



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Contraintes et leviers de la
coopération inter-établissements.
Éléments de réflexion à partir de
l'exemple de CHU de GRENOBLE**

Sandra LYANNAZ

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Jean DEBEAUPUIS, Directeur Général du CHU, pour l'accueil qui m'a été réservé lors de mon stage. Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction qui m'a intégrée et associée à de nombreux projets.

Mes remerciements s'adressent également tout particulièrement à :

- Monsieur Pierre DUBOIS, mon maître de stage, qui a toujours su se montrer attentif, créatif et disponible. Il m'a accompagnée, épaulée, tout au long de mon stage et lors de toutes les étapes de construction de ce mémoire. Ses conseils et avis m'ont toujours été d'une aide précieuse.
- Monsieur Michel SABY, Directeur des Affaires générales au Centre Hospitalier de VOIRON, mon encadrant mémoire, pour avoir accepté cette fonction. Il m'a accompagnée tout au long de ce travail, a toujours su se montrer disponible et m'a délivré de précieux conseils sur la méthodologie, le fond et la forme de ce mémoire.
- Monsieur Frederick MARIE, Directeur de la Stratégie du CHU, qui a été mon référent, en interne, sur les problématiques abordées dans ce mémoire. Il m'a énormément aidée tout au long de l'élaboration du présent mémoire en se montrant disponible tout au long de mes recherches.

Sommaire

Introduction	1
1 Une impulsion institutionnelle et régionale favorisant le développement des coopérations inter- établissements.....	7
1.1 Le contexte national	7
1.1.1 La nécessaire gestion des ressources	7
1.1.2 Les orientations nationales	12
1.2 La politique de l'ARH.....	16
1.2.1 Le lien fort entre planification et coopération	16
1.2.2 La réalisation d'économies d'échelle	18
1.2.3 Le développement des SIH, vers le partage de l'information	19
1.3 La stratégie du CHU de Grenoble.....	21
1.3.1 Le positionnement spécifique du CHU, établissement de référence et de recours.....	21
1.3.2 La direction commune avec le CH de La Mûre.....	22
1.3.3 Le rôle et le positionnement des acteurs internes dans la stratégie du CHU	23
2 Les éléments structurants des principales démarches coopératives menées par le CHU de Grenoble	25
2.1 Les coopérations dans le domaine médical.....	25
2.1.1 La place primordiale du leadership médical, élément fédérateur	25
2.1.2 L'importance de l'implication et de l'accompagnement de l'ARH	27
2.1.3 Les nouveaux champs indispensables des coopérations médicales : les SIH et le dossier patient partagé réparti	28
2.2 Les coopérations dans les domaines de la logistique et du médico-technique	30
2.2.1 Un objectif de rationalisation des investissements : les exemples de la blanchisserie et de la stérilisation.....	31
2.2.2 Vers un GCS de territoire.....	32
2.3 Les futures coopérations du CHU, entre continuité et changement	34
2.3.1 De nouveaux partenaires : les fenêtres d'opportunité	34
2.3.2 Les difficultés de coopération avec le secteur privé : l'exemple de la chirurgie cardiaque.....	35

2.3.3	La mise en place d'une CHT, un prolongement naturel	37
3	Perspectives et recommandations pour développer et faciliter les coopérations inter- établissements	39
3.1	Un meilleur financement pour les coopérations	39
3.1.1	Réussir à concilier coopération et T2A.....	40
3.1.2	La nécessaire stabilisation du modèle « aide à la contractualisation »	42
3.1.3	Vers une juste et régulière évaluation des coûts.....	43
3.2	Instaurer une réelle synergie dans les stratégies des établissements	44
3.3	Assurer la représentativité de tous les établissements au sein des structures de coopération	46
	Conclusion	50
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHUG : Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer
CREA : Compte de Résultat d'Exploitation Analytique
CRISA : Centre de Ressources en Imagerie diagnostique du Sillon Alpin
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques
DPPR : Dossier Patient Partagé Réparti
EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération Hospitalière Privée
FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OMC : Organisation Mondiale du Commerce
ONPDS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
SIH : Système d'Information Hospitalier
SIS-RA : Système d'Informations de Santé – Rhône-Alpes
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A : Tarification A l'Activité
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les réformes hospitalières successives ont progressivement mis en place un ensemble complet d'outils de coopération entre établissements. Cette dynamique est en effet devenue « *la colonne vertébrale de la nouvelle politique sanitaire [...] et « contrainte » par une planification régionale, mais également par des impératifs économiques* »¹.

Dès les années 80, la coopération est présentée comme la solution à la réorganisation de l'offre de soins sur le territoire, et ce, grâce à la multiplication des recommandations normatives en la matière.

Dans un premier temps, le développement de la coopération sanitaire est timide, avec la loi du 31 décembre 1970² qui incite au regroupement des hôpitaux et cliniques grâce aux syndicats interhospitaliers et l'introduction en 1984 des conventions de co-utilisation d'équipements lourds. La loi du 31 juillet 1991³ marque un tournant, les pouvoirs publics souhaitant donner une véritable impulsion à la dynamique coopérative. En effet, le texte remplace les groupements hospitaliers par les conférences sanitaires de secteur et ouvre de nouvelles opportunités de coopération en distinguant la convention, le syndicat interhospitalier et le groupement d'intérêt public (GIP) et économique (GIE). Le GIP est ainsi un outil de mise en commun de moyens ou d'équipements entre établissements publics et établissements privés de santé. En outre, la loi accroît l'autonomie des établissements publics en matière de coopération en supprimant la tutelle a priori sur les délibérations du Conseil d'Administration relatives à cette thématique et en élargissant le domaine de la coopération à l'ensemble des missions des établissements.

Principalement en raison de leur lourdeur fonctionnelle et de la rigidité, les syndicats interhospitaliers furent un échec, puisque à ce jour seul trente formules de ce type ont été mises en place⁴. Ainsi, les autorités entendent procéder à un allègement et à une simplification juridique des outils de coopération grâce à un instrument plus simple, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). L'ordonnance du 24 avril 1996⁵ ouvre donc de nouvelles perspectives de rapprochement entre établissements privés et publics en créant les GCS. Par ailleurs, elle incite fortement les établissements à s'insérer dans une

¹ KARAKI H., *La restructuration hospitalière. Analyse des processus de transformations agissant dans une situation de fusion de plusieurs centres hospitaliers*, 2004, Thèse de doctorat en sociologie industrielle : Université Pierre Mendès France, page 27.

² Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

³ Loi n°91-650 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁴ CLEMENT J-M., *Droit hospitalier*, 2006, Berger-Levrault, 404 pages.

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

communauté d'établissements de santé (CES) et met en place les conférences sanitaires de secteur.

La notion de réseau de santé trouve une consécration légale à travers l'ordonnance d'avril 1996 puis dans le cadre de la loi du 4 mars 2002⁶ qui crée les réseaux de santé et aménage le droit des GCS.

Afin d'analyser et d'accompagner ce mouvement, un observatoire des recompositions des activités des établissements est en place mais demeure « en sommeil » puisqu'aucune publication n'est parue depuis 2005⁷.

Cette succession de différents outils illustre donc à la fois la volonté des pouvoirs publics de favoriser les coopérations inter-établissements mais également les difficultés et obstacles inhérents à la mise en place de telles démarches : lourdeur administrative, forme juridique peu adaptée, réticence des acteurs... En effet, faire le choix de s'inscrire dans une forme de coopération (conventionnelle mais surtout organique) ne va pas nécessairement de soi pour les établissements de santé.

Fondamentalement, toute situation d'échange pose le problème de la coopération : « *Dès lors que deux personnes disposent mutuellement des moyens de déterminer en partie le sort de leur alter ego, leur mise en relation directe produit un enjeu spécifique lié au fait que le résultat de leurs actions n'est plus sous leur seul contrôle, et que chacun doit attendre, espérer, ou chercher à provoquer, une certaine attitude ou un choix particulier, de la part de son partenaire* »⁸. Le célèbre dilemme du prisonnier⁹ de la théorie des jeux illustre toute l'ambiguïté et la difficulté pour mettre en place une coopération avantageuse pour chaque acteur concerné. Ce dilemme tend à démontrer qu'il ne suffit pas qu'une situation d'échange offre des opportunités de gains mutuels évidents pour que ces dernières soient immédiatement exploitées par les individus. Cette analyse générale peut ainsi être aisément transposée à l'étude des coopérations sanitaires et en expliquer en partie les difficultés.

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁷ A l'heure actuelle, il semble donc difficile de dresser un état des lieux exhaustif du nombre précis de structures de coopération mises en place sur le territoire.

⁸ CORDONNER L., *Coopération et réciprocité*, PUF, 1997, 209 pages.

⁹ Le dilemme du prisonnier fut d'abord abordé par M. FLOOD et F. NASH avant d'être développé par A. TUCKER en 1950. Il décrit le cas de deux suspects arrêtés et remis au juge. Si aucun n'avoue le crime, les deux recevront une sanction moyenne ; si les deux avouent, la sanction sera plus dure et enfin si un seul avoue, ce dernier sera gracié tandis que l'autre recevra la sanction maximale. Le postulat est que les individus étant rationnels, tous deux vont avouer et le résultat sera préjudiciable pour eux. En résumé, la confrontation des individus rationnels conduit à un résultat dévastateur.

Ce mouvement de grande ampleur intéresse des organisations peu familiarisées historiquement à de tels changements. Jusqu'à présent, l'hôpital public avait en effet l'habitude de penser seul sa stratégie en se plaçant plutôt dans une perspective de concurrence que de complémentarité avec les autres établissements¹⁰.

Si la coopération n'est pas toujours une démarche aisée pour les établissements de santé, elle est devenue aujourd'hui nécessaire. En effet, la dynamique coopérative répond aux contraintes de l'environnement extérieur, à savoir principalement la contrainte économique de réduction des dépenses et la contrainte démographique. C'est pourquoi au niveau national et régional des impulsions sont données pour favoriser ces regroupements *via* différents outils : lois, SROS, incitations financières, rapports, notamment avec des succès divers.

Le terme de coopération peut être défini comme un mode d'organisation sociale qui permet à des individus ou structures ayant des intérêts communs de travailler ensemble avec le souci de l'objectif général. La coopération fait référence aux valeurs qui structurent la conjonction des efforts d'acteurs, tandis que la coordination est l'ensemble des mécanismes qui permettent d'agencer des actions (un processus de production)¹¹. Cette définition démontre ainsi que la coopération est une démarche qui suppose l'identification d'intérêts communs, une réelle volonté d'œuvrer dans une même direction, et une dépendance induite des uns envers les autres.

Le CHU de Grenoble à l'instar de nombreux autres établissements a saisi l'importance et la nécessité de s'insérer dans ces démarches en mettant en place toute une série de coopérations avec différents établissements. En effet de part sa position particulière, le CHU, hôpital de référence pour le sillon alpin et de recours pour le bassin, est un acteur de santé essentiel au sein du bassin de santé, et même de la région. Pôle d'attraction, qui connaît moins de difficultés de recrutement que ses partenaires, l'établissement a mis en œuvre une politique de maillage territorial *via* de nombreuses coopérations afin de répondre de manière optimale aux besoins de santé identifiés. Le CHU de Grenoble est donc un terrain d'observation privilégié des coopérations en cours et à venir, notamment dans la perspective de la mise en place des futures CHT.

¹⁰ CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y. (sous la direction de), *Hôpital Stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, MIRE, Direction des Hôpitaux, 1996, 317 pages.

¹¹ BREMOND M., « Entre coordination et coopération : comment gérer le changement ? » pp 95-99, *in Pratiques coopérations dans le système de santé – Les réseaux en question*, 1998, Editions ENSP, 99 pages.

Ce mémoire a ainsi pour objet de s'interroger sur les facteurs de succès des coopérations inter-établissements, principalement sur le bassin de santé, au sein desquelles le CHU est partie prenante, mais également les obstacles et difficultés rencontrés dans ces nombreuses démarches. En outre, ces dynamiques coopératives sont extrêmement dépendantes des impulsions données au niveau national mais également local par les pouvoirs publics, ces derniers devant apporter une réponse aux contraintes de l'environnement externe. Une attention toute particulière est par ailleurs portée sur les perspectives à court et moyen terme de ces coopérations ainsi que sur des propositions pragmatiques pouvant faciliter le développement de ces démarches. Certaines de ces recommandations sont d'ordre général et peuvent, dans une certaine mesure, s'appliquer à l'ensemble des établissements de santé, d'autres étant davantage propres au CHU.

Ce mémoire traite donc d'une thématique qui n'est pas « nouvelle » dans l'histoire hospitalière sur le court et moyen terme, mais toujours d'actualité dans le contexte actuel. Ce sujet s'inscrit donc dans une réflexion plus large sur le métier de directeur d'hôpital. En effet, l'avenir de l'organisation territoriale des hôpitaux repose sur l'idée même de coopérations. Quelque soit la taille de l'établissement, les directeurs sont confrontés à un défi : construire et pérenniser des coopérations avec d'autres établissements de santé, publics ou privés, qui soient mutuellement avantageuses. Toute la difficulté réside dans le juste équilibre à trouver entre les contraintes posées par la tutelle et l'instauration d'un équilibre permettant aux établissements concernés d'être tous gagnants. Les établissements doivent ainsi réussir à demeurer attractifs tout en s'inscrivant dans des coopérations pouvant aboutir, dans certains cas, à des transferts d'activités. Pour preuve, des profils de postes de directeur d'hôpital centrés sur la mise en place, la gestion et l'évaluation des coopérations inter-établissements émergent, et il est certain que cette tendance va se confirmer dans les années à venir.

Sur le plan méthodologique, ces travaux sont issus de recueils d'informations effectués à différents niveaux :

- lors de différentes réunions relatives à la mise en place d'un GCS de territoire sur le bassin de santé dans la perspective des futures CHT (membre associée sur ce dossier en particulier)
- lors de nombreux entretiens avec des professionnels d'horizons variés : directeurs et directeurs adjoints de Centres Hospitaliers (Voiron, St Egrève, Grenoble), médecins (président de la CME du CHU, urgentiste et sages-femmes à Voiron...) sur la base d'entretiens semi-directifs
- lors de recherches bibliographiques (mémoires EHESP, articles de périodiques...).

Dans un premier temps, il sera fait état du contexte actuel national et local afin de démontrer dans quelle mesure ce dernier est un facteur clé dans la mise en place de démarches coopératives, notamment au niveau du bassin de santé du CHU. Dans un second temps, certaines coopérations au sein desquelles s'inscrit l'établissement seront analysées. L'objectif sera de présenter un panel le plus représentatif possible, au niveau des domaines concernés (médical, logistique...), de la forme (conventions, GCS, réseau..) que des résultats (réussite, difficultés rencontrées...). Enfin, aux vues de l'ensemble de ces éléments, des propositions visant à faciliter et améliorer les démarches coopératives seront proposées et justifiées. Une mise en perspective dans le contexte actuel (loi HPST, CHT) sera également réalisée afin d'apporter une vision prospective

1 Une impulsion institutionnelle et régionale favorisant le développement des coopérations inter- établissements

La coopération inter-établissements est devenue une nécessité dans le contexte national actuel marqué par des insuffisances démographiques (médecins, cadres de direction principalement), un modèle financier producteur d'économies d'échelle et les exigences en matière de qualité et sécurité des soins. Au niveau territorial, l'ARH décline cette politique en cherchant à valoriser et inciter les démarches de coopérations dans la région. Historiquement engagé dans cette dynamique, le CHU développe ainsi une stratégie coopérative efficace et ambitieuse au sein du bassin mais également, dans une moindre mesure, au niveau du sillon alpin.

1.1 Le contexte national

Des contraintes extérieures et nationales fortes incitent désormais les établissements à mettre en commun leurs moyens, humains et matériels, afin de garantir une offre de soins de qualité et de proximité. Les pouvoirs publics ont récemment relancé cette dynamique en multipliant les recommandations en la matière, qui se sont traduites dans les faits par l'adoption de mesures normatives.

