aux partenaires une partie de leur liberté d'intervention, pèse donc dans la coopération.

Mais surtout, c'est la nature même de l'activité des établissements de santé qui freine la coopération. En effet, mesurer et identifier le produit « santé » demeure aléatoire du fait de la double incertitude patient/pratique médicale. Peu d'indicateurs objectifs fiables sont disponibles et cette difficulté à évaluer précisément les retombées d'une coopération fait peser une

« La coopération porte donc en elle une difficulté intrinsèque : chacun des partenaires doit abandonner une partie de sa liberté de choix au profit d'un autre dont il ignore les possibilités.

incertitude lourde sur la transaction, et ce quel que soit le mode opératoire choisi. Lors d'un accord contractuel explicite et contraignant où les parties renoncent délibérément à une fraction de leur liberté d'action, avec remise « d'otage » (c'est-à-dire l'engagement d'un actif ou, par exemple, d'une somme d'argent), l'évaluation de la valeur des actifs à remettre (des savoir-faire médicaux par exemple) est problématique. De même, dans une stratégie d'échanges réciproques, avec investissements séparés, l'incertitude quant au produit fini entrave le choix des partenaires, freinant la confiance potentielle que ces derniers placent dans la coopération (par exemple un des partenaires peut profiter d'une asymétrie d'information dans la négociation pour gagner un avantage compétitif...).

La fonction de production de soins des établissements de santé rend donc plus difficile la mise en œuvre du projet de rapprochement.

Coopérer, un défi impossible ?

Une organisation hospitalière qui fragilise la coopération

L'organisation des établissements de santé est elle aussi une contrainte. L'hôpital, entité indépendante, « agissant » et « pensant » de manière globale, a un fonctionnement interne qui fragilise la coopération. La structure d'un établissement de santé se carac-

NOTE

(6) H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'organisation, 1998. Dans son ouvrage, Henry Mintzberg propose une analyse globale des organisations selon cinq composantes dont le poids respectif influe sur la structure. Il distingue ainsi le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure et le support logistique.

térise en effet par ce que Mintzberg nomme la « bureaucratie professionnelle » (6) qui se distingue par un sommet stratégique disposant de peu de pouvoirs, avec une ligne hiérarchique limitée. La base opérationnelle dispose d'une large autonomie et d'un pouvoir fort dans la réalisation de son travail, du fait d'un haut niveau de compétence. Dans ce cadre, l'agent s'identifie à sa fonction avant sa structure. On retrouve ces composantes dans les établissements de santé, dont les équipes médicales, du fait de leur forte technicité, dispose d'un pouvoir important. Ce fonctionnement interne impacte fortement deux éléments essentiels de la coopération : la capacité de chaque acteur à agir dans le sens de la coopération et l'établissement de liens de confiance permettant de dépasser le dilemme initial.

Lors de la mise en place d'une coopération, cette organisation éclatée a deux impacts majeurs sur le processus décisionnel :

» le premier concerne la légitimité du porteur de projet. En effet, l'injonction de la direction à coopérer n'a que peu de poids face aux résistances du personnel médical si ce dernier n'adhère pas au projet. Seul garant des informations purement médicales, il dispose d'une autorité et d'une légitimité spécifiques, sources de pouvoir dans la négociation interne ou dans la conduite d'une coopération ;

» le second, en lien avec le premier, concerne la multiplicité des intérêts. On parlera ici d'intérêts diffus : les acteurs, tout en ayant des intérêts communs, n'ont pas nécessairement un intérêt partagé immédiat et puissant. Au sein de l'établissement de santé, le sommet hiérarchique n'ayant qu'une

autorité limitée, ces voix multiples seront difficiles à juguler ou rassembler. Pour porter un projet de coopération, direction et président de commission médicale d'établissement (CME) devront donc conjointement afficher des objectifs et une stratégie médicale claire pour susciter l'adhésion du corps médical.

Dès lors, la coopération est assujettie à l'évaluation d'une multiplicité d'acteurs, chacun devant être convaincu du projet de manière individuelle.

