

Chapitre IX

Les coopérations hospitalières

PRESENTATION

Dans de précédents travaux, la Cour a déjà rendu compte d'instruments de la politique hospitalière destinés à une rationalisation ou une optimisation de l'offre de soins²⁹¹. Dans un contexte marqué par la nécessité de mieux maîtriser la croissance des dépenses de l'assurance maladie, elle a souhaité aborder le volet intermédiaire entre la réorganisation interne et la redistribution géographique de celle-ci, à savoir la coopération de l'hôpital avec l'extérieur (autres établissements, publics ou privés, de court séjour ou d'aval, médecins libéraux). La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a entendu lui donner une nouvelle impulsion en la faisant passer d'un statut d'outil pragmatique à celui d'instrument de planification majeure au service de l'amélioration du parcours de soins des patients, de la recomposition de l'offre hospitalière et de la réduction des coûts.

L'enquête ainsi consacrée aux coopérations hospitalières a, comme plusieurs fois dans les années précédentes, associé la Cour et les chambres régionales des comptes²⁹². Elle s'est fondée sur des contrôles menés dans soixante-dix organismes (hôpitaux de toutes tailles mais aussi groupements d'intérêt économique (GIE) ou d'intérêt public (GIP), syndicats inter-hospitaliers)²⁹³, auxquels se sont ajoutées les informations recueillies lors des deux années précédentes dans près de quarante établissements.

Le présent chapitre examine les instruments de la coopération et l'application qu'en ont faite les établissements, parfois depuis plus de dix ans (I), puis souligne les fragilités des actions menées (II) avant d'en apprécier l'impact pour le moins contrasté (III). Il se conclut par une analyse du début de mise en œuvre des ambitions nouvelles de la récente loi HPST à cet égard (IV). Au total, l'instrument fort utile que constituent les coopérations ne joue pas toujours dans le sens de la recomposition optimale de l'offre hospitalière.

291. Le pilotage de la politique hospitalière – RALFSS 2006 p.153 et suivantes ; Les restructurations hospitalières – RALFSS 2008 p. 263 et suivantes ; L'organisation à l'hôpital – RALFSS 2009 p. 113 et suivantes ; Le plan Hôpital 2007 : La relance des investissements hospitaliers – RALFSS 2009 p. 143 et suivantes.

292. Ont participé à l'enquête les CRC d'Aquitaine, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

293. Plus précisément deux centres hospitaliers universitaires, un centre hospitalier régional, 61 centres hospitaliers, deux hôpitaux locaux, un GIE, deux GIP, un SIH.

I - Des instruments nombreux, très partiellement mis en œuvre

A – Une accumulation d’outils

1 – De multiples supports juridiques

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

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

Les différentes formes de coopérations

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

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

Les réseaux de santé peuvent relever des deux catégories.

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

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

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

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

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

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

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

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

2 – Une responsabilité particulière des agences régionales

Les agences régionales, d'hospitalisation (ARH), puis de santé (ARS) à compter de 2010, ont été chargées par le code de la santé publique (art. L. 1431-2) de « réguler, orienter et organiser » l'offre de services de santé au niveau régional. A ce titre chacune met en place le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui doit préciser « les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations » (art. L. 1434-7) et doit évaluer l'efficacité des actions engagées à cet égard. Pour mettre en œuvre la coopération entre établissements, qui en principe doit être précisée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les ARS disposent d'outils incitatifs et coercitifs : elles peuvent demander la conclusion de conventions de coopération et de conventions de CHT et la création de GCS ou de GIP ; la loi précise qu'en cas d'absence d'effet de ces demandes, l'ARS « peut prendre les mesures appropriées , notamment une diminution » des dotations pour missions d'intérêt général (MIGAC). L'article L. 6131-3 dispose plus particulièrement qu'en cas de déséquilibre financier important ou lorsque la qualité et la sécurité des soins le justifient, l'ARS peut aussi demander la création d'une CHT.