1.1.1 La nécessaire gestion des ressources

La coopération entre établissements a pour objectif de limiter les situations de concurrence afin de maîtriser les dépenses publiques, en effet « *la recherche de complémentarité et du partenariat répond aux exigences du service public et optimise les ressources (humaines, financières et techniques) en recherchant la réalisation d'économie d'échelle* »¹².

A) Les ressources humaines

Désormais, la difficulté pour les hôpitaux est de réussir à mettre en adéquation les besoins de santé du bassin avec les ressources humaines disponibles, principalement au

¹² PETIT L., *Les risques de la multi - coopération*, Mémoire ENSP, 2004, 75 pages, page 2.

niveau du personnel médical mais aussi dans une moindre mesure du personnel de direction.

Constat désormais bien connu, la situation de la démographie médicale en France constitue aujourd'hui un des principaux arguments avancés pour justifier le développement des coopérations inter-établissements.

Paradoxalement, le nombre de médecins n'a jamais été aussi important en France, puisque leur nombre a doublé en l'espace de 20 ans. La réelle difficulté se situe au niveau de leur répartition inégalitaire sur le territoire conduisant à l'émergence de véritables déserts médicaux dans les zones reculées et rurales.

En outre, le vieillissement de la population médicale représente un autre défi pour les pouvoirs publics. En effet, en 2020 seulement 15% de l'effectif professionnel aura moins de 40 ans contre 48% en 1990. Cette évolution sera la même pour les professions paramédicales. Après une augmentation de 35 % depuis 1980, une diminution de 24 % du nombre de médecins par habitant est anticipée d'ici 2020. L'âge moyen des médecins au 1^{er} janvier 2007 était de 49.4 ans¹³ et sera de 50 ans en 2011. Même si l'hôpital public semble favorisé (moyenne d'âge de 46 ans et demi avec une part de médecins plus de 55 ans de six point inférieure à la moyenne nationale), le phénomène de pénurie de spécialistes médicaux risque de toucher l'ensemble des secteurs dans les années à venir.

A cette situation démographique, s'ajoutent les difficultés de l'hôpital public à recruter du personnel médical notamment en raison d'un statut de praticien hospitalier jugé peu attractif (rémunération, astreintes, gardes). Selon le constat dressé par le rapport de la mission présidée par E. ABOUD, il est même question d'une « *crise identitaire, [d']une crise qualitative et parfois quantitative des recrutements médicaux* »¹⁴. Il en résulte un accroissement significatif du taux de vacance des praticiens hospitaliers (20.7 % au 1^{er} janvier 2009 pour les temps plein et 36 % pour les temps partiels)¹⁵, la spécialité la plus touchée demeurant l'imagerie médicale (33.6 %). Cette situation risque donc de poser à terme des problèmes de sécurisation des soins et des prises en charge.

Le temps de travail médical devient donc aujourd'hui une ressource rare que les établissements sont donc amenés mutualiser entre eux sous l'effet de deux dynamiques :

¹³ Atlas de la démographie médicale en France, 2008, Conseil National de l'Ordre des Médecins <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>

¹⁴ Rapport de la mission présidée par E. ABOUD concernant *la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public*, juillet 2009, 40 pages, page 10.

¹⁵ Etude exhaustive réalisée par le CNG rendue publique dans son rapport d'activité 2008.

- l'accroissement des exigences nationales de sécurité relatives à certaines activités médicales (temps de présence médical continu...)
- la complexification de la gestion du temps de travail médical en raison de l'intégration des gardes dans le temps de travail¹⁶, la mise en place de la réduction du temps de travail médical, la multiplication des temps partiels, l'organisation en service continu et la féminisation croissante du corps (38,5 % des praticiens hospitaliers sont des femmes aujourd'hui, ce chiffre devant atteindre 50 % en 2020¹⁷).

La démographie du personnel de direction des établissements de santé est également un paramètre à prendre en compte. En effet, à l'image des médecins, les départs à la retraite de cette profession vont être massifs dans les années à venir. De même, certains hôpitaux situés dans certaines aires géographiques (centre, nord) rencontrent des difficultés à recruter et fidéliser les cadres de direction. Cette situation justifie ainsi la mise en place le développement des directions communes entre établissements.

La région Rhône-Alpes est cependant moins touchée par cette tendance. Selon les projections de la DREES, la situation de la région sera moins défavorable que celles d'autres régions avec une stabilisation du nombre médecins jusqu'en 2010 mais une chute mécanique de la densité médicale sous l'effet de l'augmentation de la population. De même, le CHU de Grenoble demeure aujourd'hui relativement attractif par rapport aux établissements de plus petite taille (sur la région, taux global de vacance au 31 décembre 2003 de 15.6 % pour les CHU et de 21 % pour les autres établissements). A Grenoble, des difficultés de recrutement sont cependant identifiées sur certains secteurs médicaux : urgences, radiologie, chirurgie cardiaque et neurochirurgie et justifient le choix d'actions de coopération ciblées sur ces spécialités.

B) Les ressources financières

L'hôpital est souvent assimilé à une entité structurellement coûteuse. La Sécurité Sociale étant le financeur principal des établissements de santé, la maîtrise des dépenses hospitalières est, depuis la fin des années 1970, un objectif constant des pouvoirs publics. Cette contrainte financière est d'autant plus prégnante que les déficits de la Sécurité Sociale et des hôpitaux publics vont croissants. En effet, celui de la Sécurité Sociale est

¹⁶ Directive 93/104/CE du Conseil, du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

anticipé à 20 milliards d'euros pour 2009 dont la moitié imputable à l'assurance maladie (9.4 milliards)¹⁸, soit un doublement par rapport à l'année précédente. Pour rappel, depuis 1990, le déficit de la Sécurité Sociale a été multiplié par sept et celui de l'assurance maladie par cinq. Révélateur de cette tendance, l'ensemble des hôpitaux publics cumulaient en 2008 près de 575 milliards d'euros de déficit contre « seulement » 200 milliards en 2006.

La maîtrise des dépenses de santé souhaitée par les pouvoirs publics part du postulat selon lequel le système de santé doit fonctionner comme un jeu à somme nulle. L'objectif est l'optimisation de l'usage des ressources disponibles grâce à une reconfiguration des dispositifs autour d'un ensemble de normes : contrats d'objectifs et de moyens, enveloppes de dépenses, références médicales opposables, gestion régionalisée des établissements et coopérations.

Dans cette perspective, un nouveau régime de financement a été mis en place en 2004¹⁹ : la T2A. Elle a pour objectif de fonder l'allocation des ressources aux établissements sur le volume et la nature de leur activité mesurée, pour l'essentiel par le PMSI.

La T2A implique donc pour les établissements la nécessité d'adopter un modèle économique viable. Le nouveau paradigme de financement implique que les recettes conditionnent désormais les charges. Un investissement surdimensionné ou inapproprié qui ne contribue pas globalement à la génération de marges brutes engage inexorablement l'établissement dans un cercle pervers de déséquilibre financier structurel. Les recettes générées par la T2A doivent donc pouvoir couvrir les amortissements et les charges financières qui constituent des charges d'exploitation. Le retour sur investissement doit être assuré par le volume de ressources issues de l'activité.

Les établissements sont donc amenés à s'interroger sur l'efficacité de leur organisation interne, le retour sur investissement de leur plan pluriannuel d'investissement et sur le dégagement de recettes liées à chacune de leur activité. L'ensemble de ces facteurs les incitent donc à coopérer afin de rentabiliser au mieux leur investissement et/ou constituer une plus grande file active de patients. L'objectif est ainsi d'atteindre un coût de production inférieur aux recettes générées par l'activité.

C) Assurer la qualité et la sécurité des soins

¹⁷ Chiffres de l'ONPDS repris par le rapport d' E. ABOUD.

¹⁸ Prévisions de la commission des comptes de la Sécurité Sociale de juin 2008.

Les exigences croissantes en termes de qualité et de sécurité des soins constituent un autre facteur incitatif au développement des coopérations inter-établissements.

L'existence de normes de sécurité pour de nombreuses spécialités (urgences, anesthésie-réanimation, obstétrique, néonatalogie, insuffisance rénale chronique, chirurgie cardiaque, transplantations), de normes de fonctionnement (seuils d'activité) et d'autorisations d'activités et d'équipements lourds, est une contrainte pour les établissements qui doivent, pour préserver leur activité, créer des partenariats. La présence obligatoire (sur place ou d'astreinte) d'un médecin 365 jours par an, 24 heures sur 24 pour certaines activités est un élément incitatif aux rapprochements entre établissements (exemple de l'activité d'obstétrique)²⁰.

Cette contrainte impacte donc davantage les établissements de petite taille que les grands centres hospitaliers et les CHU qui disposent de ressources médicales plus importantes. Néanmoins, les CHU ont un rôle déterminant à jouer en la matière, en tant que pivot de ces coopérations. Ils doivent pouvoir mettre à disposition de ces établissements des compétences humaines (personnels médicaux et paramédicaux), des accès aux plateaux techniques et équipement lourds (conventions de co-utilisation, fédérations médicales inter-hospitalière...).

Dans cette même perspective, les tutelles conditionnent de plus en plus les renouvellements d'autorisation à la mise en œuvre de coopérations inter-établissements. L'argument avancé est l'existence d'un lien de causalité entre volume d'activité et qualité de la prise en charge, principalement *via* l'effet d'apprentissage pour des soins complexes.

Aujourd'hui, la difficulté réside donc dans le juste équilibre à trouver entre les impératifs liés aux exigences de qualité et sécurité des soins et la garantie d'un égal accès aux soins de proximité pour la population. Ainsi, en 2006, le rapport de G. VALLENCIEN²¹ préconisait la fermeture immédiate de 113 blocs opératoires sur le territoire, qui ne répondraient plus aux normes de sécurité. Paradoxalement, l'orientation de ce rapport s'inscrivait davantage dans une logique de fermeture ou plutôt de reconversion de

¹⁹ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité Sociale pour 2004.

²⁰ Le décret n°98-900 du 9 octobre 1998 prévoit ainsi la présence (sur place ou d'astreinte) d'un médecin anesthésiste-réanimateur 365 jours par an et 24 heures sur 24. Si le nombre d'accouchement est supérieur à 2000, la présence d'un pédiatre est même obligatoire (sur place ou d'astreinte).

²¹ Rapport de G. VALLENCIEN sur *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rendu public en avril 2006.

certain services en écartant l'hypothèse de recherche de coopération permettant le maintien l'activité (mise à disposition de personnel par exemple...).

1.1.2 Les orientations nationales

A) Le diagnostic et les préconisations des différents rapports

Médiatisés, ces récents rapports tendent, à quelques exceptions près, à la même conclusion selon laquelle l'avenir de l'hôpital public passe nécessairement par le développement des coopérations dont la forme la plus aboutie serait les communautés hospitalières de territoire.

Le rapport de G. LARCHER²² est le premier à avoir proposé la mise en place des CHT en partant du constat selon lequel l'organisation de l'offre de soins répond insuffisamment aux besoins et aux exigences d'efficience. Les CHT doivent ainsi permettre les rapprochements entre établissements publics de santé pour développer des complémentarités fondées sur une logique de stratégie médicale. Un projet commun pour les activités doit être élaboré définissant clairement les complémentarités et les spécialisations d'activité recherchées.

Sur le modèle de l'intercommunalité, ces CHT bénéficient de transferts de compétences de la part de leurs membres dans une optique de mutualisation : par exemple, la gestion des ressources humaines, la politique de formation continue, la logistique, l'investissement... Mais, la mutualisation doit être recherchée plus particulièrement au niveau des activités cliniques. Certaines des compétences partagées peuvent être obligatoires et d'autres optionnelles.

Grâce à ces regroupements d'activité entre établissements, un des objectifs des CHT est donc de répondre à des exigences de qualité et de sécurité des soins.

Enfin, le rapport préconise de mettre en place un mécanisme d'incitation financière pour faciliter le développement de ces structures.

Les décrets d'application, non parus à ce jour, préciseront les modalités de ce dispositif.

Le rapport de G. VALLENCIEN²³, quant à lui, appuie la proposition des CHT qui devraient « *faire disparaître la concurrence néfaste entre établissements publics de santé,*

²² Rapport de G. LARCHER sur *Les missions de l'hôpital*, rendu public en avril 2008.

²³ Rapport de G. VALLENCIEN, *Réflexions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, rendu public en juillet 2008.

qui, dans une vision réductrice de leurs missions, cherchent tous à faire la même chose, sans mutualisation des hommes ni des moyens techniques »²⁴. Le nivellement interne des activités au sein des CHT est davantage précisé :

- le premier niveau est une plateforme de proximité avec la gériatrie, les SSR, la réadaptation et rééducation fonctionnelle et l'addictologie
- le deuxième niveau est celui de l'hôpital de référence équipé d'unités de chirurgie, d'une maternité et d'une réanimation ainsi que de plusieurs unités de médecine spécialisée
- le troisième niveau correspond aux hôpitaux de recours (CHU et grands hôpitaux) qui se chargent des cas complexes. Les CHU doivent ainsi développer une action ciblée sur les pathologies lourdes au détriment de leur activité de proximité.

Cette organisation doit permettre de mettre en place, au sein des CHT, un schéma coordonné et cohérent de prise en charge des patients. Economies d'échelles, partage d'expériences, communication sont donc les maîtres mots de cette architecture nouvelle.

Enfin, le rapport sur l'attractivité des CHU de la commission MARESCEAUX²⁵ n'aborde quasiment pas la question des coopérations inter-établissements. Il se contente de rappeler la nécessité d'une meilleure démarche de maillage territorial des soins afin d'équilibrer la charge respective des acteurs de santé et de procéder à une meilleure adéquation entre la lourdeur des cas et l'environnement médical.

B) La matérialisation de ces propositions : la loi HPST

La loi HPST²⁶ est l'aboutissement de l'ensemble de ces réflexions menées depuis de nombreuses années visant à réorganiser l'offre de soins sur le territoire national en fédérant les hôpitaux autour de projets et stratégies communs.

Ainsi, le chapitre III du titre I de la loi s'intitule « Favoriser les coopérations entre établissements de santé ». L'exposé des motifs de la loi²⁷ précise que ce chapitre a pour objet « *d'améliorer les coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé, selon deux modalités : les CHT et les GCS* ».

²⁴ Rapport de G. VALLENCIEN, rendu public en juillet 2008, page 9.

²⁵ Rapport rendu public en 2009.

²⁶ Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, adoptée le 24 juin 2009, validée par le Conseil Constitutionnel le 16 juillet 2009, et publiée au JO le 21 juillet 2009.

²⁷ <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl1210.asp>

La disposition phare est donc la mise en place des CHT telles que préconisées par le rapport de G. LARCHER. Le management de ces structures doit ainsi être basé sur le principe de subsidiarité.

L'objet des CHT est donc de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités. Les conventions constitutives doivent définir un projet médical commun ainsi que les compétences et activités déléguées ou transférées. Une partie des crédits d'aide à la contractualisation et du FMESPP sont en outre fléchés jusqu'au 31 décembre 2012 pour les établissements s'engageant dans une démarche de coopération (CHT ou GCS).

Sans en reprendre expressément les expressions²⁸, la loi prévoit deux modalités différentes d'organisation :

- les CHT « fédératives » : un établissement siège se voit déléguer des compétences des autres membres (stratégie commune et mutualisation des moyens)
- les CHT « intégrées » : les établissements lui confient l'ensemble de leurs compétences et deviennent des sites de la CHT mais conservent leurs instances.

Mme R. BACHELOT précisait en mai dernier que « *les établissements membres d'une CHT garderont une autonomie et des compétences propres, dans une logique de responsabilité. Ils pourront librement déléguer des compétences de gestion et d'investissements à la communauté hospitalière de territoire, afin de gérer des moyens en commun* ».

Les CHT poursuivent donc un triple objectif :

- améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soins sur un territoire donné et adapter la taille des établissements dans une logique de performance
- assurer une offre graduée garantissant le juste soin
- offrir aux établissements de santé des solutions intégrées de gestion pour développer des stratégies communes et mutualiser les moyens afin des les optimiser.

Le texte procède également à un toilettage de la réglementation relative aux GCS afin d'en faciliter l'emploi. Désormais, deux catégories distinctes sont identifiées :

- le GCS de moyens destiné à
 - o l'organisation ou à la gestion des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche

²⁸ L'exposé des motifs y fait cependant expressément référence.