Une multitude d'accords interpersonnels

De même, l'identification des médecins à leur fonction impacte fortement les liens de confiance nécessaires à la coopération. Nous l'avons dit, l'élément primordial d'une coopération demeure la confiance. Or, méconnaissance du produit et organisation éclatée fragilisent cette dernière. Dès lors, la coopération doit prendre racine dans des mécanismes de réputation portés et transmis par les médecins. Une évaluation objective et partagée des actifs de chacun ne pouvant pas pleinement jouer, ce sont les valeurs et les pratiques médicales qui seront mises en avant, à un niveau plus fin que celui de la structure : par spécialité ou par individu. Par exemple, seul un chirurgien digestif sera à même de porter un jugement sur l'activité d'un chirurgien digestif d'un autre établissement. Ni la direction ni un praticien d'une autre spécialité ne pourront remplacer cet avis d'expert, puisque aucun critère objectif ne pourra le suppléer. À un dispositif global se substituent donc des évaluations interindividuelles : la négociation, qui se voudrait globale (entre deux directions d'établissement par exemple), se réalisera par tranches, chaque spécialité disposant d'éléments propres pour discuter de manière autonome et distincte. La coopération n'en sera que plus difficile.

Cette organisation interne induit donc un risque d'implosion pour chacune des structures engagées dans un tel projet.

Conclusion

La coopération est un mode d'organisation délicat à mettre en œuvre, qui nécessite vision commune, confiance mutuelle et capacité d'action de la part de ses protagonistes. Or, pour un établissement de santé, ces trois composantes sont difficiles à réunir, du fait de ses objectifs et de son organisation. Cela explique pourquoi le nombre de coopérations organisées autour d'une stratégie médicale commune demeure limité, malgré la simplification des outils juridiques et les incitations des pouvoirs publics.

Cependant, dans cette relation de confiance si difficile à établir réside peut-être également la clé de la coopération. C'est la répétition du dilemme qui permet de résoudre celui-ci, puisqu'elle amène chaque acteur à mieux comprendre et anticiper les mécanismes comportementaux de son partenaire. Puisque les hôpitaux ne sont pas délocalisables, le choix de leurs partenaires est limité. Les chances de répétition du « dilemme » sont donc accrues, amenant les établissements à progressivement mieux se connaître et à dépasser ces freins initiaux. La coopération, plus difficile à mettre en œuvre en milieu hospitalier, sera peut-être plus durable... ●

L'auteur remercie Didier Guidoni, Associé Santé-Secteur Public, Kurt Salmon.



RÉFLEXION

Coopérations hospitalières Stop ou encore ?

Les rapports sur les restructurations hospitalières se succèdent et se ressemblent. Qu'il s'agisse de la Cour des comptes⁽¹⁾, de l'Inspection générale des affaires sociales⁽²⁾ ou plus récemment de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat⁽³⁾, force est de constater que ces restructurations sont de plus en plus décriées. Et pourtant, dans toutes leurs formes (fermetures et reconversions d'établissements ou de services, coopérations hospitalières, fusions), elles étaient conçues pour répondre aux nécessaires évolutions des établissements, dans un contexte d'optimisation de l'offre de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Qu'en est-il des coopérations à ce jour ? Certes, elles se multiplient, mais le bilan est plutôt contrasté. Car l'heure est aux comptes et force est de constater qu'il est souvent difficile d'évaluer et d'apprécier leur impact réel et, en particulier, leur impact financier. Hélas, il n'est pas rare de constater qu'une coopération n'a généré aucune économie de moyens ou d'échelle, voire qu'elle coûte aux partenaires. Pourquoi en est-on arrivé là ? Pourquoi les établissements de santé continuent-ils malgré tout de coopérer ? Voici l'essentiel des interrogations qui se posent. Et quelques réflexions nourries de près de quinze ans d'expérience des coopérations hospitalières pour répondre à la question : stop ou encore ?

La coopération : difficile d'y échapper...