Par ailleurs, l'autorisation d'exercer une activité de soins ou d'exploiter un équipement lourd peut être subordonnée à l'engagement de coopérer pour une utilisation commune et la permanence des soins. Enfin, des moyens financiers peuvent également être apportés aux coopérations, soit sous forme d'aides à la contractualisation (AC) soit par le biais du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ; la loi HPST l'a du reste expressément prévu, pour une période transitoire allant jusqu'à la fin de 2012, pour des projets de CHT et de GCS innovants.

Les agences s'en sont tenues jusqu'ici aux instruments incitatifs (du moins si on considère comme tel l'usage conditionnel des

autorisations d'équipement). Les moyens coercitifs n'ont pas eu d'emploi et la coopération n'a pas été utilisée comme un levier permettant aux pouvoirs publics d'agir sur la configuration de l'offre. L'idée en existe pourtant depuis la loi du 4 septembre 1970 au moins et ses moyens se sont construits par étape, de texte en texte²⁹⁵, pour aboutir à la loi HPST et à une réaffirmation du principe.

B – L'effectivité inégale des coopérations

1 – Une mise en œuvre très partielle

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

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

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

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

2 – Un suivi et une évaluation quasi inexistant

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

II - Des fragilités préjudiciables

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

A – Une pérennité pas toujours garantie

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

1 – La fragilité des liens entre partenaires

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

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

2 – La précarité du financement et des moyens disponibles

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

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

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

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

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

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

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

B – Des engagements juridiques souvent insuffisamment précis

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

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

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

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

C – Des déséquilibres entre les parties

1 – Une répartition inégale des coûts et des charges

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

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

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

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

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

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

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

297. Désormais dissous.

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

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

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

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

2 – Des retombées médico-économiques inégalement partagées

La répartition des activités entre établissements, notamment au sein d'un pôle de santé public-privé, n'aboutit pas nécessairement à un équilibre satisfaisant et durable. C'est un exercice complexe qui justifierait davantage d'études d'impact préalables. Si le partage est trop conservateur, il risque de maintenir les deux partenaires dans la sous-rentabilité, comme ce fut le cas à Guingamp ; mais une partition plus tranchée peut mésestimer les incidences à termes de la T2A, qui n'est pas neutre entre les activités (par exemple entre obstétrique et chirurgie gynécologique ou plus globalement entre médecine et chirurgie). On risque alors de laisser à l'un des partenaires la mauvaise part : la part à moindre potentiel tarifaire et la part d'activités dont l'organisation est la

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

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

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

Le pôle public-privé de Saint-Tropez

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

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

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

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

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

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

A – Certains effets structurants

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

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

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

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

2 – La recherche de complémentarités

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B – Des logiques adaptatives

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

1 – Suivre les évolutions normatives

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

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

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

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

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

2 – Obtenir une autorisation

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

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

1 – Le renforcement d'une concurrence inutile

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

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

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

2 – Des coopérations entravant la restructuration

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

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

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

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

3 – Des outils détournés de leur vocation

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

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

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

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

D – L'absence de dimension stratégique

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

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

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

*
* *

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

IV - La nouvelle politique de coopération : un changement de dimension ?

A – Les potentialités ouvertes par la loi HPST

L'ambition affichée par les pouvoirs publics, franchement en 2008, de façon plus nuancée depuis lors mais sans démenti des orientations premières, est de passer désormais d'une coopération éparpillée et sans ambition structurante à un instrument stratégique de rationalisation de l'offre. Cette nouvelle approche offerte par la loi HPST constituerait une réponse à une bonne part des observations critiques formulées ci-dessus. L'enquête a permis de recueillir de premiers éléments d'appréciation sur ce point.

Les travaux préparatoires à la loi HPST

Deux rapports remis au Gouvernement en 2008 ont posé le cadre intellectuel et politique des communautés hospitalières de territoire (CHT). La notion elle-même est issue du rapport Larcher²⁹⁸, qui a entendu rompre avec la tendance de la coopération traditionnelle à reposer sur des considérations de moyens plutôt que sur des orientations médicales. Elle est inspirée des structures de coopération intercommunales, avec notamment les idées de complémentarité et de délégation de compétences. La CHT a fondamentalement vocation à se voir déléguer des activités cliniques. Le rapport préconisait la mise en place d'« incitations fortes » pour que les hôpitaux se rapprochent dans ce nouveau cadre.