- la gestion d'équipements d'intérêt commun (le GCS peut être titulaire d'autorisations d'installation)
- permettre l'intervention commune des professionnels médicaux et non médicaux y compris libéraux membres.
- le GCS établissement de santé qui est titulaire d'autorisations d'activité de soins. Dès lors, il fonctionne comme un établissement de santé (public ou privé selon sa nature).

Les prérogatives du directeur de la future ARS sont renforcées puisqu'il peut demander aux établissements de conclure une convention de coopération, une CHT, un GCS, un GIP ou encore de fusionner. En cas de refus, il est autorisé à réduire les dotations MIGAC des établissements et dans le cas d'une CHT, à fixer les compétences obligatoirement transférées.

C) Une politique volontariste et incitative : le plan Hôpital 2012

Annoncé le 13 février 2007 par le ministre, le plan Hôpital 2012 poursuit la dynamique d'investissement et de modernisation des établissements de santé.

Afin d'impulser des coopérations et des dynamiques entre les établissements hospitaliers d'un même territoire, Hôpital 2012 pérennise l'effort de recomposition au sein de chaque territoire de santé et veille à la mise en place de filières garantissant la continuité des soins.

Un financement de 10 milliards d'euros est prévu pour deux types de projets :

- les opérations de recomposition de l'offre hospitalière et de mise en œuvre du SROS. Les regroupements de plateaux techniques publics et privés dans les secteurs MCO et des établissements dans le secteur SSR sont privilégiés ainsi que les reconversions des sites chirurgicaux en sous activité et les projets partenariaux de recherche développés au sein des CHU
- l'accélération de la mise en œuvre des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) dès lors qu'ils correspondent à une informatisation des processus de soins.

La première tranche des aides a déjà été validée, soit au total 29 projets dont 16 projets immobiliers et 13 projets en matière de SIH.

La dynamique est donc celle du développement des mutualisations de moyens et de compétences dans la continuité de la politique engagée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

Les financements ainsi alloués sont une opportunité pour les établissements bénéficiaires, souvent de taille moyenne, de s'engager dans des démarches coopératives associées à des projets dans lesquels ils n'avaient pas nécessairement les moyens d'investir.

1.2 La politique de l'ARH

S'inscrivant dans ce contexte national, les ARH, relais des pouvoirs publics sur les territoires, ont fait le choix d'une politique volontariste en faveur du développement des coopérations inter-établissements. L'outil principal utilisé est la planification, *via* le SROS, qui leur permet d'inciter aux regroupements afin d'optimiser l'offre de soins sur le territoire et de réaliser des économies d'échelle. Dans cette perspective, les ARH souhaitent développer une dimension nouvelle des coopérations inter-établissements, à savoir les SIH, qui répondent à une logique intégrative forte.

1.2.1 Le lien fort entre planification et coopération

La volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses et les situations de concurrence dispendieuses entre établissements, de rendre ces derniers plus complémentaires et organisés pour répondre aux besoins de la population, les conduit à se doter dès 1970 d'instruments de planification. Le SROS est ensuite mis en place en 1991²⁹ afin de réguler l'activité d'un point de vue plus qualitatif que la carte sanitaire. Un nouveau lien fort est établi entre planification et développement des complémentarités. L'objet du SROS est ainsi de planifier l'activité des établissements par discipline ou filière de soins.

Les ordonnances de 1996³⁰ abandonnent l'approche par l'offre au profit d'une approche centrée sur les besoins de la population. ARH et URCAM doivent donc développer une vision « géographique » de la santé. Dans cette perspective, la loi de juillet 1999³¹ introduit la notion de bassin de santé, défini alors comme « *une partie de territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes* »³². La définition repose sur une homogénéité de comportements des populations et non plus sur une disposition des structures de l'offre. Le bassin est « drainé » par plusieurs établissements

²⁹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

³¹ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

³² VIGNERON E., « Les bassins de santé concept et construction », Actualité et dossiers en Santé Publique, n°29, pp 38-43.

de soins et permet donc de rechercher des synergies et complémentarités pour répondre aux besoins de santé identifiés.

La planification s'inscrit donc progressivement dans une démarche de promotion des coopérations inter-établissements. Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003³³ précise que les SROS doit prévoir et susciter l'évolution de l'offre de soins en réponse aux besoins de santé et donc « *vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations* ». Le texte affirme également la dimension territoriale du SROS en supprimant la carte sanitaire remplacée par le territoire de santé. Par conséquent, le SROS renforcé et rénové devient l'outil central de la régulation de l'offre de soins décliné par établissement et territoire de santé.

Un lien très fort est donc affirmé entre planification, territoire et coopération, dont l'aboutissement est la proposition de création des CHT au niveau de chaque territoire, arrêté dans le SROS.

La relation étroite entre ces trois concepts est donc déclinée au niveau régional. En Rhône-Alpes, une nouvelle méthodologie de zonage issue du PMSI est employée dans le SROS III. 46 zones de soins de proximité sont définies correspondant aux soins de base. L'ensemble de ces zones sont regroupées en 13 bassins hospitaliers offrant un niveau de soins de recours. Cette démarche permet de fournir à l'élaboration du SROS III un cadre d'action clair en trois niveaux : la proximité, le niveau de recours (activités spécialisées) et le niveau régional (activités hospitalo-universitaires et très spécialisées).

L'objectif est ainsi d'accélérer les coopérations nécessaires entre établissements sanitaires et, au-delà, de ces mêmes établissements avec leur environnement libéral, médico-social ou social.

La planification s'apparente donc à une démarche « top-down », descendante, par laquelle les autorités déclinent à un niveau infra des orientations et choix nationaux. Elle s'appuie sur un diagnostic local afin d'être le plus adaptée possible aux contraintes et enjeux de l'environnement. Cette logique verticale peut ainsi être parfois mal comprise ou tout du moins mal acceptée par les établissements, notamment lorsqu'il s'agit de rapprochements, coopérations imposées par les tutelles. Leur méfiance peut alors se

³³ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, article 5.

focaliser sur ces « *exigences perçues comme venant d'en haut* »³⁴ et compromettre ainsi les chances de réussite de la démarche.

1.2.2 La réalisation d'économies d'échelle

La recherche de la taille optimale des établissements publics de santé leur assurant un fonctionnement efficient est un des enjeux majeurs des coopérations hospitalières. Cette notion d'efficience renvoie à la combinaison optimale ou rationnelle des ressources disponibles permettant d'atteindre un objectif, résultat déterminé. Aussi, G. VINCENT déclarait-il que l'hôpital doit « *s'ouvrir sur le monde extérieur et trouver, via des coopérations, des regroupements ou des fusions, la dimension critique lui permettant d'être efficace* »³⁵. Selon les résultats de différentes études, la taille optimale d'un établissement permettant de réaliser effectivement des coûts d'échelle serait de l'ordre de 400 ou 500 lits, même s'il demeure difficile de vérifier empiriquement et scientifiquement cette hypothèse.

Selon l'analyse de G. CALMES, l'hôpital combine en effet deux facteurs de production : le capital et le travail, et de ce fait, possède une fonction de production. Cette dernière doit pouvoir optimiser l'investissement hospitalier, qui nécessite de rechercher la masse critique suffisante, condition nécessaire à une rentabilisation économique. Par conséquent, « *la coopération hospitalière est inscrite dans la logique de la fonction de production, dans la mesure où elle répond à la notion de taille critique* »³⁶.

L'organisation de la production des soins, mais également les activités logistiques qui y sont liées, nécessitent en effet de mettre en cohérence des activités de nature différente. Les théories économiques classiques ont ainsi tenté de répondre à cette problématique en justifiant le regroupement d'un grand nombre d'activités par la recherche d'économies de production. Même s'il demeure difficile de vérifier empiriquement la minimisation des coûts de production dans le domaine de la santé, la recherche de la masse critique demeure un objectif des autorités pour réguler les dépenses de santé.

Une des illustrations de ce principe se retrouve dans les coopérations en matière d'utilisation d'équipements lourds qui permettent « *un appariement d'actifs de production*

³⁴ Entretien avec M. SABY le 12 juin 2009.

³⁵ LARCHER G., VINCENT G., (propos recueillis par GABILLAT C.), « Hôpital public : définir une stratégie de groupe », Le Quotidien du médecin, 10 mars 2000.

complémentaire »³⁷. En effet, l'innovation technologique est une dimension essentielle de la coopération entre établissements en lien avec les progrès médicaux de plus en plus difficiles à financer tant en investissement qu'en exploitation. En outre, la concentration des moyens accroît les compétences techniques et médicales *via* l'effet d'expérience. Ce sont les principaux arguments avancés par les tutelles pour inciter au développement des conventions de co-utilisation. L'objectif est d'allouer efficacement les ressources de santé disponibles en assortissant certaines autorisations d'une condition de co-utilisation.

Dans cette même logique, l'esprit du plan Hôpital 2012 est de favoriser la mutualisation et donc les formules intégrées. De ce fait, les projets groupés sont « prioritaires » pour l'attribution des crédits. C'est notamment le cas pour les projets portant sur les SIH, puisque selon les instructions ministérielles les tutelles doivent favoriser les projets qui s'inscrivent dans des démarches de complémentarité inter-établissements à l'échelon d'un territoire de santé ou de la région. L'objectif affiché est donc de faire jouer à plein l'effet levier de ce plan d'investissement en privilégiant les projets qui impliquent des restructurations et donc plusieurs établissements ; ces projets ne pouvant être autofinancés par un seul établissement.

1.2.3 Le développement des SIH, vers le partage de l'information

Principal volet du plan Hôpital 2012, le développement des SIH constitue désormais un axe majeur d'action des autorités. Ils sont en effet aujourd'hui un corolaire indispensable au développement des coopérations.

Un système d'information peut être défini comme un ensemble de moyens techniques, administratifs, et humains qui sert à la collecte, au classement et à la transmission d'informations entre les membres d'une organisation. Cette notion d'organisation renvoie à deux dimensions différentes :

- d'une part les acteurs qui agissent au sein de l'établissement (médecins, patients)
- et d'autre part, selon une conception large, aux acteurs externes liés à l'hôpital (médecins de ville, établissements, ARH, CPAM...).

³⁶ CALMES G., SEGADE J-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière, l'heure de la vérité*, Masson, 1998, 169 pages, page 3.

³⁷ *Ibid*, page 170.

Selon cette définition, les SIH peuvent être considérés comme un outil d'interconnexion entre les établissements avec pour objectif une prise en charge du patient efficiente. En effet, le développement des SIH poursuit deux objectifs :

- améliorer la qualité des soins rendus (faciliter le partage, la communication, aider à la prise de décision)
- maîtriser les coûts grâce à une optimisation des ressources.

La mise en place de SIH opérationnels et efficaces est fondamentale car ils permettent aux professionnels de santé de disposer d'un maximum d'informations sur le patient et donc de prendre une décision dans les meilleures conditions possibles. La mutualisation de l'information au sein d'une organisation complexe où une multitude d'acteurs interagissent, l'hôpital, est primordiale.

Au-delà de la définition stricte des SIH, le partage de l'information présente donc de nombreux avantages dans le domaine de la santé :

- une mutualisation d'expériences
- une réalisation d'économies d'échelle
- un apprentissage entre professionnels (médicaux, non médicaux, cadres de direction)...

Aujourd'hui, les SIH constituent le socle fondamental de deux types de projets impulsés par les pouvoirs publics pour favoriser les coopérations entre établissements de santé :

- la mise en place du dossier patient commun informatisé
- le développement de la télémédecine définie comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* »³⁸ permettant aux établissements de mettre en place des partenariats, notamment sur des secteurs d'activités où des difficultés de recrutement sont identifiées (radiologie principalement).

Par conséquent, les SIH sont aujourd'hui un des volets majeurs des dynamiques de coopérations hospitalières. Ainsi, dans la perspective à court et moyen terme des CHT, E. VIGNERON insiste sur la nécessité d'accompagner leur mise en place d'une utilisation renforcée de la télésanté comme outil de coopération.

³⁸ Article 78 de la loi HPST.

1.3 La stratégie du CHU de Grenoble

Pour comprendre les logiques qui sous-tendent les coopérations existantes et futures du CHU, il est nécessaire de préciser la position de l'établissement au sein de son territoire. Historiquement engagé dans de nombreuses démarches coopératives, le CHU a fait le choix d'étendre sa zone d'influence pour tisser un réseau dense et varié de partenariats, dont le point culminant est la mise en place d'une direction commune avec un établissement du bassin.

1.3.1 Le positionnement spécifique du CHU, établissement de référence et de recours

Le CHU est l'un des trois CHU implantés dans la région. 10^{ème} CHU de France par son activité sanitaire, il dispose de 2150 lits et places. Sur son bassin de santé, il représente 80 % de l'offre en soins de médecine, 60 % de celle de chirurgie et 55 % de celle de gynécologie-obstétrique.

Il est l'établissement de référence pour le sillon alpin qui regroupe trois départements : Isère, Savoie et Haute Savoie, soit 2 millions d'habitants. Ainsi, sur le bassin de Grenoble et sur le sillon alpin, le CHU est le seul établissement de santé à disposer d'autorisations en transplantations d'organes, greffes de cellules souches hématopoïétiques, neurochirurgie et réanimation pédiatrique.

Le CHU articule ses trois missions sur les niveaux de territoire définis par le SROS :

- la zone de soins de proximité : celle de Grenoble représente 80 % de la population du bassin de santé 4
- le bassin de santé pour les missions de recours et le sillon alpin pour les missions de référence (bassin de santé 4)
- la région Rhône – Alpes pour des activités de référence très spécialisées à caractère interrégional distribuées entre les trois CHU (transplantations, neurochirurgie et chirurgie cardiaque, recherche clinique).

Le bassin de santé de Grenoble est le second territoire de la région qui enregistre le plus de séjours d'hospitalisation tous soins confondus. En outre, le taux de fuite y demeure faible (6.2 %). Le CHU est l'établissement qui réalise le plus de séjours sur son territoire (35 % des parts de marchés). Douze établissements sont implantés au sein de ce bassin dont neuf privés et trois publics.

Le bassin de recrutement de Grenoble est plus axé sur la partie orientale de la région et recouvre toute la partie est de l'Isère, la Savoie et une légère partie des Hautes-Alpes.

Cette situation explique donc que les coopérations du CHU soient essentiellement orientées vers la partie alpine de la région, les établissements du nord de l'Isère se rapprochant davantage des Hospices Civils de Lyon.

Pôle hospitalier et universitaire de référence du sillon alpin, le CHU y occupe donc une position à part. S'il bénéficie a priori d'une certaine indépendance par rapport aux autres établissements de santé voisins, il n'en a pas moins développé une politique de coopération volontariste, principalement concentrée sur son bassin de santé, avec des partenaires « historiques » à l'image du CH de Voiron.

Par conséquent, le positionnement de l'établissement sur le bassin et le sillon explique et justifie la nature et l'étendue des coopérations qu'il a développées.

1.3.2 La direction commune avec le CH de La Mûre

Depuis juillet 2002³⁹, une direction commune a été mise en place avec le CH de la Mûre, situé à 40 kilomètres du CHU. Situé sur un plateau de moyenne montagne et relativement isolé, l'établissement draine essentiellement la patientèle de la zone de soins de proximité de la Mûre (10 036 habitants). Le CH compte 205 lits et 2 places d'HAD⁴⁰. Il a traversé des périodes difficiles de restructurations et fermetures d'unités avec les fermetures successives de la maternité en 1995 puis de la chirurgie en 2004.

Deux facteurs majeurs sont à l'origine de la décision d'instaurer une direction commune entre les deux établissements :

- les difficultés de La Mûre pour attirer et fidéliser du personnel médical et du personnel de direction (les directeurs adjoints du CHU étant alors amenés à en assurer régulièrement l'intérim)
- l'existence de liens historiques étroits entre le CHU et cet établissement, notamment *via* de nombreuses coopérations médicales.

Au vue de cette situation, une proposition du Directeur Général du CHU, validée par les Conseils d'Administration des deux structures, a permis la mise en place d'une direction commune. Le directeur de la Mûre est donc désormais le Directeur Général du CHU de Grenoble qui délègue cette compétence à un directeur adjoint présent sur le site à temps plein.