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, a donné le ton : il faut favoriser les coopérations entre établissements de santé. Le chapitre 3 de la loi leur est d'ailleurs entièrement consacré.

C'est une évidence : la coopération entre établissements et professionnels du secteur sanitaire et social doit être fondée sur le volontariat. Pour que la coopération fonctionne, elle

Stéphanie SÉGUI-SAULNIER
Juriste, consultante
Centre de droit
JuriSanté, CNEH

doit rester une démarche ascendante et émaner des futurs partenaires qui manifestent une réelle volonté de coopérer.

Mais la réalité du terrain est autre : les coopérations sont plus ou moins librement consenties, parfois motivées par des raisons très diverses, pas toujours avouables. Si bien que, pour les décideurs hospitaliers, il est difficile d'y échapper même si les résultats sont parfois aberrants. Alors, qu'est-ce qui poussent les établissements de santé à coopérer ?

L'environnement

Certains établissements n'ont pas d'autre choix que de coopérer pour garantir ou pérenniser une activité. La coopération est exclusivement justifiée par l'intérêt propre de l'établissement de conserver l'activité en cause. C'est la nécessité qui pousse l'établissement à coopérer et la coopération s'inscrit alors dans un contexte de crise. Il en est ainsi lorsqu'un centre hospitalier est confronté à un problème de sous-activité, de recrutement médical, de vétusté d'un équipement, de rareté de ses ressources matérielles et financières... On est alors bien loin d'une démarche spontanée de développement d'une activité intégrée, le cas échéant, à une stratégie d'expansion, pensée sur le long terme.

**Les incitations fortes
de l'agence régionale de santé**

» Le directeur général de l'ARS peut imposer, à certaines conditions, aux établissements publics de santé de conclure une convention de coopération ou de communauté hospitalière de territoire (CHT), de créer un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou un groupement d'intérêt public (GIP). Il peut également leur demander de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement de santé par fusion des établissements de santé concernés.

» Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation et des crédits du fonds de modernisation sont prioritairement affectés aux établissements s'engageant dans des projets de coopération, en particulier sous la forme de CHT ou de GCS;

» La délivrance d'une autorisation peut être subordonnée à la mise en œuvre d'une action de coopération.

Qu'on le veuille ou non, il devient difficile de ne pas tenir compte de la position de l'ARS préalablement à l'engagement dans une coopération !

**Les comptes de l'ARS en matière
de reconstitution de l'offre de soins**

L'article 17 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST rend obligatoire la rédaction d'un rapport remis chaque année par le gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les ARS en matière de reconstitution de l'offre hospitalière. Ce rapport comporte un bilan détaillé de la mise en œuvre du dispositif des GCS et rend compte, pour chaque région, des coopérations qui ont pu être mises en œuvre, des regroupements réalisés entre services ou entre établissements et des conversions de lits vers le secteur médico-social (4).

On le voit bien : avec ce rapport, l'ARS, et en particulier son directeur général, a tout intérêt à être particulièrement volontariste dans la mise en place de coopérations !

Le dispositif d'évaluation des chefs d'établissement

Les chefs d'établissement sont évalués par les directeurs généraux d'ARS. Dans la grille d'évaluation utilisée pour apprécier les résultats ouvrant droit à la prime de fonctions et de résultats figurent notamment les résultats obtenus dans les « activités de stratégie ». Qu'entend-on exactement par là ? Difficile de le dire avec précision. En tout cas, le positionnement de l'établissement dans l'environnement territorial, son pilotage en conformité avec les orientations nationales et régionales (PRS, CHT, GCS, directions communes...) ou encore les résultats obtenus dans la pratique managériale et, en particulier, la gestion de conflits ou de crises liés aux projets de restructuration ou de coopération sont autant de critères pris en compte pour évaluer les décideurs. Bref, les chefs d'établissement et leurs adjoints ont tout intérêt à aboutir sur les projets de coopération s'ils souhaitent prétendre à une quelconque récompense financière !