298. La mission de l'hôpital, avril 2008.

Le rapport Vallancien de juillet 2008²⁹⁹ a proposé pour sa part une articulation type des trois niveaux hospitaliers distingués depuis 2004³⁰⁰. Au premier niveau serait organisée une « plate-forme de proximité » (« 350 hôpitaux locaux et une centaine de petits hôpitaux dont la chirurgie va fermer ») consacrée à l'accueil des urgences, à des soins peu techniques et certaines missions de proximité (gériatrie, SSR...). Elle orienterait les patients le nécessitant vers les deux niveaux supérieurs (référence et recours). Dans ce contexte, les CHT auraient été le cadre du transfert des activités de chirurgie, de médecine spécialisée et d'obstétrique initialement exercées dans les petits établissements.

Même si, lors de l'élaboration de la loi HPST qui a fait suite à ces rapports, le Gouvernement a atténué l'idée de rupture avec les formules anciennes, ce texte marque bien une étape importante : il dispose que les CHT mettront en œuvre une stratégie commune aux établissements participants et gèreront en commun des fonctions et des activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences. Leurs conventions comporteront obligatoirement un projet médical commun précisant les délégations et transferts, les modalités de mise en cohérence des comptes et plans de financement et les modalités de coopération dans la gestion des ressources humaines. Une circulaire immédiatement consécutive à la loi a donné les termes clefs du futur système hospitalier : complémentarité et gradation de la prise en charge entre les niveaux d'établissements.

La loi HPST a également visé à rendre enfin possible l'émergence de GCS porteurs d'autorisations d'activité, déjà prévus par des textes antérieurs mais qui n'avaient quasiment pas reçu d'effet concret. Destiné à devenir notamment le support privilégié de la coopération entre public et privé -alors que les CHT sont purement publiques-, ce type de GCS « établissement de santé » (GCS-ES) est présenté comme formant avec ces dernières l'instrument de la rationalisation de l'offre à venir.

Les créations de CHT et GCS-ES relèvent de l'initiative des établissements même si on a vu ci-dessus que les ARS disposent des moyens légaux d'imposer leur création au cas où les circonstances l'exigeraient. Un dispositif national d'amorçage a été mis en place en 2009-2010, consistant à aider par des financements MIGAC ou FMESPP des établissements désireux de s'engager dans une expérimentation et sélectionnés pour la qualité de leur projet (42 projets ont été retenus dont les trois quarts pour des CHT). Cependant, les objectifs affichés se

299. « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire ».

300. Cf. chapitre VIII du présent rapport relatif au financement des centres hospitalo-universitaires (CHU).

gardaient d'affirmer de façon trop univoque l'ambition structurelle et conciliaient au contraire presque toutes les finalités possibles et traditionnelles de la coopération. En effet, les projets devaient s'inscrire, selon la DGOS, « dans l'une des trois finalités suivantes : une démarche de recomposition de l'offre de soins du territoire ou de restructuration des activités des membres, une démarche d'amélioration de l'accès aux soins et de la performance des soins sur le territoire, une organisation mutualisée de certaines activités de soins ou médico-techniques ».

Par ailleurs, les ARS ont été appelées à s'investir dans une concertation avec les établissements pour élaborer des projets médicaux de territoire avant que ne soient adoptés, en 2012, les SROS de quatrième génération.

B – Les premiers constats au début de 2011

1 – Plus d'intentions que de réalisations, des reculs parfois

L'enquête menée en 2010 ne permet d'évoquer que des projets en matière de CHT, par exemple autour des CH de Châteauroux, Arras, Longjumeau, Montauban. Certains ont l'intérêt de dénoter l'émergence d'une vraie logique de groupe, comme celui autour du CHU de Grenoble, conçu dans un contexte concurrentiel et avec la perspective de renforcer le secteur public dans les coopérations prévues par ailleurs avec le privé. Cependant, il s'agit plus souvent de simples esquisses, des accords de principe, des démarches très embryonnaires et l'ensemble donne plutôt une impression de lenteur et d'hésitation.