Les relations entre les deux établissements sont ainsi organisées :

³⁹ Convention de direction commune en date du 11 juillet 2002.

⁴⁰ 35 lits de médecine, 20 de SSR, 150 lits d'EPHAD (dont 30 lits d'USLD).

- des médecins du CHU sur la base du volontariat assurent des vacations (consultations principalement) : gynécologie, anesthésie (pour certains actes invasifs de chirurgie digestive), cardiologie, orthopédie, ophtalmologie. Cette organisation permet ainsi d'assurer une offre de soins de proximité pour une population du plateau matheysin âgée, rurale et précaire
- un temps de médecin DIM (20 %) du CHU est également accordé à la Mûre, mais est rarement pourvu du fait de difficultés de recrutement
- la PUI du CHU réalise pour l'établissement la préparation des médicaments anticancéreux injectables
- le CHU assure le blanchissage et la location du linge hospitalier ainsi que la stérilisation de l'ensemble des dispositifs médicaux pour le compte du CH.

Le maire de la commune estimait à l'époque qu' « *un hôpital comme celui de la Mûre ne pourra survivre sans un tel dispositif* »⁴¹. Dans cette logique, les deux établissements sont donc gagnants : la Mûre conserve son activité de médecine et chirurgie digestive et assure des consultations dans de nombreuses disciplines, et le CHU renforce son positionnement et son image au niveau du bassin et de la région.

Les deux établissements ont donc été des précurseurs en la matière puisqu'ils ont mis en place une des premières directions communes du paysage hospitalier français. Depuis, des organisations similaires se sont multipliées⁴².

La direction commune peut donc être analysée comme la première étape vers la constitution d'une CHT dans la mesure où elle en possède la philosophie et toutes les caractéristiques. D'ailleurs, la convention cadre du 1^{er} janvier 2008 entre les deux établissements fait expressément référence à la création d'une future CHT, qui au final, ne viendra que confirmer « *les liens étroits qui existent de longue date* ». Il est par ailleurs révélateur que le maire de la Mûre, membre de la commission LARCHER, ait été un ardent défenseur de la proposition la création des CHT.

1.3.3 Le rôle et le positionnement des acteurs internes dans la stratégie du CHU

Pour être réussie, la démarche globale de coopération, définie au niveau institutionnel, doit être portée par les acteurs de l'établissement, et ce, à tous les niveaux.

⁴¹ Fabrice MARCHIOL, propose recueillis par le Dauphine Libéré : <http://www.ledauphine.com/reforme-de-l-hopital-dans-les-etablissements-sud-iserois-@/index.jspz?chaîne=25&article=132528>

La Direction Générale et la Direction de la Stratégie jouent un rôle majeur d'impulsion en définissant et portant les projets. Le président de la CME est également très investi dans l'ensemble de ces démarches. Une vision stratégique institutionnelle est en effet indispensable pour être en mesure de dépasser « *les particularismes locaux et les relations interpersonnelles pouvant faire obstacle à la mise en place de coopérations* »⁴³.

Le choix a été fait de procéder à un maillage du territoire avec des coopérations dans de nombreux domaines : soins, médico-technique, logistique, recherche... La « sphère d'influence » du CHU est principalement concentrée sur son bassin de santé et sur les établissements publics (Voiron, La Mûre, St Egrève). Dans une logique de complémentarité, des coopérations sont également en place avec des cliniques privées à l'image de Belledonne, Chartreuse, Mutualiste...

La Direction souhaite également que le CHU s'implique fortement dans une politique de structuration de réseaux du bassin et du sillon alpin, en cohérence avec le SROS. Le CHU s'investit donc dans la création de réseaux inter-établissements (mission de référence sur le sillon alpin) et de réseaux ville-hôpital (mission de proximité et de recours sur le bassin). L'aboutissement de cette structuration sera l'installation de la Maison des Réseaux dans les locaux du CHU d'ici 2010 qui permettra de rendre leur existence plus visible en informant patients et professionnels.

Le CHU réaffirme par ailleurs, dans son projet d'établissement 2006-2010, qu'en tant qu'établissement pivot de l'organisation sanitaire institué par le projet médical de territoire, il souhaite poursuivre son implication dans le maintien des activités des hôpitaux de proximité, dans un contexte de démographie médicale difficile, notamment au travers d'emplois partagés et de fédérations inter-établissements.

Aujourd'hui, les perspectives s'orientent vers :

- la création d'un GCS du bassin de santé Grenoblois, d'abord sur des prestations logistiques et médico-techniques (stérilisation, blanchisserie, imagerie) puis étendu aux soins. Il s'agit de donner une structuration juridique à des coopérations déjà existantes mais également d'en développer des nouvelles avec les établissements publics traditionnellement partenaires du CHU (Voiron, La Mûre, le CHS de St Egrève)

⁴² On peut par exemple citer les CH de Seclin et Carvin, le CH d'Embrun et l'EHPAD Guil-Ecrins, les CH d'Annonay, Tournon et l'hôpital local de Serrières...

⁴³ Luc BARRET, président de la CME, entretien du 29 juin 2009.

- la création d'un GCS sur le sillon alpin (bassin Grenoblois, Savoie, Haute Savoie) au-delà du département afin de développer et structurer les coopérations dans la zone d'influence du CHU.

Par conséquent, le contexte national et local ainsi que l'impulsion politique offrent un environnement propice au développement des coopérations inter-établissements. Néanmoins, la question reste à savoir dans quelle mesure les hôpitaux s'approprient ce cadre et comment ils s'inscrivent effectivement dans ces démarches coopératives : modalités, motifs, contraintes et difficultés. C'est pourquoi, il est analysé, dans un second temps, les facteurs et limites des principales coopérations du CHU afin de dresser un état des lieux des problématiques qui y sont liées.

2 Les éléments structurants des principales démarches coopératives menées par le CHU de Grenoble

Afin d'identifier, le plus finement possible, les divers leviers et contraintes des coopérations, il est nécessaire d'analyser la démarche et les choix adoptés par le CHU de Grenoble en la matière à partir d'exemples de coopérations présentes et futures choisies pour leur pertinence et représentativité (domaine d'activité concerné, type de partenaires...). L'objectif est donc de comprendre les logiques qui sous-tendent la mise en place de ces démarches coopératives et d'en analyser les difficultés et obstacles.

2.1 Les coopérations dans le domaine médical

Elles sont le cœur des coopérations inter-établissements dont l'objectif est de garantir une offre de soins de qualité dans un contexte de plus en plus contraint. Au regard de l'exemple de Grenoble, l'implication du personnel médical et l'accompagnement des tutelles apparaissent comme des éléments déterminants dans la réussite de ces démarches. Les coopérations médicales s'ouvrent par ailleurs aujourd'hui sur de nouvelles perspectives et s'appuient de plus en plus sur les systèmes d'informations pour renforcer les logiques intégratives.

2.1.1 La place primordiale du leadership médical, élément fédérateur

Il est révélateur de souligner que la très grande majorité des coopérations médicales du CHU jugées les plus réussies ont été portées et insufflées par un ou plusieurs médecins qui ont su fédérer l'ensemble des acteurs autour d'une stratégie commune.

Ce constat peut s'inscrire dans l'analyse de M. CROZIER et E. FRIEDBERG⁴⁴ qui envisagent le changement comme étant uniquement le fruit des acteurs, produit localement et non imposé par le « haut ». Les établissements de santé sont souvent assimilés à une « *bureaucratie professionnelle* » caractérisée par l'implication importante des professionnels dans le processus de décision et leurs capacités à résister au changement⁴⁵. La coopération assimilable, dans une certaine mesure, à un changement (changement de pratiques, de manière de penser, de cadres de référence...) s'inscrit donc dans le cadre de cette analyse.

Aujourd'hui, deux coopérations médicales sont considérées par l'ensemble des professionnels comme une grande réussite : le RENAU (REseau Nord Alpin des Urgences) et le réseau de périnatalité du bassin. Chacune d'entre elles a été impulsée par un médecin qui a joué un rôle fédérateur :

- ces deux coopérations ont été portées par un leadership médical qui a réussi à réunir autour d'une même table des praticiens de spécialités différentes (les urgentistes/spécialistes pour le RENAU et les gynécologues/obstétriciens/pédiatres pour le réseau périnatalité).
- ces coopérations ont permis la mise en place d'une instance de régulation et de dialogue. Ainsi, les urgentistes/spécialistes et pédiatres/obstétriciens ont pu échanger et comprendre les contraintes et attentes de leurs confrères⁴⁶. Les relations quotidiennes entre ces professionnels ont donc été clarifiées.
- la méthode employée a été celle du « *spill over* » : l'ensemble des professionnels ont d'abord coopéré sur un domaine précis (par exemple la prise en charge des urgences cardiologiques pour le RENAU), puis ont ensuite élargi leur champ d'action (généralisation de protocoles, par exemple pour les AVC dans le cadre du RENAU). La rédaction de ces différents protocoles a ainsi permis un échange fructueux de pratiques et d'expertise en « *mettant en commun la base de connaissances de chacun* »⁴⁷.

⁴⁴ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, 1981, 500 pages.

⁴⁵ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation, 1982, 359 pages.

⁴⁶ Entretien avec Odile DUMONT, chef de service des urgences du CH de Voiron, le 1^{er} juin 2009.

⁴⁷ Entretien avec Claude JACQUOT, responsable du pôle anesthésie et réanimation au CHU, membre du RENAU, le 20 juillet 2009.

Par conséquent, les médecins ont réussi à produire leurs propres règles de fonctionnement et donc à impulser une réelle dynamique de changement. Le cloisonnement entre établissements et spécialités médicales a ainsi laissé place au partage et à l'échange avec pour objectif une prise en charge optimale et efficiente du patient. Ici encore, l'analyse de M. CROZIER est éclairante puisque le changement s'apparente à un apprentissage, c'est-à-dire la découverte voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement. La règle, ici les protocoles, n'est pas un produit imposé par la hiérarchie ou l'environnement externe mais est le produit d'une élaboration conjointe issue de compromis.

Le rôle de médecins est donc primordial dans l'impulsion donnée aux démarches coopératives, puisque « *dans la réalité, la coopération est plus souvent une question d'entente entre les hommes [...]* »⁴⁸.

2.1.2 L'importance de l'implication et de l'accompagnement de l'ARH

L'implication de l'ARH dans un projet de coopération est également une des clés de sa réussite. La tutelle doit en effet accompagner les démarches, impulser les dynamiques nécessaires, puis savoir à quel moment laisser les acteurs s'approprier le projet et poursuivre seuls. Que la coopération soit initialement impulsée par la tutelle ou par les acteurs eux-mêmes, un soutien actif de l'ARH semble dans tous les cas nécessaire.

Selon André – Pierre CONTANDRIOPOULOS ⁴⁹ une dichotomie peut être établie entre d'une part les changements réactifs, qui sont le fruit d'une contrainte interne ou externe et donc subis, et d'autre part les changements pro-actifs, résultats d'une démarche délibérée. Néanmoins, dans les faits, certaines coopérations peuvent dépasser ce schéma et se situer à la frontière, c'est-à-dire être nécessaires dans le contexte local d'offre de soins mais aussi acceptées et encouragées par les établissements. Dans tous les cas de figure, le rôle de l'ARH est primordial.

Le niveau d'encadrement et d'implication de la tutelle dans le développement des coopérations médicales est variable suivant le contexte :

⁴⁸ BLAT N., « Piloter une coopération », Gestions Hospitalières, n°470, novembre 2007, pages 663-665, page 665.

⁴⁹ CONTANDRIOPOULOS A-P, SOUTEYRAND Yves, *op.,cit*

- une démarche peu contraignante basée sur des incitations financières : c'est notamment le cas avec l'utilisation des enveloppes MIG (exemple des équipes mobiles de soins palliatifs inter-établissements où les hôpitaux s'engageant dans ces démarches reçoivent des crédits pour financer les postes rattachés à cette activité) et des enveloppes AC (exemple de la mise en place des CHT)
- une démarche participative, d'impulsion : c'est notamment le cas en matière de télé-imagerie, qui peut être assimilée à des coopérations médicales même si elle s'appuie sur le développement de supports techniques et informatiques. L'ARH Rhône-Alpes souhaite faire émerger des projets dans ce domaine pour permettre une mutualisation effective des ressources d'imagerie. Sur la base des préconisations du SROS de troisième génération l'ARH a demandé aux CHU de prendre des initiatives dans ce domaine afin de concrétiser la mise en œuvre de projets, ou d'expériences modèles, portés par les différentes équipes de professionnels. En février 2009, l'ARH a mis en place une mission régionale consacrée à ces questions pour réaliser une analyse des expérimentations menées dans chaque CHU afin de créer les conditions d'une mutualisation et d'assurer leur diffusion au sein des bassins susceptibles d'être intéressés. Ce rapport doit lui être remis d'ici la fin de l'année et proposer une analyse fine suivant quatre axes : financier, juridique, technique et organisationnel et devra permettre de dégager des plans d'actions afin de prioriser les projets.
- une démarche plus directive : comme ce fut le cas pour la chirurgie cardiaque⁵⁰ et la stérilisation sur le bassin. En effet, le SROS III prévoyait très clairement un regroupement sur un même site des activités de chirurgie cardiaque du CHU et de la clinique Belledonne. La tutelle a ensuite désigné Grenoble comme site unique et a laissé les établissements se mettre d'accord sur les modalités d'organisation de ce regroupement. Il est certain dans ce cas de figure, qu'en l'absence de directives imposées par la tutelle, les deux établissements n'auraient pas pris l'initiative d'un tel rapprochement.

2.1.3 Les nouveaux champs indispensables des coopérations médicales : les SIH et le dossier patient partagé réparti

Les systèmes d'information sont devenus un outil indispensable pour aider au développement des coopérations médicales. En Rhône-Alpes, depuis 2000, SIS-RA

⁵⁰ Cf 2.3.2

(Système d'Information de Santé de la région Rhône Alpes) permet de faciliter le partage de l'information médicale entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Les membres fondateurs en sont les trois CHU de la région, le Centre Léon Bérard (CLCC, Lyon), le GIP ONCORA (oncologie Rhône-Alpes) et l'association pour le développement des SI de la médecine de ville en Rhône – Alpes. De nombreux institutionnels ont par ailleurs appuyé ce projet dont l'ARH, l'URCAM, la région et l'URML.

Un GCS support du projet a même été mis en place en 2006 afin de concrétiser la stratégie en projet opérationnel en assurant la réalisation des outils et le raccordement des structures de santé régionales, des réseaux et médecins libéraux.

SIS-RA permet de mettre à disposition des acteurs divers outils régionaux destinés à faciliter :

- l'identification du patient grâce au Serveur Télématique d'Identité Communautaire (STIC) permettant l'attribution d'une clé régionale pour chaque patient permettant le rapprochement entre les différents identifiants locaux
- le partage et les échanges d'informations médicales avec
 - o le Dossier Patient Partagé Réparti (DPPR), outil permettant aux médecins un accès en temps réel aux informations médicales de leurs patients en allant les chercher directement à leur source (hôpitaux, cliniques, réseaux de soins...)
 - o la Plateforme d'Echange entre les Professionnels de Santé qui offre un espace de partage des données médicales pour les établissements de santé qui ne peuvent pas se connecter directement à STIC et au DPPR
- la coordination des soins (outil Trajectoire notamment).

L'objectif général est donc d'optimiser le processus de prise en charge des patients tout en réduisant les coûts induits (redondance des examens médicaux...). En outre, un projet tel que Trajectoire, qui vise à fournir une base de données actualisée en temps réel des lits disponibles de SSR, permet une régulation plus fine de l'offre et de la demande. Aujourd'hui, entre 10 à 15 % des patients placés dans des structures adaptées le sont *via* l'outil Trajectoire.