Dans ce contexte, difficile de ne pas coopérer. Mais se pose souvent, en pratique, la question de la cohérence de certaines des actions menées. On peut même parfois parler d'aberrations...

Quelques aberrations...

Quel consultant ne s'est pas interrogé un jour sur l'opportunité d'une coopération ? Dans cette discipline particulière, il doit faire preuve d'une très grande souplesse, car, il lui faut fréquemment pratiquer l'art du grand écart entre coopération plus ou moins contrainte et absence de cohérence de certains projets...

Parce que la coopération ne rationalise pas toujours l'activité ou l'offre de soins mutualisée

Dans ce cas, tout change, mais rien ne change : les partenaires font comme avant, mais avec une structure de coopération en plus !

On peut d'abord citer l'exemple de l'imagerie, où la délivrance des autorisations est souvent subordonnée à la mise en place de coopérations. La structure de coopération jusqu'alors détentrice d'une autorisation d'exploitation d'un équipement d'imagerie en acquiert une seconde lui permettant d'acheter un nouvel appareil. Et voilà les partenaires qui en profitent pour « s'autonomiser » : ils s'organisent pour se répartir les machines entre « secteur public » et « secteur privé », ils les exploitent, en pratique du moins, en toute indépendance, ils n'ont plus réellement à partager un équipement et l'autorisation d'exploitation allant avec... Dans une telle configuration, l'intérêt de la mutualisation des moyens disparaît. La structure devient une « coquille vide », qui n'a qu'un seul intérêt : obtenir l'autorisation délivrée par l'ARS. L'on peut légitimement s'interroger sur la pertinence d'un tel montage.

Autre illustration : les coopérations concernant les pharmacies à usage intérieur (PUI). Les partenaires d'une coopération PUI gérée par un GCS n'hésitent généralement pas à jouer de l'ambiguïté des textes pour demander et obtenir de l'ARS le maintien de leur autorisation de PUI, alors que l'esprit de la coopération est de mutualiser l'activité de PUI et implique la mise en place d'une PUI unique. L'on ne peut raisonnablement envisager que la mutualisation des moyens augmente le nombre initial des autorisations de PUI, cela au motif que les partenaires souhaitent conserver leurs autorisations de PUI. Dans ces conditions, pourquoi

NOTES

(1) Rapport annuel de la Cour des comptes, chapitre IX sur les coopérations hospitalières, septembre 2011.

(2) Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012.

(3) Rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale sur le financement des établissements de santé, juillet 2012.

(4) La récente instruction du 17 juillet 2012 définit les modalités d'élaboration de ce rapport pour l'année 2012 (instruction n° DGOS/PF3/2012/285 du 17 juillet 2012 relative à l'élaboration du rapport 2012 du Gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de reconstitution de l'offre hospitalière).

coopérer, la coopération aboutissant ici à la délivrance d'une autorisation supplémentaire ?

Parce que selon la nature de la coopération, il est parfois impossible d'aller au bout d'une vraie logique coopérative

Coopérer implique très souvent de renoncer à la gestion en interne d'une activité. Celle-ci est externalisée auprès d'une personne morale nouvelle qui se superpose à celle des membres. Les partenaires n'ayant plus vocation à gérer en interne ladite activité, il semblerait fondé qu'ils ne perçoivent plus les financements liés à cette activité. On trouve d'ailleurs cette adéquation entre gestion et financement de l'activité dans l'hypothèse des GCS établissement de santé ou encore des groupements exploitant un équipement d'imagerie avec la perception du forfait technique par le groupement.