Quelques faits obligent à conclure, à tout le moins, que l'issue positive n'est pas acquise ; il y a encore, entre aujourd'hui et le moment où elle pourra l'être, une épreuve décisive à franchir, à laquelle les préparatifs actuels n'ôtent rien de sa difficulté politique.

Hors quelques situations locales favorables, la réception du nouveau dispositif législatif par le milieu hospitalier n'est pas dénuée de réserves et n'autorise pas à exclure de devoir faire le jour venu acte d'autorité. Pour autant, une décision d'autorité ne serait pas exempte de risques de blocages, d'où il s'ensuit que la période actuelle est à la fois affairée et indécise. Les cas de progressions substantielles (Villefranche-sur-Saône/Tarare) comme de longs blocages (Valence/Romans) se répondent dans une même région ; ils sont trop minoritaires pour permettre un pronostic mais les autres dossiers ne le permettent pas davantage compte tenu de leur degré d'avancement.

2 – Les difficultés rencontrées

Depuis le lancement des travaux préalables à la loi HPST, assez de temps s'est écoulé pour que nombre de projets d'établissements en aient déjà rabattu sur leurs ambitions initiales, y compris parmi ceux qui avaient été sélectionnés par la DGOS (comme cette dernière l'a du reste relevé). Leur contenu se réduit et on en revient parfois aux logiques voire aux supports antérieurs à la loi (exemple Figeac).

D'autre part, les raisons invoquées -quand elles le sont- pour justifier les réticences à aller plus loin dans le sens des CHT ou des GCS-ES sont instructives. Certaines paraissent superficielles et trahissent surtout le fait que le refus de la CHT et de ses transferts est l'a priori du raisonnement. Par exemple, on oppose à la constitution d'une CHT le fait que certains de ses membres appartiennent déjà à un GCS de moyens et qu'une CHT ne peut pas intégrer un GCS, même purement public. D'autres sont plus réalistes mais partielles et d'effet provisoire, comme l'incertitude sur la question de savoir si les praticiens pourront être rémunérés, comme actuellement dans les GCS, à un niveau comparable à celui du secteur privé. On a invoqué aussi certains défauts des conventions prévues pour les CHT.

D'autres raisons, en revanche, révèlent des difficultés de fond, qu'on peut à ce stade ranger sous trois thèmes (non exhaustifs). D'une part et sans doute surtout, les processus bloquent sur la question de la gouvernance et de la localisation du pouvoir, par exemple lorsqu'une clinique devrait intégrer un GCS-ES de droit public (question aggravée de celle de la grille tarifaire applicable). D'autre part, certains très gros établissements sont, de facto et parce qu'ils y ont travaillé depuis des années, déjà à la tête de groupes dans lesquels les petits établissements fonctionnent de façon disciplinée pour un bénéfice mutuel : ils ne voient pas forcément la nécessité de se soumettre à un mécanisme dépendant de la tutelle et attendent sans doute une démonstration sur ce point. Enfin, les ambivalences de la doctrine officielle révèlent leur potentiel d'exploitation tactique : le terme de « projet commun », si décisif dans la rhétorique, peut recevoir divers contenus, tous apparemment recevables dès lors qu'ils insistent suffisamment sur le terme « commun » et la « complémentarité » elle-même est chose assez partagée pour que beaucoup puissent s'en prévaloir sans devoir passer par un nouveau « formalisme ». Le CHRU de Lille cumule plusieurs des difficultés évoquées ci-dessus.

Au-delà des motifs plus ou moins objectifs pour échapper au mouvement et des habiletés sémantiques, est cependant en cause la fonction historique des coopérations, qui est foncièrement préservatrice des structures existantes en ce qu'elle entend pallier les raretés de ressources ou les insuffisances d'activité, avec cet avantage accessoire de

toujours pouvoir se réclamer de l'accessibilité des soins plus aisément que d'autres mécanismes.