Le DPPR, véritable pierre angulaire du système, est aujourd'hui seulement opérationnel au niveau des trois CHU de la région et du CLCC, et uniquement pour la partie imagerie. Il est question de dossier partagé « réparti » dans la mesure où il ne s'agit pas d'un dossier patient centralisé accessible sur le Net, idée rapidement abandonnée en raison de problèmes de sécurisation des données. En effet, chaque établissement conserve, en interne, un dossier patient (numéro de venue, identifiant...) mais une jonction de

l'ensemble de ces données est effectuée sur une plateforme à laquelle les professionnels ont accès à partir d'un identifiant attribué à chaque patient (absence de stockage de données). Les images stockées sur les serveurs des établissements sont donc « poussés » sur le serveur du DPPR. Pour les établissements de plus petite taille qui ne possèdent pas en interne de système de stockage des images, le projet CRISA (Centre de Ressources en Imagerie diagnostique du Sillon Alpin), financé dans le cadre d'Hôpital 2012, est à l'étude. Il a pour objet de mutualiser les investissements en matière d'imagerie en s'appuyant sur une plateforme opérationnelle de stockage d'images basée sur le site du CHU de Grenoble. Les établissements de santé disposeront pour l'interprétation des images de stations diagnostiques délocalisées pour visualiser les images produites sur sites ou bien seront directement connectés au centre de référence (CRISA).

L'objectif final de l'ensemble de cette architecture est donc d'assurer une qualité des soins optimale pour les patients, notamment dans un contexte de pénurie de radiologues dans les hôpitaux (la téléimagerie s'appuie en effet sur le dispositif SIS-RA).

Malgré les avancées décrites ci-dessus, les marges de progression sont importantes dans le développement des SIH comme élément fédérateur entre les établissements de la région. Le CHU de Grenoble souhaite jouer un rôle moteur dans cette dynamique (deux directeurs adjoints sont même mis à disposition du GCS SIS-RA) mais des obstacles d'ordre législatif (sécurisation des données notamment) et organisationnels demeurent.

2.2 Les coopérations dans les domaines de la logistique et du médico-technique

Les coopérations médicales s'apparentent donc au cœur de l'activité des établissements de santé et correspondent à une logique d'amélioration de la prise en charge du patient sur le territoire, dans un cadre contraint tant au niveau économique que démographique. Selon une logique proche, les établissements cherchent également à développer des complémentarités au sein d'activités secondaires, souvent moins concurrentielles, en

raison d'exigences économiques et financières fortes incitatives aux regroupements de moyens, générateurs d'économies d'échelle.

2.2.1 Un objectif de rationalisation des investissements : les exemples de la blanchisserie et de la stérilisation

Dans une perspective de diminution des coûts, certains hôpitaux font le choix d'externaliser à des partenaires privés certaines activités logistiques, voire médico-techniques. A l'inverse, les établissements publics peuvent décider de mutualiser leurs moyens en regroupant cette activité sur un même site, ce qui est souvent le cas de la blanchisserie et la stérilisation.

Ainsi, le CHU assure la location et le blanchissage du linge de nombreux établissements de santé du bassin sur la base de conventions : Voiron, la Mûre, Uriage, l'AGEDUC et maison de retraite. Au total, 10% de l'activité de la blanchisserie du CHU est réalisée pour dans le cadre de ces coopérations. A l'inverse, les coopérations dans le domaine de la stérilisation sont encore peu développées au CHU. Seule la Mûre et St Egrève externalise actuellement cette activité à Grenoble. Néanmoins, selon le schéma directeur de la stérilisation un « pôle public de stérilisation » devrait se mettre en place autour du CHU, qui prendrait alors en charge cette activité pour le compte du CH de Voiron. Ce dernier émet quelques réserves sur cette externalisation, qui pourrait accroître les risques de rupture d'approvisionnement (distance de 30 km entre les sites de Grenoble et Voiron) et conduire ainsi l'établissement à renforcer son parc d'instrumentation.

Ce type de coopérations « public-public » permet à ces établissements de petite ou moyenne taille d'éviter l'externalisation de ces fonctions à des prestataires privés au profit d'un partenaire avec lequel ils coopèrent souvent déjà dans le domaine médical. Ce type de partenariat est « gagnant – gagnant ». En effet, les établissements qui externalisent réalisent des économies dans la mesure où les coûts induits sont inférieurs aux coûts d'investissement et d'exploitation liés au maintien ou à la création d'une activité de blanchisserie ou stérilisation. Il en découle une réelle complémentarité entre les exigences et attentes des partenaires. :

- augmentation de la production interne pour l'établissement prestataire
- réduction des coûts et réallocation des ressources pour l'établissement demandeur.

Ainsi, en 2008, le CHUG a procédé à une extension de sa blanchisserie pour répondre aux demandes d'établissements de santé qui souhaitent lui confier cette activité. Les machines ont donc été renouvelées afin d'être en mesure d'assurer une production de

linge équivalente à 15-17 tonnes par jour, alors que le CHU produisait pour son compte et les établissements voisins, 13 tonnes. Ce surdimensionnement s'inscrit dans la perspective de mise en place du GCS de territoire dont un des volets sera l'activité de blanchisserie. Cette augmentation capacitaire répond donc très clairement à une stratégie du CHU visant à « absorber » cette activité du CHS de St Egrève qui anticipe, quant à lui, une baisse du coût unitaire du traitement du linge suite dans le cadre de la mise en place du GCS et de l'extension de la blanchisserie.

Toutefois, ce modèle vertueux demeure difficile à démontrer empiriquement, puisqu'un chiffrage précis du coût du linge anticipé dans le cadre de la mise en place du futur GCS s'avère ardu. Une des difficultés est de trouver un mode de calcul permettant de « lisser » dans le temps le coût des charges d'intérêt, forcément dégressives, et les charges d'amortissement liées à « l'ancienne » blanchisserie et celles liées aux travaux d'agrandissement. Aucun arbitrage financier n'a encore été fait lors de la clôture de ce mémoire.

Les coopérations inter-établissements dans ces domaines sont souvent considérées comme plus faciles à mettre en place et à pérenniser que celles dans le domaine médical puisqu'elles se situent sur des périmètres estimés comme non « concurrentiels » entre les structures. Cependant, ces externalisations sont à l'origine de difficultés internes liées à la fermeture de certains pans d'activité.

2.2.2 Vers un GCS de territoire

Dans le cadre de sa stratégie de maillage du territoire, le CHU souhaite mettre en place un GCS de territoire sur le bassin qui portera dans un premier temps sur les activités médico-techniques et logistiques (élargissement ultérieur possible sur les soins). Les champs concernés sont plus précisément : la stérilisation, la biologie, la blanchisserie, les archives et les approvisionnements. Dans cette perspective, une plateforme logistique a été construite par le CHU pour un coût total de 9 millions d'euros, afin de mutualiser, dans un premier temps en interne, la fonction magasinage et d'optimiser les achats et approvisionnements dans une perspective de réduction des coûts. Dans un second temps, une mutualisation de cette plateforme aux autres établissements sera proposée dans le cadre du GCS.

L'objet de cette coopération est donc la réalisation d'économies d'échelle par la centralisation des moyens. D'autres établissements en France ont également mis en place ce type de structure pour une activité délimitée. Le CHU de Dijon a ainsi créé un

GCS de ce type afin de mutualiser l'activité de stérilisation entre huit établissements publics et privés de son bassin.

A Grenoble, un projet de convention constitutive du GCS pour la partie blanchisserie sera proposé aux partenaires en octobre 2008 ; les autres activités seront ensuite progressivement intégrées à la structure. La volonté des établissements de prioriser le volet blanchisserie du GCS est motivée par une diminution attendue des tarifs de facturation.

Les objectifs liés à la mise en place d'une structure juridique lourde, le GCS, en lieu et place des différentes conventions existantes sont triples :

- formaliser les relations actuelles au sein d'une structure pérenne associant davantage chaque établissement (assemblée générale, attribution de droits de vote...)
- regrouper au sein du GCS l'ensemble des activités logistiques et médico-techniques pour lesquelles le CHU a déjà développé des coopérations avec d'autres établissements
- permettre d'étendre ces coopérations à d'autres établissements du bassin, et notamment privés.

La difficulté reste de trouver une configuration permettant de préserver les intérêts des établissements de santé, hors CHU, afin que ces derniers n'aient pas le sentiment d'être mis à l'écart au profit d'une structure pilotée par le CHU. Le projet de convention constitutive prévoyait, au départ, que le CHU étant majoritaire en termes d'apports et d'investissements détienne à ce titre 80 % des droits de vote. Fort des enseignements des coopérations médicales réussies citées précédemment, cette solution a été rapidement abandonnée car elle pouvait faire craindre aux établissements de se retrouver lésés.

Par conséquent, ce GCS de moyens a vocation à compléter et préfigurer la future CHT de bassin. Cette dernière constituera ainsi le cadre des différentes coopérations médicales et sanitaires (activités de soins), tandis que le GCS aura pour objet le regroupement des activités médico-techniques et logistiques. Dans une perspective de complémentarité, la restructuration publique de l'offre de soins sera ainsi facilitée par la mise en place de la CHT tandis que les prestations de service à destination d'établissements publics et privés, membres ou extérieurs, s'effectueront dans le cadre du GCS. Cette configuration permettra ainsi la coopération avec des établissements privés, partenaires actuels du CHU, dans le cadre du GCS, possibilité que la CHT ne prévoit pas.

La CHT correspond donc à une logique intégrative tandis que le GCS relève davantage d'une coopération fonctionnelle limitée à une mutualisation de moyens (exception faite des GCS établissements de santé créés par la loi HPST). Poussant la comparaison à l'extrême, un parallèle peut même être établi entre les situations matrimoniales et ces deux formes de coopérations, en assimilant la CHT au « *mariage* » et le GCS à l' « *union libre* »⁵¹. Si sur le plan symbolique la comparaison peut aisément être comprise (degré d'engagement différent), il n'en demeure pas moins que la forme de la coopération peut n'avoir aucun rapport avec la nature des liens réels entre acteurs (des conventions peuvent instaurer une coopération efficace et durable entre établissements tandis qu'un GCS peut se révéler n'être qu'une coquille vide).

2.3 Les futures coopérations du CHU, entre continuité et changement

Dans une dynamique d'élargissement, la stratégie du CHU est d'étendre ses collaborations tant au niveau géographique qu'au niveau de la nature des activités concernées.

2.3.1 De nouveaux partenaires : les fenêtres d'opportunité

Outre le GCS de bassin qui devrait voir le jour cette année, le CHU développe d'autres projets de coopérations, et notamment en direction de nouveaux partenaires hors bassin de santé. Le CHU a en effet historiquement orienté ses coopérations autour des établissements de cette zone, mais souhaite aujourd'hui élargir son champ d'influence.

Ainsi, un projet de création d'un GCS « Alpes santé » entre le CHU, le CH d'Annecy et le CH de Chambéry portant sur la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie est à l'étude. Cette coopération sur le sillon alpin trouve principalement son fondement dans la décision récente des tutelles d'attribuer une autorisation de chirurgie cardiaque à Annecy, activité de pointe connue et reconnue du CHU.

En raison de l'éloignement du département de Haute – Savoie des sites de chirurgie cardiaque de la région⁵² et de sa croissance démographique, une autorisation de

⁵¹ Expressions utilisées par L. BARRET, président de la CME.

⁵² Schéma inter-régional d'organisation sanitaire « Sud-Est » 2007-2012.

chirurgie cardiaque adulte a ainsi été octroyée au CH d'Annecy (Haute-Savoie) en 2008 pour pallier ces disparités d'implantations territoriales en Rhône-Alpes.

Le CHU s'interroge donc sur l'impact d'un nouveau centre de chirurgie cardiaque implanté à Annecy dans un contexte de réduction de l'activité. Cette inquiétude sur la viabilité de l'activité de Grenoble incite le CHU à proposer une coopération nouvelle avec le CH d'Annecy. Le chef de service du CHU est convaincu de cette nécessité afin d'éviter que l'établissement ne devienne un concurrent.

L'objectif est donc de mettre en place une filière formalisée entre les deux établissements. Le CH d'Annecy prendrait donc en charge l'activité programmée, les urgences (premier niveau), tandis que le CHU serait l'établissement de recours (second niveau). Cette répartition des rôles devrait permettre de préserver un équilibre entre ces deux structures qui partagent désormais un même segment d'activité sur la région. Cette régulation permet donc de satisfaire à la fois l'intérêt du patient (organisation d'une filière structurée) et ceux des établissements de santé.

Cet exemple démontre dans quelle mesure le positionnement des acteurs n'est jamais figé et est amené à évoluer régulièrement notamment sous l'effet de facteurs externes (ici l'autorisation d'activité nouvelle délivrée à Annecy). L'équilibre, parfois précaire, des intérêts, est ainsi amené à évoluer, créant ainsi des fenêtres d'opportunité pour le développement de coopérations futures. En effet, traditionnellement, le CHU n'avait que très peu de coopérations avec Annecy, qui est davantage tourné vers les Hospices Civils de Lyon.

La réactivité et la capacité d'adaptation des établissements face à de nouveaux paramètres sont indispensables pour parvenir à trouver et pérenniser un équilibre des forces et des intérêts.

Cette coopération reste donc encore à construire, puisque aucune disposition n'a pour l'instant été prise pour formaliser ce projet. Cependant, des coopérations même « officialisées », par la création d'un GCS par exemple, ne sont pas encore effectives dans les faits en raison de positionnement des acteurs non encore ajustés, comme l'illustre la coopération en matière de chirurgie cardiaque.

2.3.2 Les difficultés de coopération avec le secteur privé : l'exemple de la chirurgie cardiaque

L'activité de chirurgie cardiaque est un point névralgique de la coopération inter-établissements dans la région. En 2008, le CHU a monté un GCS de chirurgie cardiaque

avec les praticiens de la clinique Belledonne, établissement de santé à but lucratif, situé sur le même bassin de santé. Cette coopération trouve sa légitimité dans « *une répartition géographique des sites [...] particulièrement inhomogène en Rhône-Alpes* »⁵³. Il est en effet surprenant que deux établissements de Grenoble (le CHU et la clinique Belledonne) détiennent chacun une autorisation pour cette activité.

Ce GCS est l'aboutissement d'une coopération démarrée dès le début des années 90. Un contrat d'association est en effet signé en 1991 entre les deux établissements pour opérer un partage d'activité avec une limitation de l'activité à Belledonne à 300 actes par an. L'objectif est de favoriser une pratique coordonnée et complémentaire en organisant l'activité de Belledonne par référence à celle du CHU telle que constatée l'année n-1.

Cependant, à partir des années 2000, la clinique n'est plus en capacité de réaliser le nombre d'actes annuels nécessaires au maintien de l'autorisation, soit 400 actes par an. Ce constat ajouté à celui d'une implantation régionale de l'activité inadaptée⁵⁴ finit par convaincre l'ARH d'exiger la création d'un GCS entre les deux établissements, avec une perspective de regroupement de l'activité sur un même site (CHU) pour 2012. L'objectif est de permettre une réelle synergie entre les partenaires et de pallier au déficit de la démographie médicale en assurant la permanence des soins. Ce GCS, créé en août 2008 et porteur d'autorisations doit donc être l'instrument régulateur de la concurrence sur ce créneau.

Impulsée par la tutelle, cette coopération s'avère cependant très difficile à mettre en place dans les faits, principalement en raison des relations tendues entre les praticiens de chaque établissement. En substance, les chirurgiens du CHU estiment que les libéraux n'ont pas la compétence technique pour réaliser des opérations complexes, tandis que les libéraux se sont toujours positionnés en situation de concurrence, voire d'opposition avec le CHU. Leur crainte est d'être à terme « *absorbés* » et de « *perdre leur âme* »⁵⁵. Ces difficultés attestent donc de l'importance capitale de l'investissement des médecins dans la réussite d'une coopération médicale. Le caractère structurant de l'activité pour la clinique, qui représente aujourd'hui 30 % de son chiffre d'affaire, constitue un second obstacle majeur. Une autre difficulté réside dans la conciliation nécessaire de l'activité privée programmée avec la prise en charge des urgences cardiaques. Les chirurgiens publics craignent en effet que les libéraux ne participent pas à la permanence des soins, les gardes étant alors assurées exclusivement par le CHU. Et il est vrai qu'aujourd'hui ces derniers n'effectuent aucune garde alors même que la convention constitutive du GCS le prévoit.