Mais cela n'est pas toujours le cas ! L'exemple des coopérations « biologie médicale » portées par des GCS de moyens est ici particulièrement éclairant. En la matière, il existe deux niveaux de coopération :

» la coopération « mutualisante », qui consiste en une mise en commun des moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'activité de biologie médicale. Elle peut concerner les équipements, les compétences humaines, les systèmes d'information, la qualité... Mais, *in fine*, chacun des partenaires conserve son activité de biologie médicale. Un laboratoire

est maintenu sur chaque site, mais les moyens nécessaires à son fonctionnement sont mutualisés ;

» la coopération « restructurante », qui a pour objet de réorganiser l'activité de biologie médicale. Dans cette hypothèse, le GCS exploite l'activité de biologie médicale, c'est-à-dire qu'il produit directement le « B ». Un laboratoire commun est mis en place : il existe une centralisation de l'activité et des moyens, même si ce laboratoire peut être implanté sur différents sites pour répondre aux situations d'urgence. Cependant, les partenaires renoncent à la gestion en propre de l'activité de biologie médicale.

Or, dans l'hypothèse où les partenaires opteraient pour le second niveau de coopération, c'est-à-dire une restructuration de l'activité de biologie médicale, le dispositif ne nous semble pas favoriser une réelle autonomie dans la mesure où le GCS ne percevra pas directement le financement lié à l'activité de biologie médicale. Le GCS sera financé sur la base des contributions de ses membres. Pourquoi retenir un tel dispositif de financement ? Parce que, même si l'activité a vocation à être exploitée en propre par le GCS, les patients restent, avant tout, des patients des membres. Les actes de biologie médicale produits par le GCS le sont, soit consécutivement à une consultation assurée par un membre du groupement, soit dans le cadre d'une hospitalisation dans un des établissements membres. Les établissements concernés ont donc vocation à continuer de percevoir les financements liés à l'activité de biologie médicale, y compris si celle-ci est externalisée.

Parce que la coopération entre parfois en conflit avec le financement des établissements et une bonne gestion des deniers publics ⁽⁵⁾

Le financement des établissements publics de santé par la T2A repose sur le postulat de l'émulation par la concurrence. Ainsi, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat, dans son rapport de juillet 2012, souligne que « la T2A pouvait constituer un obstacle aux coopérations hospitalières, pourtant vivement encouragées par le législateur, par exemple dans la loi HPST, dans la mesure où elle oriente les établissements de santé dans une stratégie individualiste de maximisation des recettes et où il n'existe aujourd'hui aucun mécanisme correcteur garantissant le maintien des ressources en cas de partage d'activité ».

Et ce constat n'a rien de novateur : la Cour des comptes, dans son rapport annuel de septembre 2011, indique que la logique coopérative se heurte souvent à la logique concurrentielle inhérente à la T2A.

Enfin, il n'est pas rare que les partenaires se lancent dans des coopérations sans qu'il y ait eu en amont une étude d'impact portant sur la viabilité financière de la coopération envisagée. L'on peut même s'étonner que cela ne soit pas un préalable obligatoire ! Si l'on peut envisager qu'une coopération coûte dans un premier temps aux partenaires, notamment en raison des investissements à réaliser ou de la réorganisation à envisager, une telle situation ne peut se pérenniser. Il faut, dans ce cas précis, se poser la question de l'opportunité d'une telle coopération. ●

NOTE

(5) Cf. article de T. Robert et S. Ségui-Saulnier, « La coopération hospitalière : « La T2A m'a-t-elle tuée ? », *RHF*, septembre-octobre 2012, n°548.

**ENCADRÉ
A retenir**

Coopération hospitalière : stop ou encore ?

Il n'est pas simple de répondre à cette question. Certes, les coopérations se sont multipliées et leur objectif premier reste d'optimiser l'offre de soins et de maîtriser les dépenses des établissements de santé. Néanmoins, on est parfois bien loin sur le terrain de cet objectif tant certaines coopérations sont empreintes d'incohérence. Notamment parce que la viabilité financière n'a pas été vérifiée préalablement à l'engagement dans la coopération, parce que le financement des établissements par la T2A est en contradiction avec la mise en place de la coopération ou encore parce qu'il n'y a pas de véritable logique coopérative. Bref, les raisons de remettre en cause certaines coopérations sont multiples. Pour autant, les établissements de santé continuent de coopérer tant la pression sur les décideurs et les tutelles est grande. Alors, encore ?