3 – Un pilotage nécessaire à deux niveaux

Face à ces pesanteurs, la question est de savoir si les éléments de contextes vont être assez puissants pour convaincre les établissements d'entrer en voie de recomposition, ce qui marquerait l'entrée dans l'ère nouvelle de la coopération. Ces facteurs sont essentiellement au nombre de trois : la situation financière des hôpitaux, les perspectives de la démographie médicale, les impératifs sanitaires et économiques tels qu'exprimés par les procédures d'autorisation d'activités et d'équipements. S'ils n'enlèvent rien aux avantages des CHT, ce sont sans doute eux et non les vertus de ces dernières, qui pourront vaincre les résistances et pousseront à franchir le pas.

Cependant le premier joue de façon incertaine : outre que le discours général est moins alarmiste qu'il y a un an ou deux, ni la T2A ni les MIGAC ne poussent nettement aux restructurations. La T2A commence par inciter au volume d'activité et à la concurrence, les MIGAC ont beaucoup servi à maintenir l'existant³⁰¹. Les tendances de la démographie médicale, quant à elles, sont déjà à l'œuvre et ont déclenché nombre des coopérations examinées. Pour amener les acteurs à préférer les coopérations restructurantes, il faudra démontrer que le problème des effectifs se traite mieux par la redistribution et le transfert des activités que par le partage du temps médical. Le troisième facteur a déjà fait la preuve de son potentiel avec les maternités, la cancérologie, les urgences ou l'imagerie ; le nouveau régime des laboratoires de biologie pourrait également avoir des effets sensibles. On devrait pouvoir attendre plus encore de la réglementation annoncée des activités chirurgicales, qui pour l'instant reste cependant de l'ordre des virtualités.

La pression spontanée de ces facteurs, même conjugués, n'apparaît donc pas comme assez décisive pour que la tutelle puisse se dispenser de jouer pleinement son rôle et d'agir avec détermination : l'ensemble des outils, y compris les textes réglementaires en attente, doivent être conjugués pour impulser les recompositions nécessaires. Un pilotage rigoureux par l'administration centrale du ministère et une mise en œuvre ferme par les ARS s'imposent ainsi car le risque est aujourd'hui que la loi HPST reste sans effet notable sur la configuration de l'offre.

301. Voir les chapitres VII-Tarifcation à l'activité et convergence tarifaire et VIII-Le financement des centres hospitalo-universitaires (CHU) du présent rapport.

CONCLUSION

Si les coopérations hospitalières ont souvent des effets positifs perceptibles, ceux-ci sont plus ou moins profonds et durables. Parfois en trompe l'œil, marquées par des déséquilibres importants entre les parties prenantes, notamment au détriment des structures publiques, elles peuvent même s'avérer contraires à la rationalisation de l'offre dès lors qu'elles sont conçues dans un but étroitement défensif au lieu d'être mises au service d'une dynamique de réorganisation en profondeur.

Leur multiplicité même, l'absence généralisée d'étude préalable, le défaut constant de suivi et d'évaluation empêchent en tout état de cause toute capitalisation et toute appréciation de leur impact en termes d'efficience.

Le rôle majeur que leur confie la loi HPST dans la recomposition territoriale de l'offre de soins dans le double souci d'une meilleure prise en charge des patients et d'une maîtrise plus rigoureuse des dépenses, rend ainsi indispensable à tous égards leur pilotage beaucoup plus ferme et rigoureux par les tutelles aux différents niveaux, sauf à risquer l'échec de la recomposition de l'offre de soins qui s'impose de manière pressante compte tenu de l'ampleur du déficit de l'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

47. Piloter fermement la stratégie de recomposition de l'offre hospitalière en mettant résolument en œuvre l'ensemble des outils, y compris coercitifs (DGOS et ARS).

48. Réduire le nombre des supports juridiques possibles pour les coopérations en supprimant ceux qui n'ont pas trouvé d'usage (DGOS).

49. Normaliser les modèles de conventions, de GIE et de GIP pour éviter les risques juridiques et les déséquilibres pesant sur les hôpitaux (DGOS).

50. Diffuser des recommandations méthodologiques spécifiquement destinées à préserver les intérêts des hôpitaux dans les coopérations (DGOS).

51. Vérifier la pertinence géographique des territoires de santé et les affranchir au besoin des limites départementales (ARS).

52. Rendre systématiques les études d'impact précises avant lancement des coopérations et les évaluations ultérieures ainsi que leur communication aux ARS.