⁵³ Schéma inter-régional d'organisation sanitaire « Sud-Est » 2007-2012.

⁵⁴ SIOS 2006-2010.

Enfin, la délicate question du regroupement physique de l'activité fait toujours débat ; les chirurgiens y étant tous opposés. Aucun calendrier n'est pour l'instant fixé, le CHU devant dans un premier temps réunir un groupe de travail interne sur cette question pour ensuite présenter un projet à la clinique.

En l'absence de reconnaissance des intérêts de chacun à coopérer, il n'y a donc actuellement aucune collaboration effective entre les deux équipes, exception faite des urgences cardiaques. Le GCS demeure donc, en l'état, une coquille vide.

L'analyse théorique peut nous éclairer sur ces difficultés. En effet, selon la théorie des jeux, la coopération entre des acteurs « rivaux » peut être analysée selon deux perspectives :

- la coopération est une manœuvre stratégique défensive (se protéger contre l'attaque de nouveaux entrants)
- ou la coopération est une manœuvre stratégique offensive (gagner des parts de marché). Dans ce cadre, la dynamique de l'accord est une réponse à l'impulsion de l'environnement⁵⁶.

En l'espèce, cette coopération ne correspond à aucun des cas de figure énoncés, ce qui peut expliquer en partie son échec actuel. La recherche préalable d'un intérêt commun est donc indispensable et conditionne la réussite d'une coopération, qui ne peut pas être le seul résultat d'une contrainte externe.

Avant toute coopération, les intérêts des deux établissements semblaient en effet opposés. Malgré l'existence du contrat d'association, la situation est donc assimilable à un jeu à somme nulle, c'est-à-dire strictement compétitive : ce qu'un des acteurs gagne, l'autre le perd. Par conséquent, les gains de chacun sont une fonction décroissante des gains de l'adversaire. Dans cette situation, a priori, la question de la coopération n'est pas pertinente⁵⁷. Comme il a été démontré précédemment, l'absence de perspective de gains mutuels pour chaque établissement semble être le principal frein à l'acceptation et à la mise en œuvre de cette coopération.

2.3.3 La mise en place d'une CHT, un prolongement naturel

⁵⁵ Entretien avec F. MARIE, Directeur de la Stratégie au CHU, le 11 juin 2009.

⁵⁶ CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., *op.cit.*

⁵⁷ CORDONNIER L., *op.cit.*

Bien avant le vote de la loi HPST, le CHU envisageait de mettre en place une structure de type CHT sur le bassin avec Voiron, St Egrève et La Mûre. Il est par ailleurs évident que la direction commune avec La Mûre préfigurait déjà la forme de la future CHT. D'autres établissements ont suivi cette même logique à l'image de St Malo. Depuis novembre 2008, une seule direction préside les établissements de St Malo et Dinan et depuis janvier 2009, l'hôpital local de Cancale. Selon A. Tanguy, directeur du CH de St Malo « *La direction commune nous permet de conforter nos coopérations inter-établissements et nous inscrit par anticipation dans une communauté hospitalière de territoire* »⁵⁸. Cette coopération a été rendue possible par la taille moyenne du bassin de population et l'identification précise des niveaux d'activités de chaque établissement. Un projet médical commun a d'ores et déjà été adopté, le projet logistique et un nouvel organigramme commun devraient suivre. Chaque hôpital conserve, pour l'instant, son autonomie juridique et financière, ainsi que ses instances. Ce rapprochement s'est en fait appuyé sur des coopérations anciennes déjà existantes entre établissements au niveau individuel ou au niveau des services sans utiliser d'outils juridiques particuliers dans l'attente de la loi HPST.

D'autres exemples existent, à l'image du département de l'Indre où le CH de Châteauroux a mis en place une direction commune avec l'hôpital local, ce qui fait dire au directeur des finances et des coopérations du CH : « *Nous avons choisi de coopérer à partir de l'association d'établissements volontaires. Si nous devons créer demain une CHT, nous procéderions de la même manière. Cette communauté hospitalière de territoire serait la résultante de projets partagés dans le cadre d'une stratégie communautaire et territoriale clairement définie* »⁵⁹.

Par conséquent pour ces hôpitaux, à l'image du CHU, la CHT constitue le prolongement naturel des politiques de coopérations antérieurement mises en place, et notamment *via* les directions communes.

C'est pourquoi le CHU souhaite dans un premier temps dialoguer avec Voiron et St Egrève sur la forme et le contenu de la CHT, considérant que les relations fortes existantes avec La Mûre viendront naturellement s'insérer dans le cadre de la CHT. Cette dernière peut donc être analysée comme une structure d'institutionnalisation de coopérations existantes avec des partenaires traditionnels. Elle va ainsi permettre de créer un lieu de concertation entre les établissements sur la base d'une stratégie

⁵⁸ Entretien dans Managers de santé, numéro 84, mai-juin 2009, p. 15

⁵⁹ Xavier BAILLY, directeur des affaires financières et des coopérations au CH de Châteauroux : <http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/a-la-une/la-cooperation--chemin-naturel-vers-la-cht/>

commune et d'une vision partagée. La CHT « *organise la vie commune des établissements pour qu'ils se comprennent et se respectent* »⁶⁰.

Cependant, la crainte des mécanismes de polarisation des forces et des influences explique les réticences des petits et moyens établissements à s'engager dans ce type de relations de coopération formalisées, souvent ressenties comme le premier acte d'une annexion future.

C'est pourquoi, le CHU ne doit pas se positionner comme le cœur, le pivot de la future CHT mais s'associer à la démarche dans un rapport égalitaire avec les autres établissements de plus petite taille. Les intérêts de chacun doivent être bien définis au préalable. Le CHU *via* la CHT va ainsi pouvoir conforter sa position dans ses activités de recours et de référence.

Par conséquent, la mise en place de la CHT représente dans les années à venir un enjeu majeur pour le CHU, mais également les autres établissements membres. De manière plus globale, la recherche et la mise en place de tout type de coopérations représentent un défi quotidien pour les établissements qui doivent élaborer des stratégies, solutions pour surmonter les difficultés et parfois mêmes contractions inhérentes à toute démarche coopérative.

3 Perspectives et recommandations pour développer et faciliter les coopérations inter- établissements

La mise en place et la réussite des coopérations hospitalières sont donc le défi que doivent aujourd'hui relever les établissements de santé. Afin d'assurer la pérennité de ces démarches, certaines conditions doivent être remplies. Le financement doit ainsi être attractif pour les établissements qui s'engagent dans ces dynamiques. Afin d'assurer une cohérence interne forte au sein des structures de coopération, un travail préalable de coordination et de complémentarité entre les stratégies des différents établissements est nécessaire. Enfin, une réelle réflexion sur le choix des modes de gouvernance des structures de coopération doit également être engagée.

3.1 Un meilleur financement pour les coopérations

⁶⁰ L. BARRET, président de CME.

Si la T2A peut ne pas sembler un cadre propice à la recherche de complémentarités entre établissements, des pistes sont possibles pour contourner cette difficulté et impulser des dynamiques fortes de coopération pérennes.

3.1.1 Réussir à concilier coopération et T2A

« Force est de constater que les hôpitaux publics peinent à coopérer au-delà de certaines prestations logistiques et que la réforme financière les a positionnés plus que jamais en concurrents [...]. Par ailleurs, l'incitation financière de l'Etat est resté faible »⁶¹.

La T2A peut donc être analysée comme un frein au développement des coopérations, notamment entre le secteur public et le secteur privé, et ce pour deux motifs :

- ce mode de tarification place, dans une certaine mesure, les établissements de santé dans une position concurrentielle
- les tarifs entre le secteur public et le secteur privé ne sont pas, à l'heure actuelle, harmonisés.

Les difficultés du CHU à mettre en place une coopération efficace et effective avec la clinique Belledonne sont intrinsèquement liées à la concurrence des deux établissements sur un même segment d'activité (la chirurgie cardiaque). Tout l'enjeu se situe donc au niveau de la répartition des patients et donc des recettes T2A entre les deux structures.

L'actualité récente en la matière démontre à quel point la question de la mise en place de la tarification unique demeure au cœur des débats et des inquiétudes. La FHP a en effet lancé un appel médiatique en faveur d'une tarification commune pour les établissements publics et privés passant par une hausse des tarifs privés. Dans son plaidoyer, la FHP estime ainsi que les actuels écarts tarifaires sont un facteur limitatif des coopérations⁶².

En outre, dans une perspective de mise en place de structures de coopération de type intégrative (CHT notamment) mais également dans le cadre de GCS (exemple GCS de chirurgie cardiaque), la distribution des recettes de l'assurance maladie entre les différents partenaires soulève interrogations et débats.

⁶¹ BUDET J-M., « Territoires de santé et recomposition de l'offre de soins. Quid novi sub sole ? », Gestions hospitalières, n°476, mai 2008, page 5.

⁶² Intervention du président de la FHP : http://fhp.3cfr.com/fhp_circulaires/--doc--/intervention-JLD-Cptes-Secu150609.doc

En effet, le financement d'un GHS se raccroche à un séjour et à un numéro de venue donc à un seul établissement. La question de la répartition du produit se pose alors dans deux cas de figure :

- lorsqu'un patient se retrouve hospitalisé dans différents établissements de santé qui coopèrent
- ou lorsqu'il passe l'intégralité de son séjour au sein d'une même structure mais qu'il est pris en charge par des professionnels de plusieurs établissements.

Deux pistes peuvent être avancées pour tenter de surmonter cette difficulté :

- choisir une méthode d'affectation du financement par établissement selon une clé de répartition choisie. La méthode pourrait s'inspirer d'une de celles utilisées dans la construction des CREA pour la répartition des recettes des séjours multi-unités. Le choix le plus pertinent serait ainsi de calculer le tarif affecté à l'établissement au prorata de la durée de séjour pondéré par le poids moyen du séjour mono – unité.
- ou choisir la méthode selon laquelle d'affectation de la totalité de la recette va à l'établissement qui prend en charge la pathologie la plus lourde.

La question de déterminer quel établissement supporte les frais de structure (amortissements...) mérite également d'être résolue.

Ces questions doivent trouver des réponses dans la perspective de mise en place des CHT, pour lesquelles un budget unique n'est pas prévu, mais seulement l'établissement de comptes combinés.

Par conséquent, le financement actuel ne semble pas a priori incitatif pour les établissements qui souhaitent s'engager dans des démarches coopératives. En effet, ces derniers n'ont pas la certitude que leurs charges seront intégralement couvertes par les recettes correspondantes. C'est notamment le cas pour la prise en charge de patients considérés comme « non rentables » et la dispensation de médicaments in GHS onéreux et non remboursés en sus. D'autre part, pour le CHU, il est nécessaire de pouvoir distinguer clairement ce qui relève de son rôle de recours et ce qui relève des actions de coopération au sein desquelles il s'est engagé. En effet, cette différenciation est primordiale pour déterminer le financement adéquat. Les actes pratiqués dans le cadre de son activité de recours ne peuvent pas a priori être facturés, puisqu'ils sont intégrés à l'enveloppe MIGAC qui lui est attribuée.

3.1.2 La nécessaire stabilisation du modèle « aide à la contractualisation »

Selon les dispositions de la loi HPST⁶³, le modèle des aides à la contractualisation sera l'instrument privilégié utilisé par les tutelles pour favoriser la mise en place et le développement aussi bien des CHT que des GCS, deux formes les plus poussées de coopérations inter-établissements. Cette priorisation d'une partie des aides à la contractualisation prévue jusqu'au 31 décembre 2012 soulève une série d'interrogations.

Pour prendre l'exemple du CHU de Grenoble, les aides à la contractualisation sont aujourd'hui basées sur l'historique de l'année 2005 majoré de 10 % de base T2A, ce qui positionne le CHU en dessous de la moyenne des CHU de France. Le montant total de ces aides se chiffre ainsi à 23 millions d'euros.

La catégorie aides à la contractualisation recouvre en réalité de nombreux domaines. Pour le CHU, ces aides concernent essentiellement des aides à l'investissement, issues principalement du plan Hôpital 2007 et des aides régionales accordées dans le cadre de son ambitieux plan d'investissement.

La visibilité à moyen terme pour les établissements sur la pérennité de ce financement est difficile. Par exemple, les aides accordées au CHU ont fait l'objet d'un abattement de 9.5 millions d'euros par la tutelle au motif que l'établissement aurait été surfinancé. Cette décision s'inscrit dans la politique de l'ARH visant à diminuer la part des aides à la contractualisation non compensées et à aligner l'attribution de ces aides sur la part de la production des soins de la région (en termes de T2A) pour chaque établissement de santé.

Par conséquent, à l'heure actuelle, il semble difficile de fonder la politique d'incitation aux coopérations sur ce seul modèle, dans la mesure où les règles d'attribution de ces financements ne sont pas encore totalement clarifiées. Le modèle devrait donc a priori être d'abord stabilisé pour constituer un levier d'action réellement efficace.

En tout état de cause, il est certain que ce mécanisme incitatif ne saurait être suffisant à lui seul pour enclencher des dynamiques coopératives sur le long terme. La volonté des établissements d'intégrer une CHT ne peut être seulement le résultat d'une incitation financière, mais doit correspondre à un objectif de satisfaction des besoins de santé du territoire dans une démarche d'élaboration d'une stratégie commune.

⁶³ Article 22.

3.1.3 Vers une juste et régulière évaluation des coûts

Les conventions constituent des outils plus « classiques » de coopération inter-établissements et sont souvent nombreuses, notamment dans un établissement de santé de taille importante, à l'image du CHU de Grenoble.

Ces coopérations de type fonctionnel doivent désormais se baser sur les outils de la comptabilité analytique hospitalière. En effet, la refacturation entre établissements doit reposer sur des bases claires et prédéfinies afin de déterminer précisément le coût de chaque prestation médicale.

L'exemple évoqué précédemment des difficultés à établir un coût du kilo de linge dans le cas du futur GCS de blanchisserie tend à démontrer l'importance stratégique de ces questions. Une anticipation à ce niveau est indispensable et fait souvent défaut aujourd'hui.

De manière plus générale, un cadrage méthodologique des modèles de conventions, du calcul des tarifs et leur actualisation, est donc aujourd'hui indispensable.

Il suffit de prendre l'exemple des conventions du pôle Biologie pour justifier ces propos. Au CHU, la quasi-totalité de ces conventions avec des structures privées et publiques n'ont pas fait préalablement l'objet d'une étude médico-économique permettant de déterminer le tarif de la prestation. Il en résulte, pour un même acte de biologie, des tarifs différents suivant les conventions. Le CHU est donc actuellement en difficulté pour déterminer à quel coût, et donc perte ou gain, il réalise des prestations dans le cadre de ses coopérations. C'est tout particulièrement le cas pour les BHN (actes de biologie hors nomenclature) En outre, aucune revalorisation des tarifs, à la hausse ou à la baisse, n'est périodiquement effectuée.

Au niveau national, le CHU de Montpellier a entrepris une démarche d'harmonisation de la tarification des BHN pour l'ensemble des établissements publics de santé. En effet, selon la pratique antérieure, chaque établissement public établissait sa propre cotation des BHN (sa valeur en nombre de B) pour en fixer le tarif. Une nouvelle nomenclature dite « nomenclature Montpellier » a ainsi vu le jour et attribue un coefficient pour chaque type de BHN et donc un tarif de facturation.

Le CHU de Grenoble pourrait, dans une certaine mesure, procéder à l'élaboration d'une même grille pour les principaux actes de biologie effectués pour d'autres établissements. Il est constaté que 20 % des analyses représentent 80 % des recettes des conventions. Le coût interne de chaque analyse pourrait être déterminé, à partir d'une analyse menée

conjointement par le contrôle de gestion et l'encadrement du pôle Biologie à partir d'une grille commune.

De même, une évaluation et un suivi annuels de chaque convention doivent être mis en place avec une mise à jour des tarifs.

3.2 Instaurer une réelle synergie dans les stratégies des établissements

La philosophie des futures CHT est de réunir les établissements publics autour d'une stratégie commune élaborée sur la base d'une concertation. L'objectif est de faire sortir les hôpitaux de leur relative situation d'isolement.

En effet, les établissements ont plutôt tendance aujourd'hui à développer leur stratégie sans réelle concertation ni information avec leurs partenaires sur leur bassin ce qui conduit à un manque de coordination.

Des réunions annuelles ou semestrielles pourraient par exemple être programmées entre les établissements du bassin de santé, venant compléter le dispositif des conférences sanitaires mis en place.

L'objectif serait ainsi de rassembler autour d'une même table les établissements publics, voire même les établissements privés. Un cadre est cependant nécessaire pour qu'émergent de ces réunions de réelles avancées et des propositions concrètes. Ainsi, le principe pourrait être de réaliser une lecture commune des projets d'établissements. Chaque établissement présenterait ses orientations, choix, projets, attentes vis-à-vis des partenaires extérieurs dans un objectif de déclinaison du SROS. De ces discussions pourraient ainsi émerger de nouvelles pistes de coopérations rendues nécessaires de par les objectifs et contraintes exprimés de chacun. Dès lors, les fenêtres d'opportunités pourraient être beaucoup plus facilement identifiées par les différents acteurs.

Si cette proposition peut sembler de prime abord simple, elle ne va cependant pas de soi dans les faits. En effet, de nombreuses rencontres sont souvent organisées entre les hôpitaux du bassin, mais ce sont bien souvent des rencontres bilatérales, sur un sujet bien précis. Une démarche globale que ce soit au niveau des sujets traités que des établissements concernés fait défaut à l'heure actuelle au niveau de la région Rhône-Alpes.

Ces réunions ne se feraient pas sous la coordination de la tutelle mais réellement à l'initiative des établissements, chacun à leur tour étant organisateur de ces rencontres. Elles seraient l'occasion de réunir les directeurs ainsi que les président de CME (ou représentant du personnel médical pour les structures privées). D'ailleurs, ces premières réunions pourraient être l'occasion, d'organiser des visites de chaque établissement. La méconnaissance des situations et contraintes des partenaires peut en effet être analysée comme un frein au développement de coopérations.

La communication est donc aujourd'hui une dimension fondamentale dans les relations inter-établissements. Le CHU de Grenoble assiste ainsi aux réunions transversales du CH de Voiron avec ses partenaires (clinique privée Chartreuse principalement) dans le cadre de la création du nouvel hôpital voironnais associant le CH et la clinique sous la forme d'un GCS. Le CHU est donc informé très régulièrement des avancées de ce projet d'envergure qui aura nécessairement un impact sur l'offre de soins du bassin. Ainsi, grâce à ces points d'étape réguliers, les futures coopérations nécessaires entre ce nouvel hôpital et le CHU ont d'ores et déjà pu être précisément identifiées grâce à un repérage en amont des besoins et contraintes du futur établissement (réalisation d'actes de biologie, coopération en matière de stérilisation...).

Cette expérience démontre l'intérêt pour les établissements de communiquer sur leur stratégie et projets afin de coordonner et de donner du sens à leurs différentes démarches. Ce type de réunion aurait ainsi peut être pu permettre au CHU et à la clinique Belledonne de dialoguer davantage et d'anticiper sur la coopération qui s'avérerait inéluctable entre les deux établissements. Les difficultés auraient pu clairement identifiées et un dialogue constructif aurait pu émerger entre les deux acteurs afin d'aborder dans les meilleures conditions possibles les conditions de la future coopération.

En outre, ces réunions, réelles instances de dialogue, permettraient aux établissements de coordonner leurs projets d'établissement. Instrument de planification de moyen terme des objectifs et moyens de l'établissement, ce document ne peut être élaboré et pensé sans mise en perspective avec les choix faits par les autres établissements.

Dans l'hypothèse où les établissements n'auraient pas une vision partagée et ne pourraient être d'accord sur une question, la plus valeur de ces réunions ne seraient pas d'apporter une solution qui recueille l'assentiment de tous, mais de permettre l'échange et l'identification des points de divergence.

Ces rencontres d'avèrent d'autant plus nécessaires dans une perspective d'élaboration d'une stratégie commune entre établissements dans le cadre des futures CHT. Afin d'anticiper les probables réunions organisées par l'ARH sur cette thématique, les

établissements, du bassin de santé de Grenoble notamment, pourraient devancer cette initiative. Dans la perspective des CHT, un médecin de chaque futur établissement membre pourrait être désigné en interne afin de porter le projet. L'importance du leadership médical dans les coopérations plaide en ce sens. Cette idée permettrait une identification précise des interlocuteurs en amont et faciliterait le dialogue dans le cadre de la rédaction d'un projet médical commun.

Cette dynamique est aujourd'hui indispensable afin de fédérer les hôpitaux autour d'une vision stratégique commune et de dépasser les particularismes locaux et les conflits interpersonnels.

3.3 Assurer la représentativité de tous les établissements au sein des structures de coopération

Enfin, un autre aspect fondamental des démarches coopératives demeure la recherche d'une juste représentativité, dimension bien trop souvent occultée.

En analysant diverses coopérations auxquelles le CHU prend part, il apparaît que cette question revêt une importance toute particulière. En effet, un des modèles de coopération réussi déjà cité, le « réseau périnatal du bassin », repose sur un fonctionnement interne qui peut être qualifié de parfaitement « démocratique ». L'ensemble des établissements de santé, quelque soit leur taille, sont « égaux ». Le CHU n'est pas le chef de file du réseau mais un participant comme un autre. Malgré les différences entre structures (maternité de niveau 1, 2 ou 3), ces dernières ont toutes le même poids dans l'organisation du réseau.

Les protocoles sont rédigés en commun lors de réunions afin qu'ils recueillent l'assentiment collectif. Cependant, en cas de divergence entre établissements et après dialogue, les protocoles trouvent à s'appliquer par l'ensemble des établissements. Le réseau dispose d'un pouvoir d'autorité morale qui s'impose aux membres. Une analogie est possible entre le fonctionnement de ce réseau et le règlement des différends à l'Organisation Mondiale du Commerce. Au sein de cette structure internationale, lorsqu'un différend entre pays émerge, alors l'organe de règlement des différends rend un avis qui est par suite respecté par les Etats membres, en l'absence même de pouvoir de sanction propre de l'OMC. Il en va de même pour le réseau, qui prend clairement position lorsqu'un établissement conteste un point particulier d'un protocole ; et en cas de position favorable le nouveau protocole est alors appliqué par l'ensemble des membres.

Cette question de la représentativité est d'autant plus importante dans le cadre de certaines mesures introduites par la loi HPST.

Une partie de la réglementation relative aux GCS est ainsi modifiée. Désormais, la nature publique ou privée de ces structures ne sera plus sera uniquement déterminée par celle de ses membres mais par l'apport en capital. Le GCS sera public si l'ensemble de ses membres sont des personnes de droit public ou si la majorité des apports ou des participations aux charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public⁶⁴ ; le raisonnement est identique pour en déterminer la nature privée.

Par conséquent, la répartition des apports et participations et *in fine* celle des droits de vote auront désormais une importance stratégique capitale.

Les modalités de représentativité au sein des structures de coopération sont donc une question très délicate et pourtant fondamentale. Elles n'ont pas encore été précisées dans le cadre des futures CHT en l'attente des décrets d'application qui viendront compléter le dispositif législatif. La mise en œuvre de la gouvernance au sein des CHT est une interrogation majeure car elle doit pouvoir associer, coordonner l'ensemble des établissements membres sans instaurer de rigidité supplémentaire.

Il sera nécessaire de parvenir à un équilibre entre représentativité de chaque membre de la CHT et garantie d'un processus de prise de décision efficace et rapide. Les membres devraient tous avoir le même poids, même dans l'hypothèse où un CHU serait partie prenante. La répartition des voix serait ainsi simplement fonction du nombre d'établissements.

La configuration du processus de décision, au sein d'une même instance regroupant les établissements membres, pourrait être le suivant :

- unanimité pour des certains domaines : stratégie (projet d'établissement si l'appellation demeure la même...), budget, investissement...
- majorité (51 %) pour les autres domaines concernant la CHT.

A l'heure actuelle, aucune précision sur la gouvernance des CHT n'a été donnée, toutes les suppositions sont donc possibles.

De même, comme il a été précédemment évoqué, cette question de la répartition des voix se pose dans le cadre de la mise en place du GCS de territoire du bassin grenoblois. Le CHU étant majoritaire en investissement et apport, il souhaite disposer de la majorité des voix tout en garantissant la représentativité des autres membres. Etant donné que la répartition des voix s'effectue soit en fonction des apports soit en fonction de la

participation aux charges de fonctionnement⁶⁵, la meilleure solution serait que le CHU participe à ces charges à hauteur de 51 % (les apports de l'établissement au GCS étant bien supérieurs à ce pourcentage). Cette configuration aurait de nombreux avantages :

- elle assure au CHU la majorité des voix en lien avec ses apports et contributions majoritaires
- elle ne lèse pas les autres établissements qui se partagent les 49 % restants
- sur le plan symbolique, cette répartition permet la préservation de la représentativité de chacun dans la gouvernance du GCS même si le CHU demeure majoritaire (il apporte en effet au GCS l'ensemble de sa blanchisserie).

La représentativité peut donc cristalliser les inquiétudes des différents acteurs et ne doit pas être négligée lors de la conduite d'un projet de coopération. Le CH de Voiron a ainsi proposé en juillet à la clinique Mutualiste un projet de convention constitutive du futur GCS qui a fait l'objet de débats sur la répartition des droits de vote, le CH ayant proposé de détenir la majorité des voix, ce que la clinique refuse. A l'heure actuelle, la question n'est toujours pas tranchée puisque l'un des deux acteurs devra nécessairement détenir la majorité des voix. En effet, la parité absolue ne peut être envisageable puisqu'elle pourrait conduire à des situations de blocage si l'un des deux est opposé à une proposition.

Cette question se pose en effet dès qu'émerge une structure de coopération avec des acteurs ayant leur intérêt à défendre, à l'image des relations internationales. Le concept néoréaliste de « *balance of power* »⁶⁶ a permis de théoriser ce concept d'équilibre des forces. Il peut ainsi se définir comme la prudence nécessaire des Etats pour préserver leur indépendance et ne pas se retrouver à la merci d'un Etat disposant de moyens supérieurs⁶⁷. Il s'agit donc parfaitement de la même problématique et des mêmes enjeux que pour les coopérations inter-établissements.

La réponse à cette problématique dépendra donc beaucoup des décrets d'applications relatifs au fonctionnement des CHT. Cependant, au-delà de l'aspect purement réglementaire, les établissements doivent être en mesure de s'approprier ces questions et d'y apporter des débuts de réponse collectivement.

⁶⁴ Article 23 de la loi HPST.

⁶⁵ Article R6133-6 du Code de la Santé Publique.

⁶⁶ Concept développé par Hans J. MORGENTHAU en 1953.

⁶⁷ ROCHE J.J., *Théorie des relations internationales*, 7^{ème} édition, Montchrestien, 2008, 159 pages.

Conclusion

« Pour faire face à une dispersion de l'offre de soins, à une démographie médicale déficitaire pour certaines spécialités et aux besoins de soins de la population en évolution, le secteur de la santé doit s'adapter. Dans ce contexte, établissements et professionnels ne peuvent plus répondre de manière isolée »⁶⁸.

La coopération inter-établissements, si elle apparaît aujourd'hui comme une évidence, ne l'est pas forcément dans les faits. De nombreux obstacles freinent en effet parfois l'émergence ou la pérennité de telles initiatives qu'ils soient financiers (concurrence des établissements sur un même segment d'activité, répartition des recettes) organisationnels (mise en place d'une permanence des soins..) et humains (difficultés à dialoguer, différences de « culture » entre secteur privé et public...).

L'ensemble de ces contraintes explique donc la réussite plus ou moins variable de toutes les formes de coopération possibles entre établissements de santé. La difficulté est donc d'attendre ou de créer une fenêtre d'opportunité qui offre un environnement propice.

Toute l'ambiguïté et l'enjeu des coopérations sont de réussir à concilier les intérêts des établissements, parfois contradictoires, afin de préserver au mieux l'intérêt des patients et donc l'intérêt général. Les établissements, à l'image du CHU de Grenoble, doivent donc aujourd'hui intégrer dans leur stratégie l'ensemble de ces données et de ces difficultés.

Malgré son positionnement de CHU et donc sa moindre dépendance vis-à-vis de son environnement extérieur, Grenoble souhaite développer des partenariats mutuellement avantageux avec ses partenaires malgré les nombreuses difficultés identifiées. Point culminant de cette démarche, la mise en place de la future CHT s'il elle suscite de nombreuses interrogations et craintes, peut être analysée comme le prolongement naturel d'une politique volontariste de développement de coopérations multi-domaines sur le bassin.

De manière plus générale, la CHT impose un nouveau cadre de référence et de paradigme pour les établissements du bassin. En effet, la coopération se traduit par l'émergence, pour reprendre la terminologie d'E. DURKHEIM, d'une solidarité organique au sein de laquelle les acteurs sont objectivement dépendants les uns des autres mais leur rôles demeurent différenciés. Les rapports qui en découlent peuvent être, selon F.

TÖNNIES, de deux natures : « sociétaires » marqués par la loi des intérêts et de la codification des échanges ou « communautaires », les membres s'identifiant à la vie d'une collectivité et étant associés par des liens forts. L'activité unificatrice se fonde alors sur le sentiment subjectif d'appartenir à une communauté. C'est cette dimension qu'introduit la CHT, puisqu'elle va induire un nécessaire repositionnement « quasi identitaire » des établissements les uns par rapport aux autres. Le grand défi des années à venir est donc que cette logique nouvelle soit appropriée, intériorisée mais surtout portée par l'ensemble des acteurs internes des établissements (personnel non médical, médical, encadrant) afin qu'émerge une nouvelle dynamique.

⁶⁸ BLAT N., *op.cit*

Bibliographie

Documents régionaux

- Atlas hospitalier et médico-social de la FHF, édition 2007-2008, Plan d'action pour développer le service public, 112 pages ;
- Etudes Régionales de Santé, Auvergne-Rhône – Alpes, 2008, groupe Montaigne, 296 pages
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, 2006-2010, Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône Alpes, Livres I à V ;
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, 2006/2010, Agence d'Hospitalisation Rhône Alpes, révision, avril 2008 ;
- Schéma inter régional d'organisation sanitaire « Sud – Est », 2007-2012, Inter région Auvergne et Rhône-Alpes, Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône Alpes, Agence Régionale d'Hospitalisation d'Auvergne, Recueil des Actes administratifs, n° spécial du 13 février 2008, disponible sur internet : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf/redirect.html?OpenNavigator&page=SIOS>

Textes législatifs et réglementaires

- PREMIER MINISTRE, MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE, MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, MINISTRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 [en ligne], Journal Officiel, n° 0296 du 21 décembre 2007, [visité le 19. 05. 2009], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554>
- MINISTRE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne], Journal Officiel, n°0167, du 22 juillet 2009 [visité le 21.07.2009] disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=1&fastReqId=599720124&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

- AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DE RHONES ALPES, Arrêté 2008-RA-335 relatif au schéma d'organisation sanitaire pour Rhône – Alpes [en ligne], Recueil des actes administratifs de la Région Rhône-Alpes, 13 mai 2008,[visité le 19. 05. 2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf> ;
- AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DE RHONES ALPES, Arrêté n° 2007, Auvergne – Rhône – Alpes – 03 relatif au schéma inter régional d'organisation sanitaire « Sud Est » 2007-2012, [en ligne], Recueil des actes administratifs de la Région Rhône-Alpes, numéro spécial du 13 février 2008 [visité le 19.05. 2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/rha/site.nsf>.

Rapports

- ABOUD E., AUBART F., JACOB A., MANGOLA B., THEVENIN D., Rapport de la mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public, juillet 2009, 40 pages ;
- DEVULDER B., Rapport du Haut conseil de la réforme hospitalière, décembre 2005, 35 pages ;
- LARCHER G., Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'Hôpital, avril 2008, 102 pages ;
- MARESCAUX J., Rapport de la Commission sur l'Avenir des Centres Hospitaliers Universitaires, mai 2009, 60 pages ;
- VALLENCIEN G., Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire, juillet 2008, 41 pages ;
- VALLENCIEN G., L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, avril 2006, 77 pages.

Thèse

- H. KARAKI, 2004, *La restructuration hospitalière. Analyse des processus de transformations agissant dans une situation de fusion de plusieurs centres hospitaliers*, Thèse de doctorat en sociologie industrielle : Université Pierre Mendès France, 247 pages ;

Ouvrages

- CALMES G., SEGADE J-P., LEFRANC L., 1998, *Coopération hospitalière, l'heure de la vérité*, Masson, 169 p ;
- CLEMENT J-M, *Mémento de droit hospitalier*, 2006, 11^{ème} édition, Berger-Levrault, 404 p ;

- CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y. (sous la direction de), 1996, *Hôpital Stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, MIRE, Direction des Hôpitaux, 317 p ;
- CORDONNIER L., *Coopération et réciprocité*, 1997, PUF, 209 p ;
- DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., 2005, *Droit hospitalier*, Dalloz, 821 p ;
- IMAGE, *Pratiques coopératives dans le système de santé – Les réseaux en question*, 1998, Actes du séminaire des 6 et 7 décembre 1996, éditions ENSP, 99 p ;

Articles de périodiques

- BLAT N., octobre 2007, « La coopération. Une chance supplémentaire de progrès », *Gestions hospitalières*, n°469, pp 549-553 ;
- BLAT N., novembre 2007, « Piloter une coopération », *Gestions hospitalières*, n°470, pp 663-665 ;
- BRIERE J., GOULEY C., décembre 2003, « Organisation sanitaire. La proximité des soins hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n°431, pp 783-788 ;
- BUDET J-M., mai 2008, « Territoires de santé et recomposition de l'offre de soins. Quid novi sub sole ? », *Gestions hospitalières*, n°476, pp 297-305 ;
- BUDET J-M., août/septembre 2003, « Extraits du séminaire de prospective Info Santé et Territoires de la DATAR », *Gestions hospitalières*, n°428, pp 557-568 ;
- CORMIER M., décembre 2007, « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ? », *Revue générale de droit médical*, n°22, pp 7-37 ;
- ENGEL MF., ETOURNEAU C., LEHALLE D., mai 2005, « Dossier : le GCS : un puzzle inachevé », *Décision Santé*, n°215, pp 8-15 ;
- ESPER C., janvier-février 2007, « Le groupement de coopération sanitaire : actualités et limites », *Revue de droit sanitaire et social*, n°1/2007, pp 11-19 ;
- GANDOUET B., mars 2006, « Groupement de coopération sanitaire : outil d'accompagnement à la conduite du changement », *Revue Droit et Santé*, n°10, pp 117-126 ;
- GILLET Y., novembre 2004, « Santé et territoires. L'expérience de Rhône-Alpes », pp 685-688 ;
- GIMMIOTTE N., novembre 2007, « Groupements de coopération. Apprendre à jouer collectif », n°46, pp 22-28 ;
- VIGNERON E., juin/juillet 2002, « Quels territoires pour la santé ? », *Gestions hospitalières*, n°417, pp 409-411 ;

Mémoires

- BRAILLON V., 1999, *La coopération inter-hospitalière : l'exemple du CH de St Cloud et du Centre René Huguenin*, Mémoire ENSP, 59 pages ;
- COME N., 2004, *Coopération public/privé avec partage d'activité : enjeux soulevés. L'exemple du CH Côte de Lumière*, Mémoire ENSP, 69 pages ;
- DELAS A ., 2008, *Les nouvelles coopérations territoriales au CHU de Rouen*, Mémoire EHESP, 55 pages ;
- PETIT L., 2004, *Les risques de la multi-coopération*, Mémoire ENSP, 75 pages.

Annexe 3 : Extrait de la loi HPT (articles 22 et 23 sur les CHT et GCS)

CHAPITRE III

Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 22

I. – Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Communautés hospitalières de territoire

« Art. L. 6132-1. – Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télé-médecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire.

« La convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires.

« Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-2. – La convention de communauté hospitalière de territoire est préparée par les directeurs et les présidents des commissions médicales des établissements et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements après avis de leurs conseils de surveillance ou, dans le cas visé au 4^o de l'article L. 6143-1, par les conseils de surveillance des établissements.

« Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétente.

« Cette double approbation entraîne création de la communauté hospitalière de territoire.

« La convention de communauté hospitalière de territoire définit :

« – le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires ainsi que, le cas échéant, les cessions ou échanges de biens meubles et immeubles liés à ces délégations ou transferts ;

« – les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ;

« – les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ;

« – en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ;

« – le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire ;

« – la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention.

« La désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements parties à la convention. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

« La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

« La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

« Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

« Art. L. 6132-3. – La convention de communauté hospitalière de territoire est soumise à l'avis du ou des représentants de l'Etat dans la ou les régions concernées et transmise, avant son entrée en application, à l'agence ou aux agences régionales de santé compétentes.

« Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé apprécient la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins et peuvent, le cas échéant, demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette compatibilité.

« Art. L. 6132-4. – Lorsque les activités de soins ou les équipements matériels lourds dont la convention de communauté hospitalière de territoire prévoit le transfert ou la cession entre les établissements partenaires sont soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, l'autorisation est modifiée, en ce qui concerne le lieu, ou confirmée, en ce qui concerne le nouveau titulaire, par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon une procédure simplifiée fixée par voie réglementaire.

« Art. L. 6132-5. – En application du deuxième alinéa de l'article L. 6148-1 :

« 1° Un établissement public de santé qui transfère, en application d'une convention de communauté hospitalière de territoire, une activité de soins à un autre établissement peut lui céder les biens meubles et immeubles relevant du domaine public affectés à cette activité, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 2° Il peut être procédé à un échange de biens meubles ou immeubles entre deux établissements publics de santé parties à une convention de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions prévues à l'article L. 3112-2 du même code.

« La cession ou l'échange mentionnés aux 1° et 2° du présent article, ainsi que les droits et obligations y afférents, ne donnent lieu à la perception d'aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraires. Le directeur général de l'agence régionale de santé authentifie les transferts de propriété immobilière en vue de réaliser les formalités de publicité immobilière par une décision qui en détermine la date et en précise, en tant que de besoin, les modalités.

« En cas de désaffectation totale ou partielle des biens mis à disposition en application des alinéas précédents, l'établissement public de santé antérieurement propriétaire recouvre l'ensemble de ses droits et obligations sur les biens désaffectés.

« Lorsque l'établissement public de santé antérieurement titulaire de l'activité transférée était locataire des biens mis à disposition, l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition lui succède dans tous ses droits et obligations, notamment à l'égard de ses cocontractants.

« Lorsque de tels transferts ont lieu, l'établissement initialement titulaire de la compétence ou de l'autorisation peut transférer, après information de son comité technique d'établissement, les emplois afférents. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents qui assuraient jusqu'alors les activités considérées et assure la responsabilité afférente aux autorisations.

« Art. L. 6132-7. – La convention de communauté hospitalière de territoire peut être résiliée :

« 1° Soit par décision concordante des conseils de surveillance des établissements parties à cette convention ;

« 2° Soit sur demande motivée des conseils de surveillance de la majorité des établissements parties à la convention ;

« 3° Soit sur décision prise, après avis du représentant de l'Etat dans la région, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de non-application de la convention.

« Dans les cas prévus aux 2° et 3°, le directeur général de l'agence régionale de santé précise la répartition entre les établissements parties à la convention des autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, des emplois permettant d'exercer les activités correspondantes ainsi que des biens meubles et immeubles de leurs domaines publics et privés.

« Art. L. 6132-8. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – 1. Jusqu'au 31 décembre 2012, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés prévu à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment des projets tendant à la réalisation d'une communauté hospitalière de territoire ou à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire. Les agences régionales de santé s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire et aux groupements de coopération sanitaire bénéficient d'un financement majoré de 15 %.

2. A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « politique sanitaire », sont insérés les mots : « , notamment la création de communautés hospitalières de territoire ».

3. L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée est ainsi modifié :

a) Le 3° du II est complété par les mots : « ou membres de communautés hospitalières de territoire mentionnées à l'article L. 6132-1 du même code » ;

b) Après les mots : « et groupements », la fin du premier alinéa du III est ainsi rédigée : « , de réorganisation de l'offre de soins ou de création de communautés hospitalières de territoire mentionnées au même article L. 6132-1 ».

Article 23

I. – Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« Groupements de coopération sanitaire

« Art. L. 6133-1. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

« Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

« 1^o Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;

« 2^o Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ;

« 3^o 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.

« Ce groupement poursuit un but non lucratif.

« Art. L. 6133-2. – Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, 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.

« D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque, en application de l'article L. 6321-2, un réseau de santé est constitué en groupement de coopération sanitaire de moyens, ce groupement peut être composé des personnes mentionnées à l'article L. 6321-1.

« Art. L. 6133-3. – I. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication.

« Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication.

« 1. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public :

« – soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ;

« – soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à ses charges de fonctionnement proviennent de personnes de droit public.

« 2. Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit privé :

« – soit s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ;

« – soit si la majorité des apports au groupement ou, s'il est constitué sans capital, des participations à son fonctionnement proviennent de personnes de droit privé.

« Les modalités d'évaluation des apports ou des participations en nature sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« II. – Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur.

« Art. L. 6133-4. – La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet.

« Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes.

« Elle détermine, sous réserve des dispositions du présent chapitre, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement.

« L'assemblée générale des membres du groupement de coopération sanitaire de moyens est habilitée à prendre toute décision dans les conditions prévues par la convention. Elle élit, en son sein, un administrateur chargé de la mise en œuvre de ses décisions. L'administrateur représente le groupement dans tous les actes de la vie civile et en justice. Dans les rapports avec les tiers, il engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de ce dernier.

« Art. L. 6133-5. – Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable désigné dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.

« Art. L. 6133-6. – Dans le cas prévu au 3^o de l'article L. 6133-1, les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement, les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

« La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 du code de la sécurité sociale sont supportées par l'établissement de santé concerné.

« Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.

« Les professionnels médicaux libéraux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 622-5 du même code.

« *Art. L. 6133-7.* – Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes :

« 1° Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article L. 6143-7 ;

« 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« *a)* Cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur le territoire desquels les établissements membres sont implantés ;

« *b)* Cinq représentants du personnel médical et non médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont trois désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

« *c)* Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'Etat dans le département.

« *Art. L. 6133-8.* – Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.

« Toutefois, lorsque l'activité exercée est une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) n'est pas applicable au financement du groupement.

« Lorsque le groupement est composé, d'une part, d'établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au *d* du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au *d* du même article, selon des modalités définies par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé décide de l'échelle tarifaire applicable.

« Par dérogation à l'article L. 162-2 du même code, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au *d* du même article L. 162-22-6, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié.

« *Art. L. 6133-9.* – Des mesures réglementaires prises par décret en Conseil d'Etat déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

II. – Après le premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. »

III. – Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, soit en communauté hospitalière de territoire, soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public. Jusqu'à cette transformation, ils restent régis par les articles L. 6132-1 à L. 6132-8 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

IV. – Les articles L. 6122-15 et L. 6122-16 du code de la santé publique sont abrogés.

V. – L'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les structures de coopération de droit public auxquelles adhèrent un ou plusieurs établissements mentionnés au présent article peuvent être assujetties, pour les personnels qu'elles rémunèrent, aux dispositions prévues aux articles 21 et 22 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, aux 6°, 6° bis et 6° ter de l'article 41 et à l'article 116-1 de la présente loi, aux articles 21 et 22 de la loi n° 90-579 du 4 juillet 1990 relative au crédit-formation, à la qualité et au contrôle de la formation professionnelle continue et modifiant le livre IX du code du travail, ainsi qu'aux dispositions du II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé »

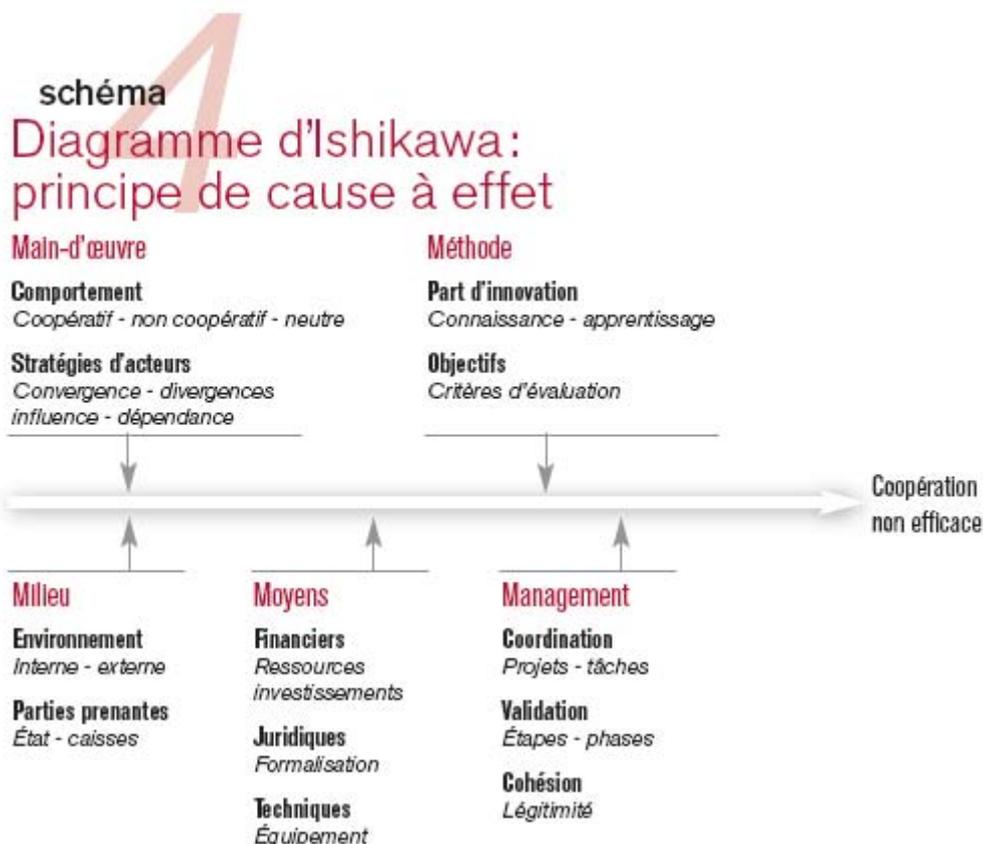
Source : Site Legifrance, JO 2009-879 du 22 juillet 2009.

Annexe 4 : Analyse des facteurs de coopérations



Source : Gestions Hospitalières, octobre 2007, *La coopération. Une chance supplémentaire de progrès.*

Annexe 5 : Diagramme d'Ishikawa



Source : Gestions Hospitalières, novembre 2007, *Piloter une coopération*.

Annexe 6 : Grille d'entretien du président de CME du CHU de Grenoble

Chaque grille a été adaptée en fonction de l'interlocuteur, ci-dessous celle utilisée lors de l'entretien avec le président de CME :

- Comment pourriez-vous définir une coopération inter-établissements réussie ?
- Les coopérations dans le domaine logistique sont-elles plus « faciles » à mettre en place et à pérenniser que les coopérations médicales ?
- Pouvez-vous me citer des exemples de coopérations du CHU qui soient, selon vous, une réussite et pourquoi ?
- Comment analysez-vous les difficultés rencontrées dans la mise en place de la coopération en chirurgie cardiaque avec la clinique Belledonne ?
- Pensez-vous, de manière générale, qu'il soit plus difficile pour un établissement de santé public de coopérer avec un établissement privé ? Pourquoi ?
- Quelle(s) avancée(s) représente(nt), selon vous, la création des CHT ?

- Quelles seront les difficultés à surmonter ?
- Quels sont, selon vous, les prérequis pour que les CHT soient une réussite ?
- Comment trouver un équilibre entre les intérêts du CHU et ceux des établissements de plus petite taille au sein d'une structure de coopération ? au sein des futures CHT ?
- Quelles sont aujourd'hui les domaines et les acteurs vers lesquels le CHU devrait se tourner pour mettre en place les coopérations de demain ?